

## Relative Frequency of OCD in People with Malocclusion Class I Requiring Orthodontic Treatment

Faezeh Keshvarifard<sup>1</sup> 

Mehdi Rafiei<sup>2</sup> 

Susan Sadeghian<sup>3</sup> 

Hadi Farhadi<sup>4</sup> 

Nafiseh Shirani<sup>5</sup> 

1. Dentist, School of Dentistry, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

2. **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Orthodontics, School of Dentistry, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

**Email:** mehdi.rafiee@khuif.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Orthodontics, School of Dentistry, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

4. Assistant Professor, Department of Educational Science and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

5. Postgraduate Student, Department of Orthodontics, School of Dentistry, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

### Abstract

**Introduction:** The Malocclusion or misalignment of teeth affects not only oral function but also facial esthetics and the psychological well-being of patients. In addition, obsessive-compulsive disorder is a psychological disorder associated with anxiety involving 2-2.5% of the population during their life. This study aimed to assess the severity of obsessive-compulsive disorder in patients having class I malocclusion with crowding.

**Materials & Methods:** In this case-control trial, Using the Yale-Brown questionnaire, female patients with 18-22 years old of ages having class I crowding malocclusion and referring to orthodontic department of Azad Dental school enrolled in the trial as the case group (n = 60). The participants with similar malocclusion without reference for orthodontic treatments followed up as the control group (n = 60). The obtained data by Yale-Brown questionnaire classified the obsessive-compulsive disorder in the participants into four groups of mild, fairly mild, moderate and severe levels. The results of the two groups were analyzed using the Chi-square test (p value < 0.05).

**Results:** In malocclusion patients referring for orthodontic treatments, 19 (31.7%) had mild OCD; 7 (11.7%) had fairly mild OCD; 23 (38.3%) had moderate OCD and 11 (18.3%) showed severe OCD. These values were 28 (46.7%); 12 (20.0%); 15 (25.0%) and 5 (8.3%) for malocclusion patients not referring for orthodontic patients respectively. No significant differences were found among 2 groups regarding severity of OCD (p value = 0.07).

**Conclusion:** In terms of the severity of OCD, there were no significant variations between malocclusion patients with and without referring for orthodontic treatments.

**Key words:** Obsessive-compulsive disorder, Malocclusion, Orthodontics.

**Received:** 14.03.2021

**Revised:** 14.06.2021

**Accepted:** 19.07.2021

**How to cite:** Keshvarifard F, Rafiei M, Sadeghian S, Farhadi H, Shirani N. Relative Frequency of OCD in People with Malocclusion Class I Requiring Orthodontic Treatment. J Isfahan Dent Sch 2021; 17(3): 253-261.

## فراوانی نسبی وسواس در افراد دارای مال اکلوژن Class I خواستار درمان ارتودنسی

۱. دانش‌آموخته‌ی دندان پزشکی، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
۲. نویسنده مسؤؤل: استادیار، گروه ارتودنسی، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.  
Email: mehdi.rafeei@khuisf.ac.ir
۳. استادیار، گروه ارتودنسی، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
۴. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
۵. دستیار تخصصی، گروه ارتودنسی، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

فائزه کشوری فرد<sup>۱</sup> ID

مهدی رفیعی<sup>۲</sup> ID

سوسن صادقیان<sup>۳</sup> ID

هادی فرهادی<sup>۴</sup> ID

نقیسه شیرانی<sup>۵</sup> ID

### چکیده

**مقدمه:** مال اکلوژن یا اختلالات بد شکلی دندان‌ها، نه تنها عملکرد دهان را تحت تأثیر می‌گذارد، بلکه زیبایی صورت و سلامت روانی بیمار را نیز متأثر می‌نماید. از طرف دیگر، وسواس، یکی از اختلالات روان‌شناختی همراه با اضطراب است که حدود ۲-۲/۵ درصد افراد در زندگی خود به آن مبتلا می‌گردند. مطالعه‌ی حاضر، تعیین وضعیت وسواس در بیماران ارتودنسی را هدف قرار داد.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه‌ی مورد-شاهدی، اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه‌ی ییل-براون از بیماران خانم در محدوده‌ی سنی ۱۸ تا ۲۲ سال واجد مال اکلوژن Class I crowding مراجعه‌کننده به بخش تخصصی ارتودنسی دانشکده‌ی دندان پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان اصفهان (به عنوان گروه مورد به تعداد ۶۰ نفر) و بیماران دارای مال اکلوژن مشابه غیر مراجعه‌کننده برای درمان (به عنوان گروه شاهد به تعداد ۶۰ نفر) جمع‌آوری گردید. پرسش‌نامه، حاوی ۱۰ سؤال بوده و بر اساس پاسخ‌های شرکت‌کنندگان، شدت اختلال وسواس در آن‌ها در طبقات وسواس خفیف، وسواس نسبتاً خفیف، وسواس متوسط و وسواس شدید تقسیم‌بندی شد و نتایج دو گروه با آزمون Chi-square تجزیه و تحلیل شدند ( $p \text{ value} < 0/05$ ).

**یافته‌ها:** در میان افراد دارای مال اکلوژن خواستار درمان، ۱۹ نفر (۳۱/۷ درصد) دارای وسواس بسیار خفیف، ۷ نفر (۱۱/۷ درصد) وسواس نسبتاً خفیف، ۲۳ نفر (۳۸/۳ درصد) وسواس متوسط و ۱۱ نفر (۱۸/۳ درصد) وسواس شدید داشتند. در میان افراد دارای مال اکلوژن بدون تمایل برای درمان هم، ۲۸ نفر (۴۶/۷ درصد) دارای وسواس بسیار خفیف، ۱۲ نفر (۲۰/۰ درصد) وسواس نسبتاً خفیف، ۱۵ نفر (۲۵/۰ درصد) وسواس متوسط و ۵ نفر (۸/۳ درصد) وسواس شدید داشتند. هیچ تفاوت معنی‌داری از نظر شدت اختلال وسواس در دو گروه دیده نشد ( $p \text{ value} = 0/07$ ).

**نتیجه‌گیری:** با وجود عدم گزارش تفاوت‌های معنی‌دار، وسواس شدید در میان افراد دارای مال اکلوژن متقاضی درمان‌های ارتودنسی تا حدودی بیشتر از افراد غیر متقاضی درمان بود.

**کلید واژه‌ها:** وسواس، مال اکلوژن، ارتودنسی.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۲۸

تاریخ اصلاح: ۱۴۰۰/۳/۲۴

تاریخ ارسال: ۱۳۹۹/۱۲/۲۴

استناد به مقاله: کشوری‌فرد فائزه، رفیعی مهدی، صادقیان سوسن، فرهادی هادی، شیرانی نقیسه. فراوانی نسبی وسواس در افراد دارای مال اکلوژن Class I خواستار درمان ارتودنسی. مجله دانشکده دندانپزشکی اصفهان. ۱۴۰۰؛ ۱۷(۳): ۲۶۱-۲۵۳.

## مقدمه

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، میزان اختلالات و ناراحتی‌های روانی به خصوص اختلال اضطراب در سال‌های اخیر افزایش یافته است (۱). اضطراب، حالتی هیجانی است که هر فرد در طول زندگی خود آن را تجربه کرده و نیز به صورت تشویشی فراگیر، ناخوشایند و مبهم است که اغلب، علائم دستگاه اتونوم مانند سردرد، تعریق، تپش قلب، احساس تنگی در قفسه‌ی سینه و ناراحتی مختصر معده را هم به همراه دارد. اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین طبقات اختلالات روانی است، طوری که از هر ۴ نفر، ۱ نفر واجد ملاک‌های تشخیصی حداقل یک اختلال اضطرابی بوده و میزان شیوع ۱۲ ماهه‌ی این اختلال‌ها هم برابر ۱۷/۷ درصد می‌باشد (۲). همزمان، افراد واجد مقادیر بالای اختلالات روان‌شناختی، بالاترین میزان اجتناب از درمان‌های دندان‌پزشکی را دارند، لذا سنجش و ارزیابی سطح اختلالات اضطراب، ترس و وسواس در بیماران مراجعه‌کننده برای خدمات دندان‌پزشکی بسیار مهم و سودمند است (۳).

افراد دارای ویژگی‌های شخصیتی وسواسی و اجباری معمولاً نسبت به رعایت بهداشت، نظافت، نظم، وقت‌شناسی، رعایت آداب و رسوم، مسائل اخلاقی و حفظ وضعیت ظاهر در حد کمال مطلوب سختگیری بیش از حد نشان داده، کمال طلب بوده و اهمیت زیادی هم به انتقال همین ویژگی به اطرافیان نظیر همسر و فرزندان خود می‌دهند. از این رو، فرزندان آن‌ها از همان آغاز برخورد با درمانگر برخوردی کاملاً مطلوب و قابل کنترل و نیز مطابق با انتظارات درمانگر از خود نشان می‌دهند (۴).

امروزه، تأکیدات فرهنگی-اجتماعی بر روی جذابیت، تناسب جسمانی و نیز فشارهای اعمال‌شده از طرف رسانه‌ها برای زیبایی، باعث بروز نارضایتی از بدن و اختلالات روان‌شناختی نظیر اضطراب، وسواس و افسردگی شده است. تحقیقات متعددی هم ارتباط عدم رضایت از تصویر ذهنی بدنی با اضطراب و استرس و نیز رفتارهای وسواسی-جبری را ثابت کرده و مشخص شده احساس تصویر بدنی آشفته، با

افسردگی، وسواس و اضطراب ارتباط دارد (۵، ۶). در سال‌های اخیر، درمان‌های ارتودنسی که با هدف بهبود نظم و زیبایی دندانی و به دنبال آن زیبایی چهره انجام می‌شوند، گسترش یافته‌اند. گزارش شده، بهبود زیبایی دلیل مراجعه‌ی بسیاری از افراد برای دریافت درمان‌های ارتودنسی بوده است، چرا که اختلال بد شکلی بدن، باعث ادراک منفی فرد از بدن خود شده و در نهایت وی را به سمت عمل جراحی زیبایی سوق می‌دهد (۷).

بسیاری از واکنش‌های افراد به تصویری که از خود در ذهن دارند، بستگی دارد. بیمارانی که جراحی را برای افزایش زیبایی و تناسب اندام در خود انتخاب می‌کنند، معمولاً در برداشت یک تصویر واقعی از خود ناتوان هستند. بنابراین، آگاهی بیشتر جراح از علائم روان‌شناختی و اطمینان از سلامت روانی بیماران ضرورت دارد. پیشنهاد شده پزشکان جراحی زیبایی در پذیرش بیماران با سابقه‌ی مشکلات روانی، شخصیتی و جراحی‌های متعدد و مکرر با احتیاط عمل کرده و در صورت نیاز، بیمار را به روان‌پزشک و مشاور ارجاع دهند تا از بروز عواقب و پیشامدهای سوء آن پیشگیری شود (۸).

Collins و همکاران (۹)، در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که درجات اختلال بد شکلی بدن، افسردگی، اضطراب و وسواس فکری-اجباری در بیماران تحت درمان جراحی ارتوگناتیک، بالا بوده و نیز ارتباط معنی‌دار و قوی بین اختلال بد شکلی بدن و اضطراب، اختلال وسواس فکری-اجباری و افسردگی در این بیماران مشاهده شد.

در پژوهش Luo و همکاران (۱۰)، درجات اضطراب و افسردگی بیماران مضطرب از نظر دندان‌پزشکی در قبل از دریافت درمان‌های ارتودنسی در مقایسه با افراد بدون اضطراب، بالاتر بود.

در کل، ارزیابی ویژگی‌های روان‌شناختی و انگیزه‌های درمان بیماران اهمیت زیادی داشته و این موضوع نقش مهمی هم در رضایت بیمار و نتیجه‌ی درمان دارد (۱۱). در برخی موارد، سطح استرس، ترس، اضطراب و سایر اختلالات روان‌شناختی در میان بیماران دندان‌پزشکی بررسی شده، ولی بر

همکاران (۱۴) ثابت شده است و این پرسش‌نامه از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار می‌باشد.

پرسش‌نامه حاوی اطلاعات دموگرافیک بیماران و سؤال‌های مربوطه بود. تحقیق بر روی بیمارانی انجام شد که رضایت‌نامه‌ی آگاهانه و کتبی تحویل محققان داده بودند. پرسش‌نامه حاوی ۱۰ سؤال بوده و پس از جمع‌آوری اطلاعات، بر اساس اعدادی که در کنار پاسخ‌های سؤالات از ۱ تا ۱۰ نوشته شده بودن، میزان شدت وسواس گزارش شد. کمتر از ۱۰ = OCD بسیار خفیف، ۱۰ تا ۱۵ = علائم و نشانه‌های نسبتاً خفیف OCD، ۱۶ تا ۲۵ = علائم و نشانه‌های متوسط OCD، بیشتر از ۲۵ = علائم و نشانه‌های شدید OCD (پیوست).

داده‌های به دست آمده با آزمون آماری Chi-square در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ (IBM Corporation, Armonk, NY) تجزیه و تحلیل شدند و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. کد اخلاق این تحقیق با شماره‌ی JR.IAU.KHUISF.REC.1397.187 از کمیته‌ی اخلاق پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) دریافت شده است.

### یافته‌ها

بر اساس جدول ۱، در افراد دارای مال‌اکلوژن و متقاضی درمان‌های ارتودنسی، بیشترین فراوانی مختص به نوع وسواس متوسط و بعد از آن متعلق به وسواس خفیف بوده و کم‌ترین نوع وسواس هم مربوط به وسواس نسبتاً خفیف بوده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد درجات مختلف شدت وسواس در میان افراد دارای مال‌اکلوژن خواستار انجام درمان‌های ارتودنسی

فراوانی (درصد)	وسواس
۱۹ (۳۱/۷)	وسواس بسیار خفیف
۷ (۱۱/۷)	وسواس نسبتاً خفیف
۲۳ (۳۸/۳)	وسواس متوسط
۱۱ (۱۸/۳)	وسواس شدید

اساس اطلاعات محققان، موضوع وسواس در بیماران مراجعه‌کننده برای درمان‌های ارتودنسی کمتر بررسی شده است. هدف از مطالعه‌ی حاضر، تعیین وضعیت وسواس در بیماران ارتودنسی بود و بر اساس فرضیه‌ی صفر، فراوانی وسواس بین افراد دارای مال‌اکلوژن که خواستار انجام درمان ارتودنسی هستند، نسبت به گروه شاهد (افراد دارای مال‌اکلوژن بدون متقاضی درمان‌های ارتودنسی) تفاوتی ندارد.

### مواد و روش‌ها

در این مطالعه‌ی توصیفی-مقطعی، تعداد ۶۰ نفر از بیماران خانم دارای مال‌اکلوژن Class I crowding متقاضی درمان‌های ارتودنسی که نیازی به کشیدن دندان برای درمان نداشتند به همراه ۶۰ نفر از خانم‌های دارای مال‌اکلوژن Class I crowding غیر متقاضی درمان‌های ارتودنسی که رضایت خویش را برای شرکت در تحقیق اعلام کرده بودند، انتخاب و بررسی شدند و پرسش‌نامه‌ی معتبر ییل-براون در اختیار آن‌ها قرار داده شد.

حجم نمونه بر اساس فرمول زیر محاسبه گردید.

$$n = \frac{[z_{1-\alpha/1} + z_{1-p}]^2 [\delta_1^2 + \delta_2^2]}{d^2}$$

پرسش‌نامه‌ی ییل-براون (Y-BOCS)، یک ابزار خودسنجی برای ارزیابی شدت وسواس‌ها و اجبارها، بدون توجه به شمار و محتوای وسواس‌ها و اجبارهای کنونی است. بر خلاف سایر پرسش‌نامه‌های موجود در این حوزه، Y-BOCS حساسیت بالایی نسبت به تغییرات درمانی دارد و به طور گسترده برای ارزیابی اثربخشی درمان‌های دارویی و روان‌شناختی (Obsession-compulsion) OCD (dysmorphic) به کار می‌رود، به طوری که با عنوان معیار طلایی ارزیابی شدت نشانه‌های OCD در پایان درمان شهرت یافته است. به طور کلی، مطالعات نشان می‌دهند که YBOCS- BDD دارای روایی و پایایی مطلوبی می‌باشد (۱۲، ۱۳) و در ایران نیز روایی و پایایی آن توسط Rabiee و

در دو گروه از نمونه‌های دارای مال‌اکلوژن متقاضی درمان‌های ارتودنسی و غیرمتقاضی درمان‌های ارتودنسی، شدت اختلال وسواس در دو گروه تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند ( $p \text{ value} = 0/07$ ) (نمودار ۱).

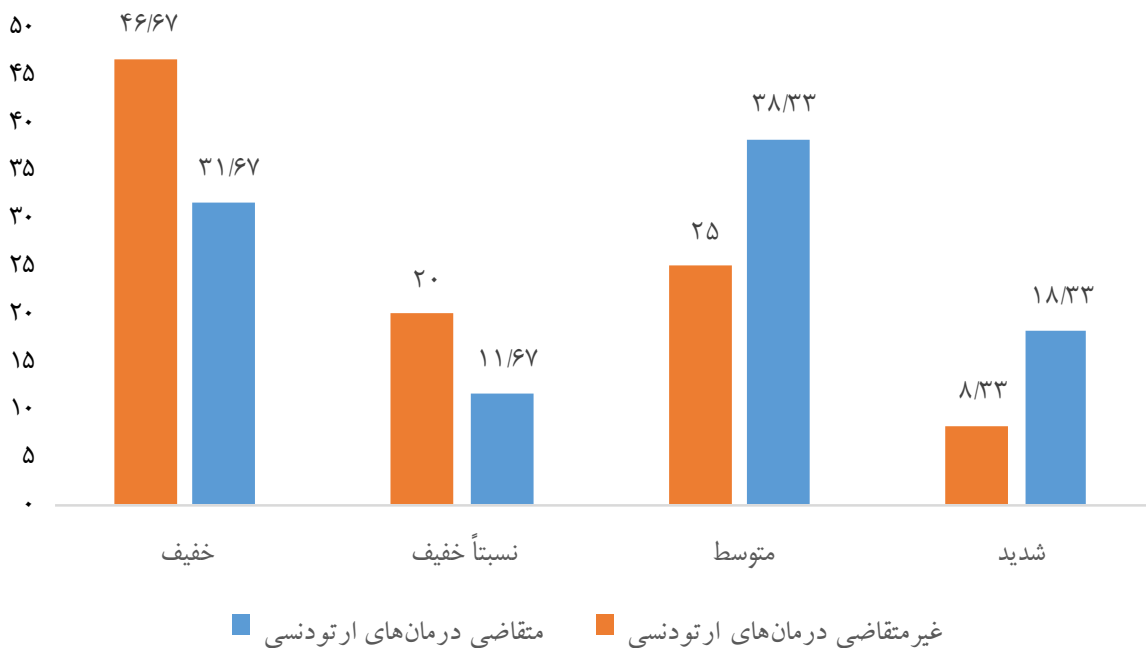
در مقایسه‌ی فراوانی درجات مختلف شدت وسواس در میان افراد دارای مال‌اکلوژن متقاضی دریافت درمان‌های ارتودنسی و افراد دارای مال‌اکلوژن غیر متقاضی درمان‌های ارتودنسی، با وجود عدم گزارش تفاوت‌های معنی‌دار، وسواس شدید در میان افراد متقاضی دریافت درمان‌های ارتودنسی بیشتر از افراد غیر متقاضی درمان‌های ارتودنسی بوده (۱۸/۳۳ درصد در برابر ۸/۳۳ درصد) و وسواس خفیف در افراد غیر متقاضی درمان‌های ارتودنسی بیشتر از افراد متقاضی ارتودنسی بوده است (۴۶/۶۷ درصد در برابر ۳۱/۶۷ درصد) (نمودار ۱).

بر اساس جدول ۲، در افراد دارای مال‌اکلوژن غیر متقاضی درمان‌های ارتودنسی، بیشتر نمونه‌ها دارای وسواس بسیار خفیف بوده و دومین فراوانی هم مربوط به وسواس متوسط بوده است. کم‌ترین فراوانی هم متعلق به وسواس شدید گزارش گردید (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد درجات مختلف شدت وسواس در میان افراد دارای مال‌اکلوژن بدون تمایل برای دریافت درمان‌های ارتودنسی

فراوانی (درصد)	وسواس
۲۸ (۴۶/۷)	وسواس بسیار خفیف
۱۲ (۲۰/۰)	وسواس نسبتاً خفیف
۱۵ (۲۵/۰)	وسواس متوسط
۵ (۸/۳)	وسواس شدید

بر اساس آزمون Chi-square فراوانی شدت اختلال وسواس



نمودار ۱: توزیع فراوانی و درصد درجات مختلف شدت وسواس در میان افراد دارای مال‌اکلوژن با و بدون تمایل برای دریافت درمان‌های ارتودنسی

## بحث

با رد فرضیه‌ی صفر و بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر شیوع وسواس در افراد مال اکلوزن متقاضی درمان‌های ارتودنسی بیشتر بود. بنابراین شیوع بیشتر وسواس نیازمند به مداخله‌ی درمانی (وسواس متوسط و شدید) در گروه متقاضی درمان ارتودنسی بارز است که این مطلب اهمیت تشخیص به موقع وسواس جهت مدیریت بهتر درمان را خاطر نشان می‌نماید که با مطالعه‌ی Chandna و همکاران (۱۵) مطابقت داشت و همچنین شیوع بسیار بالای این بیماری در جامعه، با مطالعه‌ی خسروی و ناصری (۱۶) که شیوع وسواس را در جامعه‌ی ایران ۴۳ درصد گزارش کردند، هم‌راستا بود، که اهمیت توجه به این موضوع را دو چندان می‌کند.

افراد دارای وسواس و اختلالات بد شکلی بدن از این که چطور به نظر برسند، دچار احساس شدید ترس و ناراحتی شده و در نهایت دچار اضطراب شدیدی می‌شوند که این موضوع در مطالعه‌ی حاضر تا حدودی مشهود بوده است، طوری که فراوانی اختلال وسواس شدید در میان افراد متقاضی دریافت درمان‌های ارتودنسی بیشتر از افراد غیر متقاضی درمان‌های ارتودنسی بوده است، هر چند در کل تفاوت‌های معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نگردید.

از طرف دیگر، بیشتر افراد دارای اختلالات روان‌شناختی نظیر اختلال وسواس یا اختلال بد شکلی بدن، نقص خود را بر روی جنبه‌هایی از چهره‌ی خود نظیر مال اکلوزن، نقائص بینی و غیره ذکر کرده و از این رو، دندان‌پزشکان، ارتودنتیست‌ها، جراحان فک و صورت و نیز جراحان پلاستیک، اولین کسانی هستند که با این بیماران درگیر می‌شوند. نگرانی این افراد معمولاً بسیار خاص بوده و بسیاری از بیماران، جراحی یا درمان‌های ارتودنسی را راه حل تمام مشکلات خود می‌دانند.

در مطالعه‌ی Hepburn و Cunningham (۱۷) بر روی بیماران ارتودنسی، میزان شیوع اختلال بد شکلی بدن بیشتر از جمعیت نرمال به دست آمد که نشان‌دهنده‌ی اهمیت شناسایی بیماران مبتلا به اختلال بد شکلی بدن برای جلوگیری از

درمان‌های غیر ضروری می‌باشد. درمان در این افراد منجر به عدم رضایت بیمار از نتایج درمان خواهد گردید و طبق پژوهش قانعی حصارویه و همکاران (۱۸) بین بیماری اختلال بد شکلی بدن و علائم بازمینی و تردید بیماری وسواس فکری- عملی ارتباط معنی‌داری وجود داشت و نشان می‌دهد که توجه به وسواس و علائم شایع آن در جلوگیری از انتخاب نادرست بیمار به متخصص کمک می‌کند.

Collins و همکاران (۹)، نیز اختلال بد شکلی بدن و ارتباط آن با اضطراب، افسردگی و اختلال وسواس فکری- اجباری را با استفاده از پرسش‌نامه‌های خود ایفا و معتبر ارزیابی و نشان دادند. ۱۳ درصد از افراد کاندید جراحی ارتوگناتیک دارای اختلال بد شکلی بدن بوده‌اند. در مطالعه‌ی اخیر، علائم افسردگی در ۴۲ درصد بیماران، علائم وسواس فکری- اجباری در ۲۹ درصد و درجات اضطراب اندک، متوسط و شدید هم در ۱۴، ۵ و ۴ درصد به ثبت رسید. بر این اساس، می‌توان نتیجه‌گیری کرد، درجات اختلال بد شکلی بدن، افسردگی، اضطراب و وسواس فکری- اجباری در بیماران متقاضی درمان‌های جراحی ارتوگناتیک بالا بوده است (۹) که اهمیت ارزیابی از وضعیت ظاهری اندام‌ها و از آن جمله دندان‌ها برای دریافت درمان‌های زیبایی نظیر ارتودنسی و جراحی‌های زیبایی بدن نشان می‌دهد.

طبق مطالعه‌ی Zhang و همکاران (۱۸)، شیوع بیماری وسواس در افراد دارای مال اکلوزن Class I، II، III بیشتر از افراد نرمال بوده است و در مطالعه‌ی حاضر مشخص گردید که در بیماران مال اکلوزن Class I مراجعه‌کننده برای درمان، شیوع وسواس شدید بیشتر از بیماران دارای مال اکلوزن مشابه بوده که تمایلی برای انجام درمان ارتودنسی نداشته‌اند، هر چند تفاوت بین دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار نبوده است. از طرف دیگر، درمان‌های ارتودنسی به دلیل ردیف کردن دندان‌ها و رفع شلوغی دندان‌ها و سایر مشکلات مرتبط با اکلوزن به تغییر در تصویر بدنی فرد منجر شده و با توجه به این احتمال و همزمان با تأکیدهای سایرین و رسانه‌ها، افراد دنبال این نوع درمان‌ها می‌روند، نارضایتی افراد از تصویر

بدنی خود تحت تأثیر فرهنگ و گروه همسالان نیز می‌تواند منجر به ارزیابی‌های نادرست، افکار و هیجانات منفی در وی شده، زمینه‌ی کاهش اعتماد به نفس را برای آن‌ها فراهم آورد. در این شرایط، این افراد روابط اجتماعی خود را محدودتر کرده و حتی ممکن است منزوی شده و دچار اضطراب در برخوردهای اجتماعی خود شوند. پس احتمالاً مجموعه‌ی این دلایل و علل مشابه آن باعث می‌شود، اغلب افراد دچار حداقل یک اشکال در عوامل و زیرمجموعه‌های سلامت عمومی متقاضی درمان‌های زیبایی یا درمان‌های ارتودنسی باشند، طوری که در مطالعه‌ی حاضر و در میان افراد دارای مال‌اکلوژن کلاس I خواستار انجام درمان‌های ارتودنسی، فراوانی وسواس متوسط بیشتر از افراد دارای مال‌اکلوژن کلاس I غیرمتقاضی درمان‌های ارتودنسی بوده است.

همچنین، فراوانی وسواس خفیف در گروه دارای مال‌اکلوژن کلاس I غیرمتقاضی درمان‌های ارتودنسی بیشتر از افراد دارای مال‌اکلوژن کلاس I متقاضی درمان‌های ارتودنسی بوده است به عبارت دیگر، وسواس بیشتری در افراد دارای مال‌اکلوژن کلاس I متقاضی درمان‌های ارتودنسی مشاهده گردید.

با توجه به نتایج مطالعه‌ی حاضر، اگر فرد در مرحله‌ای باشد که وجود وسواس فکری- عملی خفیف (کمتر از ۱۰) یا وجود علائم و نشانه‌های نسبتاً خفیف (۱۰-۱۵ درصد) گزارش شود، نیازی به مداخله و درمان ندارد، اما اگر فرد علائم و نشانه‌های متوسط (۱۶-۱۹) وسواس فکری- عملی را نشان دهد، نیازمند مراقبت و پیشگیری از عود می‌باشد که این امر با کمک و همکاری خود فرد و روان‌شناس محقق می‌گردد. اگر یک دندان‌پزشک (متخصص ارتودنسی) با اختلال وسواس و برخی از علائم مشهود آشنایی داشته باشد و بتواند به موقع بیمار را ارجاع دهد، در پیشگیری از عود و یا بهبود و درمان این اختلال در مراحل اولیه‌ی کمک شایانی

کرده است و همچنین دندان‌پزشک با اشراف بر این که بیمار در چه مرحله‌ای از اختلال قرار دارد (بعد از ارجاع به روان‌شناس) می‌تواند طرح درمان موفق‌تری را برای بیمار ارائه دهد. پس متخصص می‌تواند با دادن پرسش‌نامه به بیماران مراجعه‌کننده برای درمان ارتودنسی، تا حدودی شدت این اختلال را تخمین زده و برای ارجاع بیمار قبل یا بعد از درمان ارتودنسی تصمیم بگیرد و اگر تفسیر تست علائم و نشانه‌های شدید وسواس فکری- عملی را گزارش دهد (۲۵ به بالا)، فرد باید تحت نظر روان‌شناس یا روان‌پزشک درمان شود که درمان در ابتدا به صورت رفتاردرمانی انجام می‌شود و در صورت لزوم دارودرمانی نیز به پروتکل درمان اضافه می‌شود. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم همکاری بیماران در پاسخگویی به پرسش‌نامه اشاره نمود و در انتها پیشنهاد می‌شود بر روی هر دو گروه از خانم‌ها و آقایان و تعیین نقش جنسیت در درجات وسواس و سایر اختلالات روان‌شناختی بیماران ارتودنسی، بررسی انجام گیرد و همچنین به تعیین نیازهای درمانی ارتودنسی در انواع مال‌اکلوژن‌ها به تفکیک درجات مختلف اختلالات روان‌شناختی بیماران نظیر اختلالات وسواس و بد شکلی بدن پرداخته شود.

### نتیجه‌گیری

وسواس شدید در میان افراد دارای مال‌اکلوژن متقاضی درمان‌های ارتودنسی تا حدودی بیشتر از افراد غیر متقاضی درمان بود، که این امر نشان دهنده‌ی نقش وسواس در پیگیری برای دریافت درمان می‌باشد.

### سپاسگزار

این مقاله از پایان‌نامه‌ی شماره‌ی ۲۳۸۱۰۲۰۱۹۶۲۰۳۸ با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1397.187 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) منتج شده است.

## References

1. Vafaie M, Safavi M, Salehi S. Studying correlation between anxiety, stress, and depression with body mass index (BMI) among nursing students. *Med Sci J Islam Azad Univ* 2013; 23 (2): 154-9. [In Persian].
2. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences. 1st ed. Translated by: Rezae F. Tehran, Iran: Arjmand. 2016; p. 701-5. [In Persian].
3. Woodmansey KF. The prevalence of dental anxiety in patients of a university dental clinic. *J Am Coll Health* 2005; 54(1): 59-61.
4. Tabatabaei SM, Nematollahi H, Shakeri Manesh F. The relationship between children's behavior in dental offices and their mothers' personality characteristics. *J Ardabil Univ Med Sci* 2005; 5(1): 65-69. [In Persian]. Benedict C, Rodriguez VM, Carter J, Temple L, Nelson C, DuHamel K. Investigation of body image as a mediator of the effects of bowel and GI symptoms on psychological distress in female survivors of rectal and anal cancer. *Support Care Cancer* 2016; 24(4): 1795-802.
5. Martens U, Czerwenka S, Schrauth M, Kowalski A, Enck P, Hartmann M, et al. Body image and psychiatric comorbidity in patients with somatoform gastrointestinal disorders. *Z Psychosom Med Psychother* 2010; 56(1): 47-55. [In German].
6. de Brito MJA, Nahas FX, Cords TA, Tavares H, Ferreira LM. Body dysmorphic disorder in patients seeking abdominoplasty, rhinoplasty, and rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg* 2016; 137(2): 462-71.
7. Esmaili A, Shahrabadi M, Hoseini Adib SM. Body dysmorphic disorder and anxiety in patients of in orthodontic clinics of Birjand University of Medical Sciences in 2014-2015: Short Communication. *J Birjand Univ Med Sci* 2017; 24(2): 147-53. [In Persian].
8. Collins B, Gonzalez D, Gaudilliere DK, Shrestha P, Girod S. Body dysmorphic disorder and psychological distress in orthognathic surgery patients. *J Oral Maxillofac Surg* 2014; 72(8): 1553-8.
9. Luo H, Feng YZ, Xu XF, Zhang JB. Correlation between anxiety, depression and perfectionistic tendencies in patients before orthodontic treatment. *Shanghai Kou Qiang Yi Xue* 2014; 23(5): 609-13. [In Chinese].
10. Pabari S, Moles DR, Cunningham SJ. Assessment of motivation and psychological characteristics of adult orthodontic patients. *Am J Orthod and Dentofac Orthop* 2011; 140(6): e263-72.
11. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46(11): 1006-11.
12. Steketee G, Frost RO. Measurement of risk-taking in obsessive-compulsive disorder. *Behav Cogn Psychother* 1994; 22(4): 287-98.
13. Rabiee M, Khorramdel K, Kalantari M, Molavi H. Factor structure, validity and reliability of the modified yale-brown obsessive compulsive scale for body dysmorphic Disorder in Students. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2010; 15(4): 343-50. [In Persian].
14. Chandna P, Srivastava N, Adlakha VK. Obsessive compulsive disorder in dental setting. *J Indian Soc Pedod Prevent Dent* 2014; 32(4): 330-2.
15. Khosravi S, Naseri A. Obsessive-compulsive prevalence investigation in Jahrom city. *JMJ* 2017; 15(3): 1-8. [In Persian].
16. Hepburn S, Cunningham S. Body dysmorphic disorder in adult orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006; 130(5): 569-74.
17. Ghaeni Hesarouiyeh A, Moosavi E, Mirzaei R, Setoodezadeh S. The relationship between body dysmorphic disorder and symptoms of depression, obsessive-compulsive disorder, and social phobia in cosmetic surgery patients in Tehran. *Sadra Medical Sciences J* 2017; 4(2): 137-48. [In Persian].
18. Zhang L, Liu X, Zheng GJ, Zhou L, Lin DY, Wang XD, et al. Eysenck personality and psychosocial status of adult patients with malocclusion. *Asian Pac J Trop Med* 2012; 5(2): 151-6.



**مقیاس سواس فکری - عملی ییل - براون (YBOCS)**

- ۱- افکار وسواسی تا چه مقدار از وقت شما را اشغال می کنند؟
- ۲- افکار وسواسی تا چه اندازه باعث ناراحتی و پریشانی شما می شوند؟
- ۳- میزان فراوانی وقوع افکار وسواس چقدر است؟
- ۴- تا چه اندازه سعی می کنید افکار وسواسی را نادیده بگیرید؟ و تا چه اندازه اجازه می دهید که این افکار به طور بیعی در ذهن شما جریان پیدا کنند؟
- ۵- تا چه اندازه در نادیده گرفتن افکار وسواسی خود موفق هستید؟
- ۶- برای انجام دادن رفتارهای وسواسی تا چه اندازه وقت صرف می کنید؟ فراوانی انجام دادن این رفتارها چقدر است؟
- ۷- رفتارهای وسواسی تا چه اندازه در عملکرد شغلی یا اجتماعی شما اختلال ایجاد می کنند؟
- ۸- اگر ممانعتی در انجام دادن رفتارهای وسواسی شما ایجاد شود، چه احساسی پیدا می کنید؟ مضطرب خواهید شد؟
- ۹- چقدر سعی می کنید تا در مقابل انجام دادن رفتارهای وسواسی مقاومت کنید؟ یا هر چند وقت یک بار سعی می کنید که انجام دادن رفتارهای وسواسی را متوقف کنید؟
- ۱۰- چقدر روی رفتارهای وسواسی خود کنترل دارید؟ چقدر در متوقف کردن آداب رفتاری موفق هستید؟