

تأثير اضطراب تشوه الجسد على تقدير مرضى المعالجات التقويمية

الذاتي لمدى حاجتهم للجراحة التقويمية

الدكتور: شادي معوض – كلية طب الاسنان – جامعة اللاذقية

الملخص :

يمكن للكثير من اختصاصيي تقويم الأسنان أن يدركوا أن العديد من مرضى عياداتهم قد يعانون من حالة جسدية أو نفسية غير طبيعية أو أكثر، من مثل اضطراب تشوه الجسد (Body Dysmorphic Disorder (BDD)، وهو اضطراب نفسي يتسم بزيادة مفرطة للقلق حول المظهر الخارجي، ما يؤثر على خيارات المريض وتطلعاته العلاجية في العيادات التجميلية. هدف الدراسة: دراسة أثر الإصابة باضطراب تشوه الجسد على تقييم المريض الذاتي لمدى حاجته للجراحة التقويمية باستخدام استبيان (COPS-BDD)، تحري مدى تطابق تقييمه الذاتي مع التقييم الموضوعي المستند إلى مشعرات معتمدة، هذا ما يساعد الطبيب إلى اختيار خطة المعالجة الأمثل مع الأخذ بعين الاعتبار متطلبات المريض النفسية والجمالية. المواد والطرائق: تكونت العينة من ثلاث مجموعات من المشاركين تتراوح أعمارهم بين 18 و25 عاماً، قسمت كل مجموعة رئيسية إلى مجموعتين فرعيتين تمثلان كلاً من (الذكور والإناث). تم إجراء سحب عشوائي لـ 30 بطاقة من كل مجموعة فرعية، كل بطاقة تمثل مريضاً من المجموعة الفرعية المعنية، وذلك بغرض تأمين التساوي بين المجموعات الفرعية بحيث بلغ عدد أفراد العينة النهائية 180 مريضاً. النتائج: أظهرت الدراسة الإحصائية وجود فرق بين مؤشر الإدراك الذاتي لسوء الإطباق والحاجة للجراحة التقويمية في المجموعة الأولى (ذكور وإناث) والثانية ذكور فقط حيث وجد الإناث في هذه المجموعة أنه لم يكن هناك فرق احصائي وكذلك الأمر في المجموعة الثالثة (ذكور وإناث). كما أظهرت أن هناك علاقة طردية بين زيادة الفرق بين تقييم الأخصائي والمريض من جهة، وزيادة شدة أصابة باضطراب تشوه الجسد بعد تشخيصه باستخدام الاستمارة المعتمدة من جهة أخرى. الاستنتاج: اضطراب التشوه الجسدي (BDD) هو أحد الاضطرابات النفسية التي يمكن تمييزها والتي يجب التحقيق فيها والتعامل معها بعناية من قبل أطباء تقويم الأسنان، ويوصى بأن يتم اعتباره أحد الخطوات العملية لاتخاذ القرار بشكل روتيني في عيادة تقويم الأسنان بسبب تأثيره على خيارات المريض ومتطلباته العلاجية وقبوله للنتائج النهائية للعلاج.

الكلمات المفتاحية: اضطراب تشوه الجسم – استبيان (COPS –BDD)- تقويم الأسنان.

The effect of body dysmorphic disorder on orthodontic patients' self-esteem regarding their need for orthodontic surgery

Abstract:

Many orthodontists may realize that many of their clinic patients may suffer from one or more abnormal physical or psychological conditions, such as body dysmorphic disorder (BDD), a psychological disorder characterized by excessive anxiety about appearance, which affects the patient's options and treatment aspirations in cosmetic clinics. Study objectives: To study the effect of body dysmorphic disorder on the patient's self-assessment of the need for orthodontic surgery using the (COPS-BDD) questionnaire, and to investigate the extent to which his assessment matches the objective assessment based on approved indicators, which helps the doctor to choose the optimal treatment plan, taking into account the patient's psychological and aesthetic requirements. Materials and methods: The sample consisted of three groups of participants aged between 18 and 25 years, each main group was divided into two subgroups representing both (males and females) and by calculating the sample size with a power of 90, it was found that the final sample size required was 100 individuals. A random draw of 20 cards was conducted from each subgroup, each card representing a patient from the relevant subgroup, in order to ensure equality between the subgroups, so that the final sample size was 120 patients. Results: The statistical study showed a difference between the self-perception index of malocclusion and the need for orthodontic surgery in the first group (males and females) and the second group (males only), where the females in this group found that there was no difference at a 5% significance level, and the same was true in the third group (males and females). The statistical study also showed a direct relationship between the increase in the difference between the specialist's and the patient's assessment on the one hand, and the increase in the severity of the disease on the other hand. Discussion: The presence of statistically significant differences in the incidence rate of body dysmorphic disorder (BDD) between the study groups is similar to many studies, and is consistent with the increase in treatment requests in many patients. Conclusion: Body dysmorphic disorder (BDD) is one of the identifiable psychological disorders that should be investigated and dealt with carefully by orthodontists, and it is recommended that it be considered one of the practical steps for routine decision-making in the orthodontic clinic.

Keywords: Body Dysmorphic Disorder – (COPS- BDD) Questionnaire - Orthodontics

1-مقدمة :

تاريخياً، كان Morselli أول من وصف اضطراب تشوه الجسد -Body Dysmorphic disorder- BDD عام 1886 بمصطلح [1]dysmorphophobia. ظهر BDD لأول مرة في عام 1978 في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-III) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي [2-3]. تعود الإصابة بهذا الاضطراب إلى العديد من المسببات، ولكن السبب الدقيق يختلف من شخص لآخر. مع ذلك، يمكن أن يكون مزيجاً من العوامل البيولوجية والنفسية والبيئية من الماضي أو الحاضر [4].

الأعراض الشائعة والسلوك القهري المرتبط باضطراب التشوه الجسدي:

تمت فهرسة أهم أعراض اضطراب التشوه الجسدي كالتالي:

- أفكار مهووسة حول عيوب المظهر المتصورة.
- أعراض اضطراب الاكتئاب الشديد.
- الأفكار والمعتقدات الوهمية ذات الصلة.
- الانسحاب الاجتماعي والأسري، الرهاب الاجتماعي.
- التدني المزمن في تقدير الذات.
- الشعور بالخجل في البيئات الاجتماعية. مشاعر الخجل القوية.
- الشخصية المتجنبة و / أو الشخصية التابعة.
- عدم القدرة على العمل أو عدم القدرة على التركيز في العمل بسبب الانشغال بالمظهر [2].

السلوكيات القهرية الشائعة لاضطراب التشوه الجسدي:

- فحص المرآة القهري، والنظرة الخاطفة في الأبواب والنوافذ العاكسة والأسطح العاكسة الأخرى، أو بشكل بديل، عدم القدرة على النظر إلى انعكاس الشخص أو صورته الذاتية، أيضاً إزالة المرايا من المنزل.
 - محاولة تمويه العيب المتخيل: على سبيل المثال، استخدام تمويه تجميلي، أو ارتداء ملابس فضفاضة، أو الحفاظ على وضعية معينة للجسم، أو ارتداء القبعات.
 - استخدام تقنيات الإلهاء: محاولة لصرف الانتباه عن العيب المتصور لدى الشخص، على سبيل المثال، ارتداء ملابس باهظة أو مجوهرات مفرطة.
 - اللمس القهري للجلد، خاصة لقياس العيب الملحوظ أو الشعور به.
 - الإفراط في اتباع نظام غذائي أو ممارسة الرياضة، والعمل على المظهر الخارجي [2].
- الآثار المترتبة على تقويم الأسنان: يمكن استخدام معايير التشخيص التي تحدد الأفراد المنشغلين بعيوب "طفيفة" أو "متصورة" في المظهر لوصف غالبية الأفراد الذين يسعون إلى التحسين الجمالي. يسعى معظمهم إلى الإجراءات الجمالية لتحسين أو تصحيح العيوب الطفيفة في السمات "العادية". لذلك، قد تكون معايير التشخيص الإضافية التي تقيم درجة الضعف الوظيفي اليومي أكثر ملاءمة لمرضى تقويم الأسنان، ويجب تقييم سمة القلق بدقة [10-11]. يجب على المرضى الذين يبلغون عن طلبات متعددة لعلاج تقويم الأسنان أو الذين يسعون للحصول على استشارة من عدة مقومي ("تسوق الأطباء")، إما قبل العلاج أو بعده، إثارة الشكوك حول اضطراب التشوه الجسدي [12-13]. هنا يكون من الضروري أخذ التاريخ الكامل والتأكد من التعبير عن توقعات المريض بشكل كامل [14-15]. مع ذلك، لا يوجد سؤال واحد من شأنه أن يكشف عن تشخيص اضطراب التشوه الجسدي، حيث يعتمد التشخيص بشكل أساسي بشكل جماعي على مقابلة المريض والتاريخ الطبي السابق ومراقبة أنماط السلوك المعترف بهم [15].

الانتشار:

على الرغم من الدراسات التي أوردت عن انتشاره بين أفراد المجتمع أو مرضى العيادة السنية، فإن النسب الدقيقة لم يخبر عنها حتى اللحظة، بسبب المنطقة الرمادية والتحدي التشخيصي [7-8]. وفقاً للدراسات الاستقصائية، كانت نسب الانتشار 2.4% في الولايات المتحدة، 1.7-1.8% في ألمانيا، و2.3% في أستراليا [2].

استبيان فحص الإجراءات التجميلية (Cosmetic Procedure Screening Questionnaire (COPS) لاضطراب تشوه الجسد:

توصي الإرشادات بفحص المرضى لاضطراب تشوه الجسد (BDD) قبل الإجراءات أو الجراحات التجميلية لتحديد أولئك الذين قد يحتاجون إلى مزيد من التقييم النفسي [16]. تم تطوير هذا الاستبيان بواسطة Marc Serfaty ، Rupa Doshia ، Tom Werner ، Nell Ellison ، David Veale و Alex Clarke [17]، لقد تم الزعم أن استبيان فحص الإجراءات التجميلية (COPS) (أ) كان موجزاً ومجانياً للتنزيل ويمكنه تحديد الأشخاص الذين يعانون من BDD، (ب) قد يتنبأ إما بعدم الرضا عن إجراء تجميلي أو عدم حدوث تغيير أو تدهور في أعراض BDD، (ج) قد تكون حساسة للتغيير بعد التدخل-4-5 [18]. يطرح الاستبيان أسئلة حول الميزة (الميزات) التي يجدها الشخص غير جذابة، وطبيعة الإجراءات التجميلية التي يبحث عنها ومعايير تشخيص اضطراب تشوه الجسد. تتألف النسخة النهائية من استبيان COPS من 9 بنود. يتم تسجيل العناصر (الأسئلة) من 0 (الأقل ضعفاً) إلى 8 (الأكثر ضعفاً). المقياس والنسخة الكاملة من هذه الورقة متاحة للتنزيل من <http://www.iop.kcl.ac.uk/cadatquestionnaire>، يتم تحقيق النتيجة بجمع Q 2-10 العناصر 2 و3 و5 معكوسة. يتراوح الإجمالي من 0 إلى 72 مع درجة أعلى تعكس ضعفاً أكبر [17-19].

2- هدف البحث:

هدفَ هذا البحث إلى دراسة أثر الإصابة باضطراب تشوه الجسد على تقييم المريض الذاتي لمدى حاجته للجراحة التقيومية، تحري مدى تطابق تقييمه مع التقييم الموضوعي المستند إلى مشعرات معتمدة،

أهمية البحث:

إن هذا يساعد الطبيب إلى اختيار خطة المعالجة الأمثل مع الأخذ بعين الاعتبار متطلبات المريض الوظيفية والجمالية وحالته النفسية.

3- المواد والطرائق:

أجريت هذه الدراسة من شهر تشرين الأول 2019 إلى كانون الثاني 2021، حيث تكونت العينة الأولية للدراسة من 515 مشاركاً يعانون من سوء إطباق سني و/ أو هيكلي.

معايير الإدخال:

1. يجب أن يكون عمر المريض أكبر من 18 عاماً.
2. على استعداد للمشاركة في الدراسة.
3. ملء الاستبيان.

معايير الإخراج:

1. المرضى الذين يعانون من تشوهات جسدية عامة، ومتلازمات قحفية وجهية .
- 2- المرضى الذين يتناولون أدوية نفسية.

تكونت عينة الدراسة من ١٨٠ مريضاً من المراجعين لعيادات تقويم الأسنان ممن تتراوح أعمارهم بين ١٨-٢٥ عاماً، حيث تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات بحسب نتائج الاستبيان الخاص باضطراب تشوه الجسد، بحيث تكونت كل مجموعة من ٦٠ مريضاً نصفهم من الذكور ونصفهم الآخر من الإناث. أولاً تم اعتبار البيانات التي سيتم تطبيق اختبار دلالة الفروق عليها على أنها مرتبطة، والسبب أنها تخص مريض واحد، ولأن قراءة المجموعة الأولى (التقييم الذاتي) يتغير بتغير قراءة المجموعة الثانية (تقييم الطبيب)، أي أن الشروط موحدة.

ثانياً تم تطبيق الاختبارات اللامعلمية على البيانات الرتبية (التقييم الذاتي والتقييم الخاص بالطبيب) دون الحاجة لاختبار التوزيع الطبيعي، والسبب لأن رتبية وهو سبب كافي لتطبيق اللامعلمي.

ثالثاً تم حساب الفرق بين تقييم الطبيب والمريض، وذلك عبر طرح تقييم الطبيب (عادة هو القيمة الأصغر) من تقييم المريض، للحصول على بيانات رتبية جديدة بعنوان (فرق التقييم)، ولم يكن هناك حاجة لإجراء أي تعديل على البيانات أو إجراء ترميز Decoding، لأن البيانات في المجموعتين لهما خمس رتب.

رابعاً تم تطبيق معامل الارتباط سيرمان بين البيانات ذات الصفة (رتبي-فرق التقييم-مستمر-BDD)، كما تم تطبيق معامل ارتباط Rank biserial وهو نوع خاص من سيرمان على البيانات ذات الصفة (رتبي-فرق التقييم-اسمي-الجنس).

بروتوكول العمل:

تلقى جميع الأشخاص الجدد الذين استوفوا معايير التضمين نسخة من استبيان (COPS- BDD) الذي يتمتع بصلاحية موثوقة وقابلية للتكرار وفقاً لـ Philips et al [6-9-20]. يتكون الاستبيان من 9 أسئلة، ويعتمد التشخيص على درجة المريض. يحتوي كل سؤال على 9 إجابات، وتراوحت درجاتهم بين (0-8) تعطي النتيجة الإجمالية التشخيص الأولى، وفقاً للمطور، تعكس الدرجات الأعلى قدراً أكبر من الضيق والتدخل في الحياة واحتمال تشخيص اضطراب التشوه الجسدي. تم تقسيم الدرجات على النحو التالي وفقاً لإرشادات الاستبيان: 1- إذا حصل المريض على 40 درجة فأكثر فيوصى بالسعي للتقييم النفسي حيث يحتمل أن يكون مصاباً باضطراب التشوه الجسدي، 2- إذا سجل ما بين 30 و40، فربما لا يزال من المحتمل أن يكون لديه BDD وقد يستمر في الاستفادة من التقييم النفسي. 3- من غير المحتمل أن يكون لديه BDD إذا سجل أقل من 30. [21-22].

طلب من المرضى أن يقوموا بتقييم مدى حاجتهم لإجراء تداخل جراحي لتصحيح الاضطراب الهيكلي الذي يعانون منه على اعتبار أن يشكل انحرافاً عن النمو الطبيعي قد يؤثر بشكل من الأشكال على مظهرهم وجودة الحياة لديهم.

في المقابل تم استخدام (IOFTN) An Index of Orthognathic Functional Treatment Need من قبل الباحث لإجراء قياس موضوعي لمدى الحاجة للتداخل الجراحي التقويمي بحسب شدة مظاهر سوء الإطباق القابلة للقياس والتي تشاهد لدى المريض.

تم توزيع أفراد العينة الأولية (N=515) على ثلاث مجموعات رئيسية بحسب نتائج الاستبيان كالتالي: المجموعة A مجموعة المرضى الذين يحتمل أن يكونوا مصابين باضطراب تشوه الجسد، المجموعة B مجموعة المرضى الذين لا يزال من المحتمل أن يكون لديهم اضطراب تشوه الجسد، المجموعة C مجموعة المرضى الذين لا يحتمل أن يكون لديهم اضطراب تشوه الجسد. وكل مجموعة رئيسية قسمت إلى مجموعتين فرعيتين تمثلان كلاً من (الذكور والإناث) ومن خلال حساب حجم العينة بقوة 90 تبين أن حجم العينة

تأثير اضطراب تشوه الجسد على تقدير مرضى المعالجات التقويمية الذاتي لمدى حاجتهم للجراحة التقويمية

النهائية المطلوب هو ١٦٠ فرداً. تم إجراء سحب عشوائي لـ ٣٠ بطاقة من كل مجموعة فرعية، كل بطاقة تمثل مريضاً من المجموعة الفرعية المعنية تم إجراء استبيان مسبق له ووضعه ضمن المجموعة الموافقة، وذلك بغرض تأمين التساوي بين المجموعات الفرعية، بحيث بلغ عدد أفراد العينة النهائية ١٨٠ فرداً، للتأكيد على وجود هامش أمان يحقق قوة العينة المطلوبة.

طلب من كل مريض تقدير شدة إصابته بسوء الإطباق وحاجته لعلاج جراحي تقويمي ضمن مقياس يتراوح بين (١-٥) اعتماداً على نظرته الذاتية، في الوقت الذي قام فيه الطبيب المختص (الباحث) بوضع تقييمه الموضوعي وفق مشعر IOFTN الموضح في الشكل رقم (١)

Index of Orthognathic Functional Treatment Need

This index applies to those malocclusions that are **not amenable to orthodontic treatment alone, due to skeletal deformity**, and will ordinarily apply to those patients who will have completed facial growth prior to surgery (commonly 18 years of age and older). It relates only to the **functional** need for treatment and should be used in combination with appropriate psychological and other clinical indicators.

5. Very Great Need for Treatment
5.1 Defects of cleft lip and palate and other craniofacial anomalies
5.2 Increased overjet greater than 9 mm
5.3 Reverse overjet ≥ 3 mm
5.4 Open bite ≥ 4 mm
5.5 Complete scissors bite affecting whole buccal segment(s) with signs of functional disturbance and or occlusal trauma
5.6 Sleep apnoea not amenable to other treatments such as MAD or CPAP (as determined by sleep studies)
5.7 Skeletal anomalies with occlusal disturbance as a result of trauma or pathology
4. Great Need for Treatment
4.2 Increased overjet ≥ 6 mm and ≤ 9 mm
4.3 Reverse overjet ≥ 0 mm and < 3 mm with functional difficulties
4.4 Open bite < 4 mm with functional difficulties
4.8 Increased overbite with evidence of dental or soft tissue trauma
4.9 Upper labial segment gingival exposure ≥ 3 mm at rest
4.10 Facial asymmetry associated with occlusal disturbance
3. Moderate Need for Treatment
3.3 Reverse overjet ≥ 0 mm and < 3 mm with no functional difficulties
3.4 Open bite < 4 mm with no functional difficulties
3.9 Upper labial segment gingival exposure < 3 mm at rest, but with evidence of gingival/periodontal effects
3.10 Facial asymmetry with no occlusal disturbance
2. Mild Need for Treatment
2.8 Increased overbite but no evidence of dental or soft tissue trauma
2.9 Upper labial segment gingival exposure < 3 mm at rest with no evidence of gingival/periodontal effects
2.11 Marked occlusal cant with no effect on the occlusion
1. No Need for treatment
1.12 Speech difficulties
1.13 Treatment purely for TMD
1.14 Occlusal features not classified above

الشكل (١) مشعر الحاجة إلى المعالجة الوظيفية الجراحية

تم إجراء الدراسة الإحصائية اللازمة لدراسة الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين نتائج الاستبيانين مع الأخذ بعين الاعتبار حالة المريض.

النتائج

1-4. دلالة الفروق بين تقييم الطبيب وتقييم المريض الشخصي (رتبي - رتبي).

1-1-4. المجموعة A ذكور:

يبين الجدول رقم (1) نتيجة اختبار Wilcoxon Signed Rank لحساب الفرق بين تقييم الطبيب وتقييم المريض لمدى الحاجة للجراحة التقيومية، وذلك عند الذكور في المجموعة A، وتبين أنه يوجد فرق في المتوسطات بين مؤشر الإدراك الذاتي لسوء الإطباق والحاجة للجراحة التقيومية.

جدول(1): نتائج تطبيق اختبار Wilcoxon Signed Rank Test لحساب الفرق بين تقييم الطبيب والمريض فيما يخص الذكور في المجموعة A.

ملخص اختبار الفرضية				
القرار الإحصائي	الأهمية.	الإختبار	فرضية العدم	
رفض فرضية العدم	.000	اختبار ويلكوكسن للعينات المرتبطة	نتيجة فرق المتوسطات بين مؤشر الإدراك الذاتي لسوء الإطباق والحاجة للجراحة التقيومية يساوي الصفر	1
الأهمية التقريبية موضحة يبلغ مستوى الأهمية ٠,٠٥				

2-1-4. المجموعة A إناث:

يبين الجدول رقم (2) نتيجة اختبار Wilcoxon Signed Rank لحساب الفرق بين تقييم الطبيب وتقييم المريض عند الإناث في المجموعة A، وتبين أنه يوجد فرق في المتوسطات بين مؤشر الإدراك الذاتي لسوء الإطباق والحاجة للجراحة التقيومية.

جدول(2): نتائج تطبيق اختبار Wilcoxon Signed Rank لحساب الفرق بين تقييم الطبيب والمريض فيما يخص الإناث في المجموعة A.

ملخص اختبار الفرضية				
القرار الإحصائي	الأهمية.	الإختبار	فرضية العدم	

تأثير اضطراب تشوه الجسد على تقدير مرضى المعالجات التقويمية الذاتي لمدى حاجتهم للجراحة التقويمية

1	نتيجة فرق المتوسطات بين مؤشر الإدراك الذاتي لسوء الإطباق والحاجة للجراحة التقويمية يساوي الصفر	إختبار ويلكوسون للعينات المرتبطة	.000	رفض فرضية العدم
الأهمية التقريبية موضحة يبلغ مستوى الأهمية ٠,٠٥				

3-1-4. المجموعة B ذكور:

يبين الجدول رقم (3) نتيجة اختبار Wilcoxon Signed Rank لحساب الفرق بين تقييم الطبيب وتقييم المريض عند الذكور في المجموعة B، وتبين أنه يوجد فرق في المتوسطات بين مؤشر الإدراك الذاتي لسوء الإطباق والحاجة للجراحة التقويمية.

جدول(3): نتائج تطبيق اختبار Wilcoxon Signed Rank لحساب الفرق بين تقييم الطبيب والمريض فيما يخص الذكور في المجموعة B.

ملخص اختبار الفرضية				
	فرضية العدم	الإختبار	الأهمية.	القرار الإحصائي
1	نتيجة فرق المتوسطات بين مؤشر الإدراك الذاتي لسوء الإطباق والحاجة للجراحة التقويمية يساوي الصفر	إختبار ويلكوسون للعينات المرتبطة	.034	رفض فرضية العدم
الأهمية التقريبية موضحة يبلغ مستوى الأهمية ٠,٠٥				

4-1-4. المجموعة B إناث:

يبين الجدول رقم (4) نتيجة اختبار Wilcoxon Signed Rank لحساب الفرق بين تقييم الطبيب وتقييم المريض عند الإناث في المجموعة B، وتبين أنه لا يوجد فرق في المتوسطات بين مؤشر الإدراك الذاتي لسوء الإطباق والحاجة للجراحة التقويمية.

جدول(4): نتائج تطبيق اختبار Wilcoxon Signed Rank لحساب الفرق بين تقييم الطبيب والمريض فيما يخص الإناث في المجموعة B.

ملخص اختبار الفرضية				
	فرضية العدم	الإختبار	الأهمية.	القرار الإحصائي

1	نتيجة فرق المتوسطات بين مؤشر الإدراك الذاتي لسوء الإطباق والحاجة للجراحة التقويمية يساوي الصفر	إختبار ويلكوكسون للعينات المرتبطة	468.	قبول فرضية العدم
الأهمية التقريبية موضحة يبلغ مستوى الأهمية ٠,٠٥				

4-1-5. المجموعة C ذكور:

يبين الجدول رقم (5) نتيجة اختبار Wilcoxon Signed Rank لحساب الفرق بين تقييم الطبيب والمريض فيما يخص الذكور في المجموعة C، وتبين أنه لا يوجد فرق في المتوسطات بين مؤشر الإدراك الذاتي لسوء الإطباق والحاجة للجراحة التقويمية.

جدول(5): نتائج تطبيق اختبار Wilcoxon Signed Rank لحساب الفرق بين تقييم الطبيب والمريض فيما يخص الذكور في المجموعة C.

ملخص اختبار الفرضية				
	فرضية العدم	فرضية العدم	فرضية العدم	فرضية العدم
1	نتيجة فرق المتوسطات بين مؤشر الإدراك الذاتي لسوء الإطباق والحاجة للجراحة التقويمية يساوي الصفر	إختبار ويلكوكسون للعينات المرتبطة	065.	قبول فرضية العدم
الأهمية التقريبية موضحة يبلغ مستوى الأهمية ٠,٠٥				

4-1-6. المجموعة C إناث

يبين الجدول رقم (6) نتيجة اختبار Wilcoxon Signed Rank لحساب الفرق بين تقييم الطبيب والمريض فيما يخص الإناث في المجموعة C، وتبين أنه لا يوجد فرق في المتوسطات بين مؤشر الإدراك الذاتي لسوء الإطباق والحاجة للجراحة التقويمية.

جدول(6): نتائج تطبيق اختبار Wilcoxon Signed Rank لحساب الفرق بين تقييم الطبيب والمريض فيما يخص الإناث في المجموعة C.

ملخص اختبار الفرضية			
Decision	فرضية العدم	فرضية العدم	فرضية العدم

تأثير اضطراب تشوه الجسد على تقدير مرضى المعالجات التقويمية الذاتي لمدى حاجتهم للجراحة التقويمية

1	نتيجة فرق المتوسطات بين مؤشر الإدراك الذاتي لسوء الإطباق والحاجة للجراحة التقويمية يساوي الصفر	إختبار ويلكوكسون للعينات المرتبطة	.138	قبول فرضية العدم
الأهمية التقريبية موضحة يبلغ مستوى الأهمية ٠,٠٥.				

2-4. معامل الارتباط بين شدة المرض وفرق التقييم:

2-4-1. معامل ارتباط سبيرمان (رتبية – مستمرة) بين شدة المرض عند جميع المرضى وفرق التقييم: يبين الجدول رقم (7) بتطبيق اختبار Spearman أن هناك علاقة ارتباط بين زيادة الفرق بين تقييم الأخصائي والمريض من جهة، وزيادة شدة المرض من جهة، بعلاقة طردية.
جدول(7): نتائج تطبيق اختبار Spearman بين شدة المرض عند جميع المرضى وفرق التقييم.

الارتباطات				
الفرق	النتيجة			
.455**	1.000	معامل الارتباط	النتيجة	معامل ارتباط سبيرمان
.000	.	الأهمية (2-tailed)		
183	183	N		
1.000	.455**	معامل الارتباط	الفرق	
.	.000	الأهمية (2-tailed)		
183	183	N		
**.الارتباط هام عند مستوى ٠,٠١. (2-tailed).				

2-4-2. معامل الارتباط بين شدة المرض وفرق التقييم (مقسمة لمجموعات):

يبين الجدول رقم (8) معامل الارتباط بين شدة المرض وفرق التقييم لكل مجموعة، حيث يظهر ازدياد الفرق بين تقييم الطبيب وتقييم المريض بازدياد شدة المرض لدى المجموعات الثلاثة.

جدول(8): نتائج تطبيق اختبار Spearman لمعامل الارتباط بين شدة المرض وفرق التقييم لكل مجموعة.

الارتباطات		
الفرق	النتيجة	المجموعة

.120	1.000	معامل الارتباط	النتيجة	معامل ارتباط سبيرمان	likely to have BDD
.357	.	الأهمية (2-tailed)			
٦٠	٦٠	N			
1.000	.120	معامل الارتباط	الفرق		
.	.357	الأهمية (2-tailed)			
٦٠	٦٠	N			
.125	1.000	معامل الارتباط	النتيجة	معامل ارتباط سبيرمان	may still have BDD
.337	.	الأهمية (2-tailed)			
٦٠	٦٠	N			
1.000	.125	معامل الارتباط	الفرق		
.	.337	الأهمية (2-tailed)			
٦٠	٦٠	N			
-.130	1.000	معامل الارتباط	النتيجة	معامل ارتباط سبيرمان	unlikely to have BDD
.318	.	الأهمية (2-tailed)			
٦٠	٦٠	N			
1.000	-.130	معامل الارتباط	الفرق		
.	.318	الأهمية (2-tailed)			
٦٠	٦٠	N			

5-المناقشة:

تم تطوير استبيان (COPS) ليتمكن استخدامه في إعداد إجراء تجميلي لفحص المرضى المصابين بـ BDD. يتمتع المقياس باتساق داخلي مقبول وموثوقية إعادة الاختبار وصلاحيّة متقاربة. يجب إحالة الأفراد الذين يسجلون ٤٠ أو أكثر لمزيد من التقييم. ولقد كان مؤشر COPS أيضاً حساساً للتغيير في المرضى الذين يتلقون العلاج السلوكي المعرفي [3-4]. وبالتالي يمكن استخدامه كمقياس للنتائج بعد أي علاج (بما في ذلك الإجراءات التجميلية) لتحديد (أ) ما إذا كان هناك أي تحسن في أعراض BDD على بعد مستمر (ب) ما إذا كان يمكن أن يتنبأ باستمرار الأعراض أو عدم الرضا عن الإجراء التجميلي (في غياب أي مضاعفات جراحية). نظراً لأن مرضى اضطراب التشوه الجسدي تكون نظرتهم ضعيفة إلى الطبيعة النفسية لمشكلتهم، فهم في الغالب يبحثون عن علاجات غير نفسية. لذلك يجب أن يكون أطباء تقويم الأسنان على دراية بانتشار مثل هذه الحالات النفسية من أجل اتخاذ القرار الصحيح ووضع خطة العلاج الأمثل لهم.

أظهرت الدراسة الإحصائية وجود فرق بين مؤشر الإدراك الذاتي لسوء الإطباق والحاجة للجراحة التقويمية في المجموعة الأولى (ذكور وإناث) والثانية عند ذكور فقط حيث وجد الإناث في هذه المجموعة أنه لم يكن هناك فرق وذلك عند دلالة 5%، كذلك الأمر في المجموعة الثالثة (ذكور وإناث). كما أظهرت الدراسة الإحصائية أن هناك علاقة طردية بين زيادة الفرق بين تقييم الأخصائي والمريض من جهة، وزيادة شدة المرض من جهة أخرى، والذي يفسر ذلك هو القلق الشديد الذي يعانون منه مرضى BDD بشأن المشاكل الطفيفة في مظهرهم، وبالتالي فهم عادة ما يفضلون اللجوء إلى العلاج التجميلي على الرغم بأن مشكلتهم نفسية وليست جمالية، اتفقت الدراسة الحالية بذلك مع كل من Yassaei S et al, 2014 و-1] Sathyanarayana HP et al, 2020 [23. و من ثمّ يجب على أخصائي تقويم الأسنان أن يبين للمريض بأنه يستطيع تلقي العلاج التقويمي إذا لزم الأمر، ولكن النتائج ستكون أفضل عندما يتم حل المشكلة النفسية الأساسية أولاً.

تؤكد الدراسة الحالية الحاجة الملحة لطبيب التقويم لاستخدام الاستبيان الموصوف بشكل روتيني في عيادته، وخاصة لدى المرضى الذين يظهرون من خلال قصتهم السريرية إمكانية إصابتهم باضطراب تشوه الجسد، وذلك من خلال تضخيم المشاكل الجمالية، وتنقلهم المستمر بين العيادات التجميلية التي قد تندرج ضمن نفس الاختصاص نفسه أحياناً، وفي حال الشك بوجود مثل هذه الاضطراب فيجب تحويله إلى الطبيب النفسي المختص، أو أخصائي المعالجة المعرفية السلوكية من أجل اتخاذ الإجراءات اللازمة التي تساعد في اتخاذ القرار الصائب من قبل الطبيب والمريض معاً.

6- الاستنتاجات:

نستنتج من النتائج المستخلصة من هذه الدراسة أن الإصابة باضطراب تشوه الجسد الذي شخص عن طريق الاستبيان الخاص قد يلعب دوراً مهماً في طلب معالجة تقويم الأسنان كإجراء تجميلي. وقد ظهر ذلك من خلال وجود فرق بين تقييم المريض وتقييم الطبيب للأشخاص المصابين باضطراب التشوه الجسدي. بالتالي، يوصى بالتحقيق والكشف عن حالات BDD هذه باستخدام استبيان COPS-BDD كخطوة روتينية في إجراءات التشخيص واتخاذ القرار من أجل مراعاة متطلبات هؤلاء المرضى بشكل فردي الذين يحتاجون إلى صفقة خاصة.

المقترحات:

إجراء دراسة إضافية لتقصي الاضطرابات النفسية الأخرى التي تترافق أيضاً مع اضطراب تشوه الجسد.

7- المراجع

- 1- Sathyanarayana HP, Padmanabhan S, Balakrishnan R, Chitharanjan AB. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder among patients seeking orthodontic treatment. *Progress in Orthodontics* (2020) 21:20 : 1-5.
- 2- Jaiswal A, Tandon R, Singh K, Chandra P, Rohmetra A. Body Dysmorphic Disorder (BDD) and the Orthodontist. *Indian Journal of Orthodontics and Dentofacial Research*, October-December 2016;2(4):142-144
- 3- Fava GA. Morselli's legacy: dysmorphophobia. *Psychother Psychosom* 1992;58:117-8.
- 4- Veale, D., Gledhill, L. J., Christodoulou, P., & Hodsoll, J. Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image. King's Research Portal* 2016;18, 168-186.
- 5- Avinash B, Avinash BS, Shivalinga BM, Jain S. Body dysmorphic disorder in orthodontic patients. *World J dent* 2013; 4(1): 56-59.
- 6- Philips KA. *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder*. New York: Oxford University Press 1996; 164-97.
- 7- Anthony MT, Farella M. Body dysmorphic disorder and orthodontics –an overview for clinicians. *Aust Orthod J* 2014; 30: 208–213.
- 8- Hepburn S, Cunningham S. Body dysmorphic disorder in adult orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006;130:569-74.
- 9- Philips KA. Body dysmorphic disorder: The distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1138-46.
- 10-Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2005;46:549-55.
- 11-. Sarwer DB, Spitzer JC. Body image dysmorphic disorder in persons who undergo aesthetic medical treatments. *Aesthet Surg J* 2012;32:999-1009.
- 12-Polo M. Body dysmorphic disorder: a screening guide for orthodontists. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2011;139:170-3.
- 13-Broder HL, Phillips C, Kaminetzky S. Issues in decision making: Should I have orthognathic surgery? *Semin Orthod* 2000;6:249-58.
- 14-Cadogan J, Bennun I. Face value: an exploration of the psychological impact of orthognathic surgery. *Brit J Oral Maxillofac Surg* 2011;49:376-80.
- 15-Sachan A, Chaturvedi TP, Adit. Body dysmorphic disorder: a new concern for dentists. *Dysphrenia* 2012;3:134-6.

- 16-Juggins KJ, Feinmann C, Shute J, Cunningham SJ. Psychological support for orthognathic patients – what do orthodontists want? *J Orthod* 2006;33:107-15.
- 17-Veale, D., Ellison, N., Werner, T. G., Dodhia, R., Serfaty, M. A., & Clarke, A. (2012). Development of a Cosmetic Procedure Screening Questionnaire (COPS) for Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 65(4), 530 - 532.
- 18-Phillips, K. A., & Menard, W. (2006). Suicidality in body dysmorphic disorder: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1280-1282.
- 19-Veale D, De Haro L, Lambrou C. Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. *British Journal of Plastic Surgery* 2003; 56: 546-551.
- 20-Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, et al. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown obsessive compulsive scale. *Psychopharmacol Bull.* 1997;33(1):17–22.
- 21-Veale, D., & Neziroglu, F. (2010). *Body Dysmorphic Disorder: a treatment manual*. Chichester: John Wiley & Sons.
- 22-Veale D, Gournay K, Dryden W, Boocock A, Shah F, Willson R, et al. Body dysmorphic disorder: A cognitive behavioural model and pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy* 1996; 34: 717-729.
- 23-Yassaei S, Moghadam MG, Aghili H, Tabatabaei SM. Body Dysmorphic Disorder in Iranian Orthodontic Patients. *Acta Medica Iranica*, 2014;52(6):454-457