

پیش بینی اضطراب دندان پزشکی بر اساس اضطراب درد و درد ذهنی در بین افراد مراجعه کننده به کلینیک‌های دندانپزشکی شهر کرمانشاه

علی اکبر پرویزی فرد^۱، خاطره حشمتی^۲، امیرعباس طاهری^{۳*}

^۱ استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه،

ایران

^۳ دانشجوی دکترای مشاوره توانبخشی، گروه مشاوره، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

تاریخ ارائه مقاله: ۱۴۰۰/۳/۲۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۶/۶

Prediction of Dental Anxiety Based on Pain Anxiety and Mental Pain Among People Referred to Dental Clinics in Kermanshah City

Aliakbar Parvizifard¹, Khateresh Heshmati², Amir Abbas Taheri^{3*}

¹ Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

² Msc Student of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

³ Ph.D Student in Rehabilitation Counseling, Department of Counseling, School of Behavioral Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Received: 16 June 2021; Accepted: 28 August 2021

Introduction: Toothache is one of the most common complaints related to dental services. People may experience high levels of anxiety when visiting a dentist or avoid receiving services. The term dental anxiety is used to describe a specific type of anxiety caused by the dental environment. The present study aimed to investigate the psychological factors affecting dental anxiety.

Materials & Methods: The present study was conducted based on a descriptive-cross-sectional design. Participants were selected via convenience sampling. The sample in this study included 328 patients referred to dental clinics in Kermanshah in 2020-2021. The instruments used in this study included the Pain Anxiety Questionnaire (PASS-20), Dental Anxiety Inventory (DAI), and Mental Pain (OMMP). Finally, after data collection, the data were analyzed in SPSS software (version 24) using Pearson correlation and multiple regression analysis.

Results: Based on the results of the Pearson correlation coefficient, pain anxiety showed a positive and significant correlation with dental anxiety ($r=0.45$) and mental pain ($r=0.25$) ($P=0.001$). Based on the results of multivariate regression analysis (Enter), pain anxiety ($\beta=0.356$) and mental pain ($\beta=0.139$) were significant predictors of dental anxiety ($P<0.05$).

Conclusion: As evidenced by the results of the current study, it can be concluded that psychological factors, such as pain anxiety and mental pain, are effective in dental anxiety. Furthermore, a great deal of pain anxiety can increase dental anxiety due to people's distorted perceptions of dental services.

Key words: Dental Anxiety, Pain Anxiety, Pain Perception

Corresponding Author: ami.taheri@uswr.ac.ir

J Mash Dent Sch 2022; 46(1): 25-34 .

چکیده

مقدمه: درد دندان یکی از رایج ترین شکایتهای مربوط به خدمات دندان پزشکی است. ممکن است افراد هنگام مراجعه به دندان پزشکی اضطراب بالایی را تجربه کنند یا از دریافت خدمات اجتناب کنند. برای توصیف نوع خاص اضطراب ناشی از محیط دندان پزشکی، از اصطلاح اضطراب دندان پزشکی استفاده می‌شود. هدف این مطالعه تعیین عوامل روان‌شناختی تاثیر گذار بر اضطراب دندان پزشکی بود.

مواد و روش‌ها: طرح مطالعه به روش توصیفی-مقطعی بود. شرکت کنندگان از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. نمونه‌ی مورد نظر در این مطالعه، شامل ۳۲۸ نفر از مراجعه کنندگان به کلینیک‌های دندان پزشکی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۸-۹۹ بود. ابزار مورد استفاده در

* مولف مسؤول، نشانی: تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، دانشکده علوم رفتاری، گروه مشاوره، تلفن: ۰۹۱۴۰۴۴۸۶۶۱

این مطالعه، شامل پرسشنامه اضطراب درد (PASS-20)، اضطراب دندان پزشکی (DAI) و درد ذهنی (OMMP) بود. در نهایت، داده ها با روش آماری همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه و از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: بر اساس نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین اضطراب درد با اضطراب دندان پزشکی ($r=0/45$) و درد ذهنی ($r=0/25$) رابطه مثبت و معناداری وجود داشت ($P=0/001$). بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوهی همزمان (Enter) اضطراب درد ($\beta=0/356$) و درد ذهنی ($\beta=0/139$) پیش بینی کنندهی معنادار اضطراب دندان پزشکی می باشند ($P<0/05$).

نتیجه گیری: بر اساس نتایج بدست آمده در این پژوهش می توان نتیجه گرفت که عوامل روان شناختی از قبیل، اضطراب درد و درد ذهنی بر اضطراب دندان پزشکی موثر هستند. همچنین مقدار زیادی از اضطراب درد به خاطر فاجعه انگاری درد و تصورات تحریف شده نسبت به خدمات دندان پزشکی، می تواند به اضطراب دندان پزشکی منجر شود.

کلمات کلیدی: اضطراب دندان پزشکی، اضطراب درد، ادراک درد
مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۴۰۱ دوره ۴۶ / شماره ۱: ۳۴-۲۵.

مقدمه

انجمن بین المللی مطالعات درد (The International Association for the Study of Pain)، درد را یک تجربه ناخوشایند هیجانی مرتبط با یک خطر واقعی یا بالقوه می داند. درد به عنوان یک مکانیسم طبیعی بدن، هشدار است جهت شناسایی و رفع منبع دردی که امکان دارد سلامت انسان را به خطر اندازد. علاوه بر عوامل جسمانی که در بروز علایم درد موثرند، عوامل روان شناختی نیز نقش انکارناپذیری در ایجاد و تداوم درد دارند.^(۱و۲) افراد مراجعه کننده به کلینیک های دندان پزشکی که از مشکلات مربوط به دهان و دندان رنج می برند، به خاطر عفونت و بیماری های مربوط به دهان و دندان دچار دردهای شدید می شوند. علاوه بر عوامل جسمانی از جمله تخریب عصب های دندان، عوامل روان شناختی از جمله درد ذهنی بر رفتار بیمار نسبت به درد دندان اثر می گذارد.^(۳و۴) طبق دیدگاه Melzack شدت رنج کشیدن به طور عمده ای تحت تأثیر معنا و مفهوم درد برای بیمار قرار دارد. این عوامل روان شناختی شامل توانایی درک، ارزیابی درد و معنی و تعبیر شخصی از شرایط ایجاد محرک در چگونگی پاسخ به درد موثر می باشد.^(۵و۶)

مراجعه کنندگان دندان پزشکی با شکایت درد، از ناراحتی های متفاوتی رنج می برند.^(۷) بر حسب نوع خدمات دریافتی میزان ادراک درد در مراجعه کنندگان و اضطراب ناشی از خدمات دریافتی متفاوت است. مراجعه کنندگان معمولاً به خاطر محیط دندان پزشکی و وسایل مورد استفاده دچار اضطراب و ترس می شوند. اضطراب احساس ناخوشی، نگرانی یا تنشی است که در پاسخ به شرایط تهدیدکننده یا فشارزا ارائه می دهیم. شکلی از اضطراب که نگرانی فرد در خصوص درد و پیامدهای مربوط به آن است اضطراب درد (Pain Anxiety) نامیده می شود و مفاهیم اجتناب، ترس از درد و نشانگان جسمی را دربرمی گیرد.^(۸) از سویی دیگر ترس از درمان های دندان پزشکی رایج است و حدود ۶ تا ۱۵ درصد افراد از اضطراب دندان پزشکی رنج می برند.^(۹) اضطراب دندان پزشکی شروع زودرسی دارد و میانگین سن شروع آن ۱۲ سالگی است. پژوهش بر روی ۵۰۳ دانشجوی رشته های مختلف نشان دهنده شیوع اضطراب دندان پزشکی شدید به میزان ۶/۲۱ درصد در پسران و ۲۴ درصد در دختران دانشجو بوده است.^(۱۰) برای توصیف نوع خاص اضطراب ناشی از محیط دندان پزشکی از اصطلاح اضطراب دندان پزشکی استفاده می شود که به ترس، اضطراب یا استرس در محیط دندان پزشکی اشاره

دارد.^(۱۰) ترس از مراجعه به دندان‌پزشک می‌تواند منجر به تأخیر درمان یا جلوگیری از درمان شود. از جمله علائم مربوط به اضطراب دندان‌پزشکی می‌توان به تعریق، تاکی کاردی، گریه یا علائم وحشت، کنار کشیدن، استفاده از شوخ طبعی یا پرخاشگری برای پوشاندن اضطراب اشاره کرد.^(۱۱) سبب‌شناسی اضطراب دندان‌پزشکی شناخته شده نیست. با توجه به این‌که اضطراب دندان‌پزشکی یک پدیده چند بعدی و پیچیده است تنها یک عامل واحد را نمی‌توان در ایجاد آن دخیل دانست. از جمله عوامل موثر در ایجاد و گسترش این اضطراب می‌توان به ویژگی‌های شخصیتی، ترس از درد، حساسیت‌پذیری نسبت به درد (Sensitivity to pain)، تجربیات دردناک یا آسیب‌زای دندان‌پزشکی به ویژه تجربیات شرطی شده (Conditional experiments) در دوران کودکی در محیط دندان‌پزشکی، یادگیری مشاهده‌ای (Observational learning) از طریق مشاهده ترس درد اعضای خانواده، ترس از جراحی و خون و سبک‌های مقابله‌ای (Coping styles) اشاره کرد.^(۱۲) پیامد مهم اضطراب دندان‌پزشکی را می‌توان ترس از محیط‌های دندان‌پزشکی و اجتناب از آن دانست. Sanikop و همکاران^(۱۳) در پژوهشی دریافتند که بین اضطراب دندان‌پزشکی و ادراک درد رابطه معناداری وجود دارد. در پژوهشی دیگر یاقوتی و همکاران^(۱۴) به بررسی اضطراب و ترس در بین دانشجویان علوم پزشکی رفسنجان پرداختند. نتایج نشان داد که ۰/۸۳ درصد دانشجویان، ترس و ۰/۴۰ درصد آن‌ها اضطراب دندان‌پزشکی داشتند. با توجه به سبب‌شناسی اضطراب دندان‌پزشکی و رابطه آن با ترس از درد می‌توان آن را عامل مهمی در تداوم درد نام برد. همچنین بر اساس مبانی نظری Melzack در مورد درد، عوامل روان‌شناختی از جمله اضطراب در نوع ادراک درد موثر هستند.

در نوع روان‌شناختی درد می‌توان به مفهوم درد ذهنی (Mental pain) اشاره کرد. درد ذهنی یک تجربه روان-شناختی کلی و فراگیر است که شامل مفاهیم رنج و آسیب می‌باشد اما مشروط به آسیب جسمانی واقعی نیست. به عبارت دیگر دامنه وسیعی از تجربه‌های ذهنی است که مجزا از حالت‌های منفی هیجانی از قبیل افسردگی و اضطراب، تعریف می‌شود. در نهایت تمامی هیجانات منفی زمانی که به صورت مزمن درآید، می‌تواند به صورت درد ذهنی تبدیل شده و در فرآیند ادراک درد اثرگذار باشد.^(۱۵) اکثر تحقیقات صورت گرفته که در خصوص رابطه بین درد ذهنی با خودکشی و افسردگی بوده است، نشان داده‌اند درد ذهنی می‌تواند به عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده در بروز خودکشی و افسردگی عمل کند.^(۱۶-۱۸)

مطالعات قبلی نشان داده‌اند بین اضطراب دندان‌پزشکی با ادراک درد دندان رابطه وجود دارد.^(۱۳) همچنین در مطالعات گذشته به بررسی اضطراب و افسردگی با اضطراب دندان‌پزشکی پرداختند.^(۱۹،۲۰) اما هنوز پژوهشی به بررسی رابطه درد ذهنی و اضطراب درد با اضطراب دندان‌پزشکی در محیط‌های دندان‌پزشکی نپرداخته است و این پژوهش قصد دارد به بررسی این روابط بپردازد.

مواد و روش‌ها

این مقاله از پروژه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه استخراج شده است و کد اخلاق این مطالعه IR.KUMS.REC.1398.385 است. در هنگام تکمیل پرسشنامه‌ها برای مراجعین روند پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات توضیح داده شد و افراد طبق رضایت آگاهانه فرآیند تکمیل پرسشنامه‌ها را انجام دادند.

ابزار

پرسش نامه اضطراب دندان پزشکی که توسط استاترد، ملبرگ و هوگاستراتن^۱ ساخته شده است، یک پرسشنامه خود گزارشی است دارای ۳۶ گویه که به شکل اظهارات ترسناک درباره موقعیت های دندان پزشکی هستند. گویه ها در یک مقیاس لیکرت پنج درجه ای قرار گرفتند. همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۹۶ تا ۰/۹۸ درصد قرار داشت. در ایران نیز یوسفی و همکاران^(۲۱) به بررسی ویژگی های روان سنجی این پرسش نامه در جمعیت ایرانی بر روی ۳۰۰ دانشجو پرداختند. ساختار اکتشاف شده در جمعیت ایرانی از طریق تحلیل عامل تائیدی، تایید شد و از ویژگی های روان سنجی قابل قبولی در جمعیت ایرانی برخوردار بود. همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۴ درصد به دست آمد.^(۲۲)

پرسش نامه درد ذهنی (OMMP) در سال ۲۰۰۳ توسط اورباخ^۲ و همکاران ساخته شده است، دارای ۴۴ سؤال و ۹ خرده مقیاس می باشد. ضریب آلفا در خرده مقیاس تغییرناپذیری ۰/۹۵، فقدان کنترل ۰/۹۵، خودشیفتگی/ بی ارزشی ۰/۹۳، آشفتگی هیجانی ۰/۹۳، خشک زدگی ۰/۸۵، از خودبیگانگی ۰/۷۹، سردرگمی ۰/۸۰، فاصله گیری اجتماعی ۰/۸۰، پوچی ۰/۷۵ گزارش شد. در ایران بگیان کوله مرز و همکاران^(۲۳) به بررسی ویژگی های روان سنجی این پرسش نامه در نمونه ۳۰۰ نفری دانشجویان در جمعیت ایرانی پرداختند. حاصل تحلیل عامل اکتشافی ۶ عامل بود که واریانس درد ذهنی را تبیین می کردند و ضریب آلفا در خرده مقیاس پوچی و بی ارزشی ۰/۹۵، سردرگمی و آشفتگی هیجانی ۰/۸۹، فقدان کنترل ۰/۸۷، فاصله گیری اجتماعی از خودبیگانگی ۰/۸۶، ترس از تنهایی ۰/۶۱

درصد گزارش شد. تحلیل عامل تائیدی نیز در ۶ عامل تائید شد. در نهایت نتایج مطالعه ایرانی نشان داد این ابزار از روایی پایایی مناسب برخوردار است.^(۲۴)

مقیاس نشانگان اضطراب درد PASS-20 برای سنجش ترس و اضطراب افراد مبتلا به انواع درد مزمن توسط مک کراکن^۳ و دیهینگرا (۲۰۰۲) منتشر شده است. این مقیاس نسخه کوتاه از نسخه چهل سوالی توسعه یافته در سال ۱۹۹۲ است. به منظور هنجاریابی، مقیاس PASS-20 به همراه مقیاس های DASS-21، ترس از حرکت تمپا، فاجعه آمیزی درد، خودکارآمدی درد و رفتار درد در بین ۳۱۰ نفر از کارگران سانحه دیده شغلی یک واحد تولیدی بزرگ پس از یک هفته (بطور متوسط) از سانحه شغلی اجرا شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی مولفه های اصلی با چرخش متمایل ساختار سه عاملی را با ۵۵/۳۰ درصد از تبیین واریانس آشکار کرد. عامل ها به ترتیب فرار-اجتناب، ترس از درد و نشانگان جسمی نامیده شد. تحلیل عاملی تائیدی شاخص های نیکویی برازش مناسب تری برای ساختار سه عاملی در مقابل ساختار چهار عاملی نسخه اصلی و ساختار تک عاملی نشان داد. روایی همگرا مقیاس با مقیاس های افسردگی و اضطراب، ترس از حرکت، فاجعه آمیزی درد و رفتار درد از نظری آماری معنی دار بود. واریانس روایی و اگرایی مقیاس با خودکارآمدی درد نشانگر همبستگی منفی معنی داری بود. ضریب همسانی درونی برای خرده مقیاس فرار-اجتناب=۰/۹۱، خرده مقیاس ترس از درد=۰/۸۷ و نشانگان جسمانی ۰/۸۱ گزارش شد.^(۲۵ و ۲۶)

روش اجرا

این پژوهش در قالب طرح توصیفی-همبستگی است که از طریق نمونه گیری در دسترس افراد با سابقه دردهای

³ Lance.McCracken

¹ Malberg and Hoogstraten

² Orbach

اضطراب دندان پزشکی، اضطراب درد و درد ذهنی با توجه به جنس، وضعیت تاهل و سطح تحصیلات ارائه شده است. بر اساس نتایج، میانگین زنان در متغیر اضطراب دندان-پزشکی، اضطراب درد و درد ذهنی بیشتر از مردان و افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل بود. بر اساس تحصیلات، میانگین نمرات افراد دارای مدرک سوم راهنمایی در متغیر های اضطراب دندانپزشکی و درد ذهنی بالاتر بود، اما در متغیر اضطراب درد، افراد لیسانس و بالاتر میانگین نمرات بالاتری را گزارش کردند.

بر اساس نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین اضطراب درد با اضطراب دندانپزشکی ($r=0/45$) و درد ذهنی ($r=0/25$) رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود داشت ($P=0/001$). در جدول ۲، نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه‌ی همزمان (Enter) برای پیش بینی ادراک درد بر اساس متغیرهای پیش بین (اضطراب درد و درد ذهنی) ارائه شده است.

همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده، بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری به شیوه‌ی همزمان (Enter)، اضطراب درد ($\beta=0/356$) و درد ذهنی ($\beta=0/139$) پیش بینی کننده‌ی معنادار اضطراب دندان پزشکی می‌باشند ($P<0/05$). بنابراین؛ متغیرهای پیش بین پژوهش تبیین کننده‌ی حدود ۲۹ درصد از واریانس اضطراب دندان-پزشکی در مراجعه کنندگان به کلینیک‌های دندان پزشکی کرمانشاه می‌باشند.

دندانپزشکی مراجعه کننده به کلینیک های دندانپزشکی شهر کرمانشاه در سال ۹۹-۱۳۹۸ انتخاب شدند. نمونه مورد نظر برای این پژوهش ۳۵۰ نفر برآورد شد. در نهایت با توجه به پر نکردن صحیح تعدادی از پرسشنامه ها، ۳۲۸ پرسشنامه وارد فرآیند تحلیل آماری شد. پس از معاینه توسط دندانپزشک و تشخیص مشکلات دندان، از آنها خواسته شد پرسشنامه اضطراب درد (PASS-20)، اضطراب دندان پزشکی (DAI)، درد ذهنی (OMMP) را پر کنند. در نهایت پس از جمع آوری داده های مورد نظر، تحلیل رگرسیون چندگانه از طریق نرم افزار SPSS-۲۴ برای بررسی عوامل روان‌شناختی و ارتباط مولفه‌های روان‌شناختی مربوط به درد بر شدت ادراک درد مربوط به دهان و دندان مراجعین انجام گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۲۸ نفر شرکت کردند که میانگین و انحراف معیار سن آنها برابر $32/27 \pm 8/19$ سال بود. در جدول ۱، ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان ارائه شده است.

همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده، دامنه سنی افراد شرکت کننده بین ۱۸ تا ۵۳ سال بود و ۱۸۵ نفر (۴/۵۶ درصد) از شرکت کنندگان زن، ۲۱۷ نفر (۲/۶۶ درصد) از شرکت کنندگان متأهل و ۱۷۶ نفر (۷/۵۳ درصد) از شرکت کنندگان دارای سطح تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند. در جدول ۱، شاخص‌های توصیفی برای متغیرهای

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان

متغیر	اضطراب دندان پزشکی		اضطراب درد		درد ذهنی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
جنس						
مرد	۱۵۲/۴۷	۱۳/۳۴	۵۷/۶۹	۱۰/۷۷	۱۷۲/۰۷	۱۳/۴۲
زن	۱۵۴/۵۵	۱۲/۴۹	۵۸/۱۹	۱۱/۲۸	۱۷۴/۰۵	۱۲/۳۱
P-value	۰/۱۵*		۰/۶۸*		۰/۱۷*	
وضعیت تاهل						
مجرد	۱۵۴/۰۲	۱۳/۸۳	۵۸/۰۴	۱۱/۴۱	۱۷۳/۵۲	۱۳/۳۳
متاهل	۱۵۳/۴۵	۱۲/۴۱	۵۷/۹۴	۱۰/۸۸	۱۷۳/۰۱	۱۲/۵۸
P-value	۰/۷۰*		۰/۹۴*		۰/۷۳*	
وضعیت تحصیلی						
بی سواد	۱۵۲/۸۵	۱۵/۰۴	۵۷/۶۹	۱۴/۹۷	۱۷۰/۴۶	۱۳/۰۹
سوم راهنمایی (سیکل)	۱۵۶/۲۱	۱۲/۹۱	۵۸/۳۳	۱۱/۲۱	۱۷۵/۰۵	۱۱/۰۸
دیپلم و فوق دیپلم	۱۵۲/۶۳	۱۲/۳۰	۵۶/۰۸	۹/۷۴	۱۷۲/۳۱	۱۲/۳۲
لیسانس و بالاتر	۱۵۳/۶۴	۱۳/۰۶	۵۸/۹۵	۱۱/۳۲	۱۷۳/۴۳	۱۳/۴۷
P-value	۰/۵۱**		۰/۲۳**		۰/۵۸**	

* تی مستقل، ** آنالیز واریانس یک طرفه

بحث

دندان پزشکی پردازد. هدف اساسی این پژوهش مبتنی بر این فرض بود که عوامل روان‌شناختی از جمله، اضطراب درد و درد ذهنی بر اضطراب دندان پزشکی بیمار موثر است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد، اضطراب درد ($\beta=0/356$) و درد ذهنی ($\beta=0/139$) پیش بینی کننده‌ی معنی دار اضطراب دندان پزشکی هستند.

درد پدیده چندی بعدی است و عوامل مختلفی در بروز درد و ادراک درد موثر است. یکی از انواع درد، درد مربوط به دندان است. افراد زیادی از درد دندان رنج می‌برند و بسیاری افراد به خاطر ترس‌های تحریف شده از دریافت خدمات دندان پزشکی اجتناب می‌کنند. پژوهش حاضر قصد داشت به بررسی عوامل روان‌شناختی موثر بر اضطراب

جدول ۲: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه‌ی همزمان (Enter) برای پیش بینی اضطراب دندان پزشکی براساس متغیرهای پیش بین

متغیر	B	β	T	P-value
مقدار ثابت (a)	۶۹/۰۵۱	---	۷/۲۱۲	۰/۰۰۱
اضطراب درد	۰/۴۱۵	۰/۳۵۶	۷/۳۰۳	۰/۰۰۱
درد ذهنی	۰/۱۴۰	۰/۱۳۹	۲/۹۰۶	۰/۰۰۴
خلاصه مدل	R	R ²	Adjusted R	
	۰/۵۴۴	۰/۲۹۴	۰/۲۹	

اضطراب بیمار در محیط های دندان پزشکی می باشد. افرادی که سبک دلبستگی ایمنی به والدین خود داشتند، رابطه ای ایمن تری را با دندان پزشک خود ایجاد کردند و اضطراب کمتری را گزارش کردند. از طرف دیگر افراد دارای سبک دلبستگی نایمن همراه با دوسوگرایی همانندسازی نایمنی با دندان پزشک خود داشتند و اضطراب بیشتری را تحمل می کردند. در شرایط یکسان افرادی که طرحواره ایمنی در رابطه والد- فرزندی داشتند در مقایسه با افرادی که طرحواره نایمنی داشتند اضطراب کمتری را گزارش کردند. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش می توان نتیجه گرفت که عوامل شخصیتی شکل گرفته در فرد در طی دوران رشدی می تواند به صورت الگویی روان شناختی به اضطراب درد منجر شود.^(۳۰،۳۱) در تبیین یافته های پژوهش به نحوه ی اثرگذاری عوامل روان شناختی بر اضطراب دندان پزشکی پرداخته شد. نقش هیجانات مثبت و منفی یکی از مواردی هستند که در ادراک درد موثر است. طبق مطالعات انجام شده در خصوص هیجانات، افرادی که هنگام رویارویی با محیط های مرتبط با درد هیجانات مثبتی را تجربه می کردند درد کمتری را گزارش می کردند.^(۲۹،۳) از طرفی افرادی که هیجانات منفی بالاتری داشتند و درد ذهنی بیشتری را تحمل می کردند، درد بالاتری را تجربه می کردند.^(۳۲) پژوهش های تجربی به دستکاری وضعیت هیجانی و خلق و خوی بیماران در محیط های بالینی از طریق ایجاد یک موسیقی دلپذیر، رایحه خوش بو، عکس ها و فیلم های آرام بخش می پردازند. نتایج نشان داد بیشتر افراد به هنگام رویارویی با چنین محرک هایی، از درد فاصله گرفته و ادراک درد کمتری را گزارش می دهند.^(۳۳) بنابراین می توان نتیجه گرفت که تنظیم هیجان یکی از عوامل موثر بر مدیریت درد است.^(۳۴،۳۵)

با توجه به پیشینه پژوهش مطالعات مختلفی نشان دادند که بین عوامل روان شناختی و درد دندان رابطه وجود دارد.^(۲۷-۲۹) در مطالعه ای Yildirim و همکاران^(۱۹) به بررسی رابطه ی بین اضطراب دندان پزشکی با علائم روان شناختی عمومی پرداختند. نتایج نشان داد بین اضطراب دندان- پزشکی با افسردگی و اضطراب حالت و صفت رابطه وجود دارد. در مطالعه ای دیگر Halonen و همکاران^(۲۰) نیز به بررسی رابطه اضطراب دندان پزشکی با افسردگی و اضطراب بالینی عمومی در بین دانشجویان کشور فنلاند پرداختند. پرسشنامه موردنظر، اضطراب و افسردگی بک بود. نتایج نشان داد در میان زنان، اضطراب دندان پزشکی بالاتر از نظر آماری به طور معنی داری با سطح بالاتری از اضطراب بالینی و افسردگی ارتباط داشت، در حالی که در مردان، اضطراب دندان پزشکی تنها با اضطراب بالینی همراه بود. از نظر عوامل اضطراب دندان، فقط اضطراب دندانپزشکی پیش بینی شده با اضطراب بالینی یا افسردگی در مردان ارتباط داشت.

طبق نتایج رگرسیون فاکتور اضطراب درد ($\beta=۰/۳۵۶$) بیشترین واریانس تغییرپذیری در اضطراب دندان پزشکی را داشت. در تبیین این یافته می توان به نوع شکل گیری اضطراب در افراد دچار دندان درد پرداخت. در مطالعه ای Eli و همکاران^(۳۰) به بررسی مدل روان شناختی افراد دچار اضطراب دندان پزشکی پرداختند. نتایج نشان داد وجود تجربه های منفی و دردناک نسبت به محیط های دندان- پزشکی در کودکی و وجود صفت های شخصیتی پاتولوژیک مرتبط با سبک های دلبستگی در ادراک درد موثر است. افرادی که در کودکی تجربه های ناخوشایندی را از محیط های دندان پزشکی گزارش کردند در بزرگسالی نیز از اضطراب بیشتری شکایت داشتند. در این مطالعه نوع سبک دلبستگی والد- کودک نیز پیش بینی کننده مهمی در

تبدیل شده و سایر ویژگی های فرد، دیده نمی شود. در این خصوص مداخلات روان شناختی از قبیل درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی (Acceptance and commitment therapy) به افراد کمک می کند که فرد بین تمامیت خود و درد فاصله بگیرد و درد را به مثابه کل وجود خود در نظر بگیرد و به افراد تکنیک های خود مشاهده گری (Self observation) درد آموخته می شود. (۳۹ و ۴۱)

مهمترین محدودیت مطالعه ما این بود که صرفاً عوامل روان شناختی بر اضطراب دندان پزشکی مراجعین را قبل از دریافت خدمات سنجید. پیشنهاد می شود در مطالعات آتی پس از دریافت خدمات دندان پزشکی به بررسی نگرش بیماران نسبت به دریافت خدمات و اضطراب ادراک شده پرداخته شود. فرض می شود مقداری زیادی از اضطراب درد و به دنبال آن فاجعه انگاری درد و تصورات تحریف شده نسبت به خدمات دندان پزشکی، پس از دریافت خدمات اضطراب بیماران روند کاهشی پیدا کند. پیشنهاد می شود در اشکال شدید ترس از دندان، دندان پزشک به بیماران توصیه کند که از متخصصان بهداشت روان کمک بگیرند.

تشکر و قدردانی

در نهایت از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بخاطر تأمین اعتبار این پروژه کمال تشکر را داریم. همچنین از شرکت کنندگان محترم که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، سپاسگزاریم.

خلق افراد نیز عامل موثر دیگری در ادراک درد افراد است. پژوهش ها نشان داده اند، افرادی که دچار خلق افسرده هستند شکایت بیشتری از درد دارند. با توجه به نقش مهم هیجان و خلق در ادراک درد دندان به هنگام بررسی شکایات بیماران، لزوم بررسی عوامل روان شناختی مهم بنظر می رسد. (۳۳ و ۳۶) ویژگی های شخصیتی نیز اثر مهمی در گزارش درد بیماری دارند. فاجعه انگاری درد، حساسیت به درد، آستانه تحمل پایین و تاب آوری کم نیز از جمله عوامل موثر بر ادراک درد هستند. (۳) نوع درد ادراک شده تحت تاثیر تفسیر فرد از درد قرار دارد. افرادی که کوچکترین درد ایجاد شده در دندان را بزرگ نمایی می کنند و نسبت به علایم درد حساسیت دارند، درد را بیش برآورد می کنند و رنج بیشتری را تحمل می کنند. (۳۷ و ۳۸) فاکتور مهم دیگر در مدیریت درد تاب آوری است. این بدین معناست با وجود درد و رنج ناشی از آن فرد چه میزان توانایی کنترل و مدیریت درد را دارد. (۳۸) افرادی که تاب آوری کمتری دارند، آستانه تحمل پایینی نسبت به درد دارند و آن را غیر قابل تحمل می شناسند. آموزش تاب آوری و حل مسئله می تواند در کنترل درد به این افراد کمک کند. (۳۹ و ۴۰) یک ویژگی روان شناختی دیگر که در اضطراب دندان پزشکی بیماران موثر است همجوشی با درد است. افراد دچار درد ذهنی بالا و اضطراب شدید، همه چیز را از دریچه درد نگاه می کنند و خود را به عنوان فردی که دارای درد بسیار است شناسایی می کنند. به عبارتی، درد به همه چیز زندگی افراد

منابع

1. Sluka KA, George SZ. A New Definition of Pain: Update and Implications for Physical Therapist Practice and Rehabilitation Science. *Phys Ther* 2021;101(4):1-3.
2. Barke A, Korwisi B, Jakob R, Konstanjsek N, Rief W, Treede R-D, et al. Classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11): results of the 2017 International WHO Field Testing. *Pain* 2021;00:1-9.
3. Loggia ML, Schweinhardt P, Villemure C, Bushnell MC. Effects of psychological state on pain perception in the dental environment. *J Can Dent Assoc* 2008;74(7):651-6.
4. Chen JS, Kandle PF, Murray I, Fitzgerald LA, Sehdev JS. Physiology, pain StatPearls [Internet]. 2021.

5. Melzack R, Casey KL. Sensory, motivational, and central control determinants of pain: a new conceptual model. *skin senses* 1968;1:423-39.
6. Frencken JE, Peters MC, Manton DJ, Leal SC, Gordan VV, Eden E, et al. Minimal intervention dentistry for managing dental caries—a review: report of a FDI task group. *Int Dent J* 2012;62(5):223-43.
7. Shanbehzadeh S, Salavati M, Tavahomi M, Khatibi A, Talebian S, Khademi-Kalantari K, et al. Reliability and validity of the pain anxiety symptom scale in Persian speaking chronic low back pain patients. *Spine* 2017;42(21):E1238-E44.
8. Shim Y-S, Kim A-H, Jeon E-Y, An S-Y. Dental fear & anxiety and dental pain in children and adolescents; a systemic review. *J Dent Anesth Pain Med* 2015;15(2):53-61.
9. Buchanan H. Assessing dental anxiety in children: the Revised Smiley Faces Program. *Child Care Health Dev* 2010;36(4):534-8.
10. El Hajj HK, Fares Y, Abou-Abbas L. Assessment of dental anxiety and dental phobia among adults in Lebanon. *BMC Oral Health* 2021;21(48):2-10.
11. Arora G, Humphris G, Lahti S, Richards D, Freeman R. Depression, drugs and dental anxiety in prisons: A mediation model explaining dental decay experience. *Community Dent Oral Epidemiol* 2020;48(3):248-55.
12. Scandurra C, Gasparro R, Dolce P, Bochicchio V, Muzii B, Sammartino G, et al. The role of cognitive and non-cognitive factors in dental anxiety: A mediation model. *Eur J Oral Sci* 2021;129(4):1-8.
13. Sanikop S, Agrawal P, Patil S. Relationship between dental anxiety and pain perception during scaling. *J Oral Sci* 2011;53(3):341-8.
14. Yaghooti KM, Sistani F. Dental fear and anxiety among students of Rafsanjan University of Medical Sciences. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2014;21(1):183-91.
15. Tossani E. The concept of mental pain. *Psychother Psychosom* 2013;82(2):67-73.
16. Orbach I, Mikulincer M, Gilboa-Schechtman E, Sirota P. Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning. *Suicide Life Threat Behav* 2003;33(3):231-41.
17. Van Heeringen K, Van den Abbeele D, Vervaeke M, Soenen L, Audenaert K. The functional neuroanatomy of mental pain in depression. *Psychiatry Res* 2010;181(2):141-4.
18. Verrocchio MC, Carrozzino D, Marchetti D, Andreasson K, Fulcheri M, Bech P, et al. Mental pain and suicide: a systematic review of the literature. *Front Psychiatry* 2016;7:1-14.
19. Yildirim TT, Dundar S, Bozoglan A, Karaman T, Dildes N, Kaya FA, et al. Is there a relation between dental anxiety, fear and general psychological status? *PeerJ* 2017;5:1-11.
20. Halonen H, Salo T, Hakko H, Räsänen P. The association between dental anxiety, general clinical anxiety and depression among Finnish university students. *Oral Health Dent Manag* 2014;13(2):320-5.
21. Yousefi R, Piri F. Psychometric properties of dental anxiety inventory. *J Mashhad Dent* 2017;41(1):69-78.
22. Stouthard ME, Mellenbergh GJ, Hoogstraten J. Assessment of dental anxiety: a facet approach. *Anxiety Stress Coping* 1993;6(2):89-105.
23. Guimarães R, Fleming M, Cardoso MF. Validation of the Orbach & Mikulincer Mental Pain Scale (OMMP) on a drug addicted population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49(3):405-15.
24. Karami J, Bagian MJ, Momeni K, Elahi A. Measurement of mental pain: Psychometric properties and confirmatory factor analysis of multidimensional mental pain questionnaire. *J Health Psychol* 2018;7(25):146-72.
25. Paknejad M, Asghari A, Rahiminezhad A, Rostami R, Taheri A. Factorial structure and psychometric properties of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20). *J Pain Symptom Manage* 2014;43(6):1131-40.
26. Roelofs J, McCracken L, Peters ML, Crombez G, van Breukelen G, Vlaeyen JW, et al. Psychometric evaluation of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS) in chronic pain patients. *J Behav Med* 2004;27(2):167-83.
27. Jerjes W, Hopper C, Kumar M, Upile T, Madland G, Newman S, et al. Psychological intervention in acute dental pain. *Br Dent J* 2007;202(6):337-43.
28. Maggiri J, Locker D. Psychological factors and perceptions of pain associated with dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002;30(2):151-9.
29. Marsac ML, Funk JB. Relationships among psychological functioning, dental anxiety, pain perception, and coping in children and adolescents. *J Dent Child (Chic)* 2008;75(3):243-51.
30. Eli I, Uziel N, Blumensohn R, Baht R. Modulation of dental anxiety—the role of past experiences, psychopathologic traits and individual attachment patterns. *Br Dent J* 2004;196(11):689-94.
31. Gordon D, Heimberg RG, Tellez M, Ismail AI. A critical review of approaches to the treatment of dental anxiety in adults. *J Anxiety Disord* 2013;27(4):365-78.

32. Glaros AG, Williams K, Lausten L. The role of parafunctions, emotions and stress in predicting facial pain. *J Am Dent Assoc* 2005;136(4):451-8.
33. Villemure C, Bushnell CM. Cognitive modulation of pain: how do attention and emotion influence pain processing? *Pain* 2002;95(3):195-9.
34. Meeus M. Are pain beliefs, cognitions, and behaviors influenced by race, ethnicity, and culture in patients with chronic musculoskeletal pain: a systematic review. *Pain Physician* 2018;21(6):541-58.
35. Koechlin H, Coakley R, Schechter N, Werner C, Kossowsky J. The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *J Psychosom Res* 2018;107:38-45.
36. Geisser ME, Roth RS, Theisen ME, Robinson ME, Riley III JL. Negative affect, self-report of depressive symptoms, and clinical depression: relation to the experience of chronic pain. *Clin J Pain* 2000;16(2):110-20.
37. Sullivan MJ, Neish N. The effects of disclosure on pain during dental hygiene treatment: the moderating role of catastrophizing. *Pain* 1999;79(2-3):155-63.
38. Hassett AL, Finan PH. The role of resilience in the clinical management of chronic pain. *Curr Pain Headache Rep* 2016;20(6):39.
39. Hadoush H, Alruz S, Kassab M, Roy AN. Non-pharmacological Management of Burn-related Pain and Distress in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *Syst Rev Pharm* 2021;12(3):376-392.
40. Sturgeon JA, Zautra AJ. Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain. *Curr Pain Headache Rep* 2010;14(2):105-12.
41. Du S, Dong J, Jin S, Zhang H, Zhang Y. Acceptance and commitment therapy for chronic pain conditions on functioning: A systematic review protocol. *J Adv Nurs* 2021;77(1):417-26.