

مواجهه دندانپزشکان عمومی با بیماران مضطرب و کاربرد تکنیکهای هدایت رفتاری

مرضیه عابدینی^۱، الهام سادات بیننده^۲، دکتر بهاره طحانی^{۳*}

^۱دندانپزشک، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۲دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۳دانشیار، گروه جامعه نگر، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۴مرکز تحقیقات دندانپزشکی، پژوهشکده علوم دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

تاریخ ارائه مقاله: ۱۴۰۱/۶/۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۵

Exposure to Anxious Patient Encounters Among General Dentists and Employment of Behavioral Guidance Techniques

Marzieh Abedini¹, Elham Sadat Binandeh², Bahareh Tahani^{3,4*}

¹ Dentist, Dental Students Research Committee, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

² PhD in Health Psychology, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran;

³ Associate Professor, Department of Oral Public Health, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

⁴ Dental Research Center, Dental Research Institute, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Received: 23 August 2022 ; Accepted: 25 January 2023.

Background: Considering the role of fear and anxiety management in the success of treatment and the need for dentists to be familiar with anxiety control protocols, we assessed the level of dentists' exposure to patients with dental fear and anxiety and measured the use of anxiety management techniques in this study.

Materials and Methods: This cross-sectional study was carried out on 360 dentists working in Isfahan City, Iran, in 2020. A 20-item researcher-made questionnaire was designed and validated. The first part of this questionnaire collected information about demographic characteristics, including age, gender, graduation year, and working hours per day and week. The second part included questions to assess dentists' knowledge in identifying patients with dental anxiety and their management method, the frequency of their exposure to anxious patients in different age groups, and the frequency of using behavioral and pharmacological techniques to manage anxiety. The validity of the questionnaire was measured by calculating the content validity index and its reliability through test-re-test. The questionnaire was prepared electronically and distributed in dentists' virtual groups. Data were analyzed by SPSS 22. Comparisons between dentists' performance and demographic indicators, such as work experience, gender, and age groups were calculated using Chi-square and correlation coefficients ($\alpha=0.05$).

Results: Out of 360 distributed questionnaires, 311 were filled out (response rate of 86%). The frequency of male dentists was 49.8% (n=155), and the mean work experience was 10.3±9.3 (1-38 years). Overall, the mean of dentists' exposure to patients with dental anxiety was 27.1±11.23%. The frequency of using different anxiety control techniques was 82.9% for Tell-Show-Do, 71.6% for distraction, and 22.5% for cognitive-behavioral techniques. The use of cognitive-behavioral methods in the control of dental anxiety showed a significant relationship with gender (P<0.001). It was also found that medication administration was lower in women dentists (P<0.001). Regarding the ability to control patients with dental anxiety, appreciably 80% of dentists with more than 20 years of experience reported their ability as very or relatively well.

Conclusion: Despite the exposure of dentists to anxious patients in different age groups, their knowledge to manage them seems insufficient. They rarely used cognitive-behavioral techniques and muscle relaxation to manage anxious patients. The application of nitrous oxide, sedatives, and hypnotherapy was not very frequent. Therefore, the consideration of educational courses for dentists to identify and manage anxious patients for successful treatment and improve their health seems necessary.

Keywords: Behavior Control, Dental Anxiety, Patient-Dentist Relationship

*Corresponding Author: Tahani@dnt.mui.ac.ir

► Please cite this paper as: Abedini M, Binandeh ES, Bahareh Tahani B. " Exposure to Anxious Patient Encounters Among General Dentists and Employment of Behavioral Guidance Techniques" *J Mash Dent Sch.* 2023; 47(3):301-13.

►DOI: 10.22038/jmds.2023.22012

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت نقش مدیریت ترس و اضطراب در موفقیت درمان، هدف این مطالعه ارزیابی میزان مواجهه دندانپزشکان با بیماران دارای اضطراب و میزان استفاده از تکنیک های کنترل اضطراب آنها بود.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر توصیفی- مقطعی بوده و در میان ۳۶۰ نفر از دندانپزشکان شاغل در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ با روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. پرسشنامه محقق ساخته ای با ۲۰ سوال شامل اطلاعات دموگرافیک و سولاتی در مورد آگاهی دندانپزشکان در شناسایی بیماران مبتلا به اضطراب دندانپزشکی، فراوانی مواجهه آنها با بیماران مضطرب و فراوانی کاربرد تکنیکهای رفتاری و دارویی کنترل اضطراب طراحی شد. روایی پرسشنامه از طریق محاسبه CVI و پایایی به روش آزمون مجدد اندازه گیری شد. پرسشنامه نهایی به صورت الکترونیکی تهیه و در گروه های مجازی توزیع شد. داده ها از طریق تستهای مجذورکای و ضرایب همبستگی مورد تجزیه قرار گرفت. (خطای معیار ۰/۰۵)

یافته ها: ۳۱۱ پرسشنامه کامل و قابل استفاده دریافت شد (درصد پاسخگویی ۸۶٪). ۴۹/۸٪ (۱۵۵ نفر) مرد و میانگین سابقه کار افراد ۱۰/۳±۹/۳ (۱-۳۸ سال) بود. میانگین مواجهه دندانپزشکان با افراد مضطرب ۲۷/۱±۱۱/۲۳ درصد و فراوانی استفاده از تکنیک های مختلف کنترل اضطراب به ترتیب Tell - Show - Do ۸۲/۹٪، پرت کردن حواس ۷۱/۶٪، و تکنیک های شناختی رفتاری ۲۲/۵٪ گزارش شد. مقایسه روش های شناختی رفتاری بر اساس جنسیت (P<۰/۰۰۱) معنی داری بود. همچنین به طور معناداری سابقه تجویز دارو در دندانپزشکان زن کمتر بود (P<۰/۰۰۱). دندانپزشکان با سابقه کاری بیشتر طور معناداری، توانایی خود را در مدیریت بیماران مضطرب بالاتر گزارش کردند.

نتیجه گیری: با وجود مواجهه دندانپزشکان با افراد مضطرب در گروههای سنی مختلف، به نظر می رسد بیشتر دندانپزشکان بهترین راهکارهای کنترل و درمان بیماران مضطرب را نمی دانند. تکنیک های شناختی رفتاری و آرام سازی عضلات را برای مدیریت بیماران مضطرب به ندرت به کار رفته و تجویز داروهای آرام بخش بسیار اندک است.

کلمات کلیدی: کنترل رفتار، اضطراب دندانپزشکی، ارتباط بیمار و دندانپزشک.

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۴۰۲ / دوره ۴۷ / شماره ۳: ۳۰۱-۱۳.

مقدمه

یکی از جنبه های تندرستی پرداختن به سلامت دهان و دندان می باشد، اما حضور در مطب دندانپزشکی، اغلب چندان آسان و توأم با آرامش نیست.^(۱) اضطراب واکنشی هشداردهنده و طبیعی است که در انسان به صورت هیجان یا احساس پریشانی خاطر، ناامنی، تنش، بیم و هراس آشکار می شود. علائم اضطراب ممکن است به صورت فیزیکی و ادراکی باشد. از علائم فیزیکی اضطراب می توان به تعریق زیاد، ضربان سریع قلب، تهوع، سرگیجه، تنگی نفس و حرکات ناهماهنگ نام برد. همچنین علائم ادراکی شامل کاهش تمرکز، دشواری در تصمیم گیری و تفکر منطقی می باشد^(۲) گاهی این اضطراب چنان با ترس و وحشت همراه می شود که با بروز رفتارهای مقابله ای در بیماران، فرصت

ارائه هر نوع خدمات از سوی دندانپزشک را سلب می کند.^(۳)

شدت اضطراب در بیماران ممکن است تا ابعاد ناتوان کننده ای گسترش یافته و احساس مرگ قریب الوقوع در بیمار، وی و خانواده اش را از هرگونه اقدام تشخیصی یا درمانی دندانپزشکی منصرف نماید.^(۴) از سوی دیگر وقوع اضطراب در مراجعین و تکرار آن در معاینه بیماران، می تواند کارآیی دندانپزشکان را تحت تأثیر قرار داده و موجبات کاهش اعتماد به نفس آنان را فراهم نماید. کاهش اعتماد به نفس دندانپزشک، احتمال و میزان موفقیت در درمان را کاهش می دهد.^(۵)

اضطراب یا ترس دندانپزشکی به واکنش بیمار نسبت به استرس مرتبط با درمان دندانپزشکی اشاره دارد که

ضروری است. علی رغم اهمیت آگاهی از میزان مواجهه دندانپزشکان با بیماران مضطرب و آگاهی از تکنیکهای کنترلی بکار رفته توسط آنها، در شهر اصفهان مطالعه جدیدی صورت نگرفته است. بنابراین هدف این مطالعه بررسی میزان مواجهه دندانپزشکان با بیماران دارای ترس و اضطراب و میزان استفاده آنان از تکنیکهای کنترل اضطراب بود.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع مقطعی (توصیفی - تحلیلی) و حاصل نتایج طرحی با همین عنوان و کد ۳۹۸۴۹۴ می باشد که با کد IR. MUI. RESEARCH. REC. 1398. 444 در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد تایید قرار گرفته است. پیش از ورود به پرسشنامه الکترونیک، برای شرکت کنندگان اهداف مطالعه شرح داده شد و تاکید گردید که شرکت در مطالعه داوطلبانه بوده و نیازی به درج نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان نیست و اخذ رضایت آگاهانه از آنها صورت گرفت.

معیارهای ورود شامل دندانپزشکان شاغل در شهر اصفهان و معیار خروج پرسشنامه‌هایی بود که کامل پاسخ داده نشده بود

بر اساس فرمول حجم نمونه:

$$\frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 * p(1-p)}{d^2} = \frac{(1.96^2) * \%35 * \%65}{0.05^2}$$

با احتساب درصد دندانپزشکان با مواجهه بیماران مضطرب (۶۵٪) در مطالعات مشابه^(۱۵) و احتساب میزان دقت (d)، ۰۰۵، حجم نمونه ۳۶۸ نفر محاسبه شد. با احتساب پرسشنامه‌های مخدوش، حجم نمونه ۳۶۰ نفر در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود.

محرک آن ناشناخته، مبهم و یا در حال حاضر وجود ندارد.^(۶) اضطراب دندانپزشکی از شایعترین مشکلات دندانپزشک و بیمار است.^(۷) بسیاری از افراد مبتلا به ترس دندانپزشکی از مشکلات عدیده‌ای همچون اختلال در خواب، سردردهای تنشی و احساس اعتماد به نفس پایین رنج می‌برند.^(۸) ترس دندانپزشکی می‌تواند علت اصلی لغو قرار ملاقات دندانپزشکی باشد که در درازمدت از میزان بهداشت دهانی و کیفیت زندگی فرد می‌کاهد و اثرات مضر بر سلامت دهان و دندان او می‌گذارد. این افراد کمتر دندانپزشک را ملاقات می‌کنند بنابراین دندان‌های پوسیده و از دست رفته بیشتری دارند، علاوه بر این به دلیل بهداشت دهان پایین، وضعیت پریدنتال آنها نیز ضعیف است.^(۹و۱۰) عدم درمان مناسب ترس دندانپزشکی می‌تواند منجر به شکل‌گیری چرخه معیوب ترس دندانپزشکی شود که در نهایت به درمان‌های پیچیده‌ی دندان‌ختم می‌گردد. بیمار به دلیل ترس دندانپزشکی آنقدر درمان خود را به تعویق می‌اندازد که مشکلات دندان‌پیشرفت کرده و ناچار به درمان‌های علایم محور می‌شود.^(۱۰)

روش‌های غلبه بر اضطراب دندانپزشکی در دو گروه روش‌های دارویی و غیردارویی طبقه‌بندی می‌شوند. در بین روش‌های دارویی استفاده از داروهای آرام‌بخش بی‌حسی عمومی، استفاده از نیتروزاکساید و در بین روش‌های غیردارویی استفاده از توضیحات کلامی، پرت کردن حواس، روش Tell-Show-Do، تشویق بیمار برای تنفس‌های عمیق و آرام و توضیح کامل روش کار توسط دندانپزشک همگی می‌توانند در کاهش اضطراب بیمار کمک کننده باشند.^(۱۱)

از آن جا که بیمار مضطرب نیازمند تدابیر ویژه‌ای برای موفقیت در درمان است^(۱۲-۱۴)، شناسایی زمینه‌های ترس و اضطراب بیماران و به کارگیری روش‌هایی جهت کنترل آن

دارند از گروه‌های دندانپزشکی کودکان و جراحی و ۱ متخصص سلامت دهان داده شد و توضیحات، سوالات و نقص‌های موجود از نظر این گروه افراد در پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت.

بررسی روایی محتوایی به دو صورت کمی و کیفی انجام گرفت. جهت بررسی کیفی روایی محتوایی، از پنل متخصصین خواسته شد که گویه‌های مرتبط را بر اساس معیارهایی همچون قابل فهم بودن، رعایت قواعد نگارشی فارسی و تناسب با سازه مورد نظر بررسی کنند و پیشنهادات خود را به منظور افزایش روایی محتوایی پرسشنامه ارائه شده، اعلام نمایند. جهت بررسی کمی روایی محتوا، شاخص روایی محتوایی (CVI) هر یک از گویه‌ها، از نظرات پنل متخصصین در قالب دو معیار مرتبط بودن و وضوح، به صورت مجزا با استفاده از طیف لیکرت ۴ قسمتی برای هر دو معیار استفاده شد. بدین صورت که برای معیار مرتبط بودن از گزینه‌های کاملاً مربوط، مربوط، نسبتاً مربوط و غیر مرتبط و برای معیار وضوح هر سوال از گزینه‌های کاملاً واضح، واضح، نسبتاً واضح و غیر واضح استفاده شد، سپس برای محاسبه شاخص روایی تعداد موافقت‌های اعضاء گروه با دو گزینه اول در هر معیار برای هر سوال محاسبه و عدد حاصل بر تعداد اعضاء گروه متخصصین تقسیم شد و بدین نحو شاخص روایی محتوایی هر یک از گویه‌ها تعیین گردید. سپس میانگین شاخص روایی محتوایی بر اساس میانگین نمرات شاخص روایی محتوایی همه عبارات پرسشنامه، محاسبه گردید.

تعداد متخصصانی که نمره ۳ یا ۴ داده‌اند

$$CVI = \frac{\text{تعداد متخصصانی که نمره ۳ یا ۴ داده‌اند}}{\text{تعداد تمام متخصصان}}$$

جهت اطلاع از فراوانی مواجهه با بیماران مضطرب، آگاهی بکارگیری دندانپزشکان از روش‌های علمی و موجود در مدیریت اضطراب و ترس بیماران، پرسشنامه محقق ساخته‌ای به کار رفت که قسمت اول آن شامل اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان مانند جنس، سن، سال فارغ التحصیلی، مدت زمان کار در روز و هفته و بخش دوم پرسشنامه شامل دو دسته سؤال بود. دسته اول سوالات در مورد آگاهی دندانپزشکان در شناسایی بیماران مبتلا به اضطراب دندانپزشکی و نحوه مدیریت آنها به منظور دست یابی به درمانی موفق بود. بدین صورت که عوامل اصلی که سبب اضطراب افراد می‌شود، راهکارهای کنترل و درمان اضطراب دندانپزشکی مشخص شد و برای هر کدام سوالاتی مطرح شد. گزینه‌ها بر اساس علایم مطرح شده در مقاله Armfield و همکاران^(۱۰) و سایر متون^(۱۱و۱۲) طراحی گردید. سوالات به گونه‌ای بود که از دندانپزشکان خواسته می‌شد در صورت مواجهه با هر یک از انواع ترس و اضطراب، نحوه مدیریت بیماران خود را مشخص کنند. سوالات این بخش ۴ گزینه‌ای بودند. دسته دوم سوالات در خصوص فراوانی مواجهه با بیماران مضطرب مراجعه کننده به دندانپزشکان در گروه‌های سنی مختلف و همچنین فراوانی به کارگیری تکنیکهای رفتاری و دارویی کنترل اضطراب توسط دندان پزشکان بود. نحوه پاسخ دهی به سوالات تکنیکهای کنترل اضطراب به صورت لیکرت ۵ تایی (همیشه، اغلب، گاهی، به ندرت و هرگز) بود.

جهت روایی سنجی صوری و محتوایی این پرسشنامه از روش‌های بررسی روایی صوری و روایی محتوایی استفاده شد؛ برای بررسی کیفی روایی صوری پرسشنامه جهت تأیید روایی صوری به ۶ نفر از متخصصین، متشکل از ۱ نفر متخصص روانشناسی، ۴ نفر از اساتید با تجربه دانشکده دندانپزشکی که با بیماران مضطرب سر و کار

میزان مواجهه دندانپزشکان بیماران مضطرب در گروه‌های سنی مختلف و در نهایت ۶ سوال در خصوص تکنیک‌های کنترل اضطراب رفتاری و دارویی بود.

پس از نهایی‌سازی پرسشنامه و تکمیل توسط دندانپزشکان، داده‌های پرسشنامه وارد SPSS 22 شد و توسط آمار توصیفی و تحلیلی مورد ارزیابی قرار گرفت. مقایسه بین نحوه عملکرد دندانپزشکان و شاخص‌های دموگرافیک مانند جنس، از طریق مجذورکای و ارتباط سالهای سابقه کار و فراوانی استفاده از تکنیک‌های مدیریت اضطراب از طریق ضریب همبستگی محاسبه شد. در تمامی آنالیزها خطای معیار معادل ۰/۰۵ گرفته شد.

یافته‌ها

از ۳۶۰ پرسشنامه دریافت شده، ۳۱۱ پرسشنامه کامل و قابل استفاده بود. (درصد پاسخگویی معادل ۸۶/۳ درصد). خصوصیات دموگرافیک شرکت کنندگان در جدول ۱ آمده است. ۴۹/۸٪ (۱۵۵ نفر) دندانپزشکان مرد بودند و اکثر در گروه سنی ۳۰-۲۴ سال قرار داشتند (۳۸/۳ درصد معادل ۱۱۹ نفر). میانگین سن شرکت کنندگان ۳۷/۱ سال میانگین و انحراف معیار سابقه کار افراد به صورت $10/3 \pm 9/3$ (۱-۳۸ سال)، میانگین و انحراف معیار تعداد روز کاری در هفته $5 \pm 1/1$ (۲-۷ روز)، میانگین و انحراف معیار ساعت کاری در روز $5/9 \pm 1/6$ (۱-۱۲ ساعت در روز) بود.

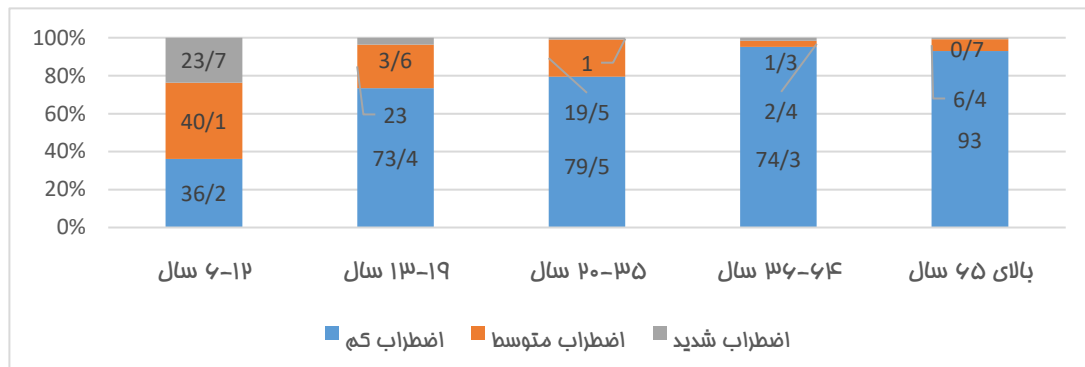
میانگین درصد مواجهه با بیماران مضطرب در هر گروه سنی بر اساس اذعان دندانپزشکان و به تفکیک جنس دندانپزشکان در جدول ۲ آمده است.

برای سنجش پایایی پرسشنامه حاضر از روش Test re-test استفاده شد. به این صورت که پس از اخذ رضایت نامه، پرسشنامه در اختیار ۲۰ دندانپزشک عمومی قرار گرفت و پس از دو هفته مجدداً همان پرسشنامه به افراد ارائه شد و همبستگی بین نتایج Pre Test و Post Test با استفاده از ضریب همبستگی درون طبقه‌ای (Intraclass correlation coefficient) بررسی شد.

طبق محاسبات انجام شده، پس از اعمال تغییرات نگارشی و مفهومی تمامی گزینه‌ها CVI قابل قبولی کسب کردند. نتایج پایایی سؤالات با آزمون Intraclass correlation coefficient، ضریب همبستگی با دامنه ۰/۷۸-۰/۹۴ نشان داد. پس از سنجش روایی و پایایی، پرسشنامه به صورت الکترونیکی تهیه و جهت تکمیل آنلاین در گروه دانش‌آموختگان دندانپزشکی دانشکده اصفهان که دارای ۴۳۴ عضو می‌باشد، قرار گرفت. همچنین از دندانپزشکان خواسته شد لینک پرسشنامه را در دیگر گروه‌های دندانپزشکان عمومی شاغل در شهر اصفهان قرار دهند. فرصت تکمیل پرسشنامه تا زمان رسیدن به حد نصاب ادامه یافت. همچنین جهت یادآوری دندانپزشکان با اجازه ادمین گروه، لینک نظر خواهی به صورت پین در آمد. جمع‌آوری داده‌ها به صورت پرسشنامه آنلاین در مدت ۳ ماه (اردیبهشت تا تیرماه ۱۳۹۹) صورت گرفت. پرسشنامه نهایی شامل ۲۰ سؤال بود که ۵ سوال در خصوص اطلاعات دموگرافیک و سابقه کار، ۵ سوال در خصوص رفتار دندانپزشکان در شرایط ایجادکننده اضطراب در محیط دندانپزشکی، ۲ سوال در خصوص توانمندی دندانپزشکان و چالش مدیریت اضطراب در بیماران، ۱ سوال در خصوص

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک دندانپزشکان

متغیر	درصد	فراوانی
جنس	مرد	۴۹/۹
	زن	۵۰/۱
سن	۲۴-۳۰ سال	۳۸/۳
	۳۱-۴۰ سال	۲۸
	۴۱-۵۰ سال	۲۰/۹
	بیشتر از ۵۰ سال	۱۲/۸



نمودار ۱: توزیع فراوانی نسبی مواجهه دندانپزشکان با بیماران در گروه‌های سنی مختلف با سطوح مختلف اضطراب

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار درصد مواجهه با بیماران مضطرب مراجعه کننده در هر گروه سنی به اذعان دندانپزشکان

سال	کودکان ۶-۱۲ سال	نوجوانان ۱۳-۱۹ سال	بالغین ۲۰-۳۵ سال	بالغین ۳۶-۶۴ سال	سال‌مندان ۶۵ سال به بالا	میانگین کل
میانگین	۴۵/۲۹ ± ۲۱/۹۷	۲۸/ ۴۷ ± ۱۴/۹۴	۲۳/ ۳۲ ± ۱۳/۳۱	۲۲/ ۴۸ ± ۱۵/۸۴	۱۶/۱۱ ± ۱۱/۴۹	
دندانپزشکان زن	۴۸/۲ ± ۲۲/۹	۳۰/۵ ± ۱۷/۶	۲۴ ± ۱۵/۶	۲۱/۹ ± ۱۶/۵	۱۵/۹ ± ۱۲/۷	
دندانپزشکان مرد	۴۱/۶ ± ۲۰/۱	۲۶/۷ ± ۱۱	۲۳ ± ۱۰/ ۳	۲۳/۱ ± ۱۴/۳	۱۵/۶ ± ۸/۸	
P-value	۰/۰۰۹	۰/۰۲	۰/۵	۰/۸	۰/۷	

صورت فراوانی بالا افراد تقسیم‌بندی شدند و نتایج در نمودار ۱ آمده است.

۶۳/۸٪ کودکان ۶-۱۲ سال، ۲۶/۶٪ نوجوانان ۱۳-۱۹ سال، ۲۰/۵٪ بالغین ۲۰-۳۵ سال و ۲۵/۷٪ بالغین ۳۶-۶۴ سال و ۷/۱٪ سالمندان بالای ۶۵ سال مراجعه کننده به آنها دارای فراوانی متوسط تا بالا از نظر اضطراب بودند. بر اساس نتایج، دندانپزشکان خانم به طور معنی داری درصد

بر اساس نتایج تقریباً یک چهارم بیماران در رده‌های سنی نوجوانان، بالغین جوان و بالغین میان سال مبتلا به اضطراب دندانپزشکی بودند و حدود نیمی از کودکان ۶-۱۲ سال از اضطراب دندانپزشکی رنج می‌بردند (۴۵/۲۹). با لحاظ نقطه تمایز در فراوانی افراد مضطرب، به صورت ۰-۳۰٪ فراوانی پایین، ۳۱-۶۰٪ متوسط، بالای ۶۱٪ به

درمان‌های دندانپزشکی را اضطراب آور می‌دانند نشان داد بیشتر افراد (۳۷/۶٪ معادل ۱۱۷ نفر) اطمینان بیمار را جلب می‌کردند و تقریباً تعداد مشابهی از فنون آرام‌بخش برای کنترل بیمار استفاده می‌کردند و یا او را به تدریج در معرض درمان‌های دندان پزشکی قرار می‌دادند. با توجه پاسخ در خصوص جلب اعتماد بیمارانی که از دندانپزشک قبلی خود شاک می‌هستند، تمامی مراحل فرایند درمان را برای بیماران توضیح می‌دادند (۳۸/۹٪ معادل ۱۲۱ نفر) در حالی که تعداد کمی به بیماران پیشنهاد می‌دادند که طرح درمان پیشنهادی را به سایر همکاران ارایه دهند و ۱۰/۳٪ (معادل ۳۲ نفر) افراد از درمان بیمار اجتناب می‌کردند و او را به دیگر همکاران ارجاع می‌دادند. با توجه نتایج، ۴۸٪ (معادل ۱۴۹ نفر) دندانپزشکان توانمندی خود را در درمان بیماران مبتلا به اضطراب دندانپزشکی، متوسط یا نسبتاً ضعیف گزارش کردند.

فراوانی استفاده از تکنیک‌های مختلف کنترل اضطراب در بیماران مبتلا به اضطراب دندانپزشکی در جدول ۳ آمده است.

با توجه به نتایج اغلب دندانپزشکان از تکنیک‌های پرت کردن حواس و Tell - Show - Do، برای مدیریت بیماران مضطرب استفاده می‌کردند، در حالی که گاهی از تکنیک‌های شناختی رفتاری، آرام‌سازی عضلات و تجویز داروهای آرام‌بخش استفاده می‌کردند. تعداد کمی از دندانپزشکان از نیتروازکساید و هیپنوتراپی برای درمان بیماران مبتلا به اضطراب دندانپزشکی استفاده می‌کردند.

برای مقایسه روش‌های شناختی رفتاری در کنترل اضطراب دندانپزشکی بر اساس جنس، آزمون مجذور کای نشان داد اختلاف معنی داری وجود دارد ($P < 0/001$). تقریباً ۲۸٪ آقایان در مقایسه با ۱۶٪ خانم‌ها همیشه یا اغلب از این تکنیک استفاده می‌کردند. بررسی ارتباط بین تکنیک آرام

مواجهه با بیماران مضطرب در گروه‌های سنی ۱۲-۶ سال و ۱۹-۱۳ سال را بالاتر گزارش کردند. فراوانی پاسخ‌ها به سؤال ارزیابی چگونگی فرآیند درمان بیماران مبتلا به اضطراب دندانپزشکی بر اساس نتایج، ۲۶٪ (معادل ۸۱ نفر)، این عمل را دشوار و نزدیک ۴۰٪ (۱۲۴ نفر) آن را چالشی مثبت تلقی کردند.

فراوانی پاسخ‌ها به مدیریت بیمارانی که از صدای توربین، هندپیس، درد مرتبط با درمان دندان‌های می‌ترسیدند نشان داد، در بیشتر موارد (۴۳/۱٪ معادل ۱۳۴ نفر)، به بیمار گوشزد می‌کردند که ترس شما مورد خاصی نیست، پس از آن ۲۸/۹٪ (معادل ۸۹ نفر)، اذعان داشتند که فرد را به تدریج در معرض محرک قرار می‌دهند و ۲۷/۳٪ (معادل ۸۴ نفر)، اذعان داشتند که بیمار را تشویق به استفاده از داروهای آرام‌بخش می‌کردند و کمتر از ۱ درصد بیمار را به روانپزشک ارجاع می‌دادند.

در پاسخ به چگونگی مدیریت بیمارانی که ادعا می‌کردند از بی‌حسی موضعی می‌ترسیدند، بیشتر دندانپزشکان به بیمار گفتند مشکل خاصی نیست (۴۷/۶٪ معادل ۱۴۸ نفر)، در حالی که درصد کمی (۱۰/۳٪ معادل ۳۲ نفر)، اندکی از ماده بی‌حسی را تزریق و ۱۸/۳٪ (۵۷ نفر)، پس از اخذ تاریخچه پزشکی بیمار را، به متخصص آلرژی ارجاع می‌دادند. بیشتر دندانپزشکان افرادی را که ادعا می‌کردند قادر به تحمل رابردم یا ابزار دیگر در دهان نیستند را به استفاده از فنون آرام‌بخش تشویق می‌کردند (۵۲/۱٪ معادل ۱۶۲ نفر)، در حالی که (۳۱/۲٪ معادل ۹۷ نفر)، بدون هیچ توضیحی از وسیله استفاده می‌کردند و ۸/۴٪ (معادل ۲۶ نفر)، از درمان بیمار اجتناب می‌کردند و او را به دیگر همکاران ارجاع می‌دادند. فراوانی پاسخ افراد به سؤال چگونگی مدیریت بیمارانی که نمی‌توانند عامل اضطراب خود را مشخص کنند و تمامی

مقایسه با ۵۷/۷٪ خانم‌ها توانمندی خود را نسبتاً یا بسیار خوب ارزیابی کردند. ارتباط سابقه کار با به کارگیری تکنیک‌های کنترل اضطراب در جدول ۴ آمده است. با افزایش سابقه کار به طور معنی داری به کارگیری تکنیک‌های مدیریت اضطراب افزایش یافته بود (خصوصاً تجویز داروهای آرام‌بخش، اما تکنیک Tell - Show - do کاهش یافته بود. در خصوص بیماران مضطرب از محرک‌های خاص مانند صدای توربین، هندپیس و درد مرتبط با درمان دندان‌ها، به طور معناداری با افزایش سابقه کار، اظهار اینکه ترس بیمار بی‌مورد است بیشتر شده بود، در حالی که در گروه با سابقه زیر ۱۰ سال بیشترین تکنیک مورد استفاده این بود که به "تدریج فرد را در معرض محرک قرار می‌دهم". در خصوص ادعای بیمار در مورد حساسیت به ماده بی‌حسی نیز به طور معناداری تفاوت در الگوی رفتاری دیده شد. در کل بیشترین راهکار استفاده شده در افراد با سوابق کاری متفاوت، اذعان بی‌مورد بودن ترس بیمار بود. بیشترین فراوانی تست ماده بی‌حسی و ارجاع به متخصص آلرژی در افراد با سابقه کاری کمتر از ۱۰ سال دیده شد ($P < 0/001$). سایر الگوهای رفتاری اختلاف معناداری نشان ندادند.

سازی عضلات و جنس با آزمون مجذورکای نشان داد به طور معناداری ($P < 0/001$) استفاده از این تکنیک در آقایان بیشتر از خانم‌ها بوده است (۲۲/۶٪ در مقایسه با ۱۳/۵٪). همچنین ارتباط معناداری بین سابقه تجویز دارو و جنس دیده شد ($P < 0/001$). تجویز دارو در خانم‌ها کمتر بود، به طوری که ۶۴٪ خانم‌ها در مقایسه با ۳۱٪ آقایان ذکر کردند که هرگز یا به ندرت از دارو برای آرام بخشی استفاده می‌کردند. روند مشابهی در استفاده از نیتروزاکساید حین کار نیز دیده شد. ۹۱٪ خانم‌ها در مقایسه با ۸۶٪ آقایان به ندرت یا هرگز از نیتروزاکساید استفاده می‌کردند. تفاوت معنی داری در استفاده از تکنیک هیپنوتراپی بر اساس جنس دیده نشد. فراوانی به کارگیری روش‌های کنترل اضطراب نشان داد، به طور معنی داری خانم‌ها بیشتر از تکنیک در معرض محرک قراردعی آرام با محرک و آقایان بیشتر از تکنیک اظهار اینکه ترس شما بی‌مورد است، استفاده می‌کردند ($P < 0/001$). همچنین در خصوص بیمارانی که تحمل رابردم برایشان مشکل است، به طور معنی داری تفاوت الگوی رفتاری دیده شد، به طوری که آقایان اکثراً می‌گفتند مشکلی نیست و خانم‌ها بیشتر از تکنیک فنون آرام‌بخش استفاده می‌کردند ($P < 0/001$). در خصوص ارزیابی توانمندی افراد در کنترل بیماران مضطرب بر اساس جنسیت، اختلاف معنی داری دیده نشد. ۴۶/۵٪ آقایان در

جدول ۳: توزیع فراوانی و درصد کاربرد تکنیک‌های مختلف مدیریت رفتاری و درمانی در درمان بیماران مبتلا به اضطراب دندانپزشکی

تکنیک	همیشه	اغلب	گاهی	به ندرت	هرگز
Tell- show- do	(۷۵)٪/۲۴/۱	(۱۸۳)٪/۵۸/۸	(۴۹)٪/۱۵/۸	(۲)٪/۰/۶	(۲)٪/۰/۶
پرت کردن حواس	(۱۰۲)٪/۳۲/۸	(۱۲۱)٪/۳۸/۸	(۷۵)٪/۲۴/۱	(۱۳)٪/۴/۲	۰
درمان‌های شناختی رفتاری	(۱۱)٪/۳/۵	(۵۹)٪/۱۹	(۱۶۸)٪/۵۴	(۴۸)٪/۱۵/۴	(۲۵)٪/۸
تکنیک آرام‌سازی	(۹)٪/۲/۹	(۴۷)٪/۱۵/۱	(۱۶۸)٪/۵۴	(۵۱)٪/۱۶/۴	(۳۶)٪/۱۱/۶
تجویز داروهای آرام بخش	(۳)٪/۱	(۱۱)٪/۳/۵	(۱۳۳)٪/۴۲/۸	(۹۴)٪/۳۰/۲	(۷۰)٪/۲۲/۵
استفاده از نیتروز اکساید	(۱)٪/۰/۳	(۴)٪/۱/۳	(۲۸)٪/۹	(۱۴۱)٪/۴۵/۳	(۱۳۷)٪/۴۴/۱
تکنیک هیپنوتراپی	(۴)٪/۱/۳	(۱۶)٪/۵/۲	(۲۰)٪/۶/۵	(۵۹)٪/۱۹	(۲۱۱)٪/۶۸/۱

تکنیک‌های مدیریت رفتاری

تکنیک‌های مختلف درمانی

جدول ۴: ارتباط سابقه کار با به کارگیری تکنیک‌های کنترل اضطراب

P-value	ضریب همبستگی	تکنیک‌های کنترل اضطراب دندانپزشکی
۰/۰۰۵	-۰/۱۶۳	تکنیک Tell - Show - do
۰/۰۱۰	۰/۱۴۷	تکنیک مدیریت رفتاری پرت کردن حواس
<۰/۰۰۱	۰/۲۵۷	درمان‌های شناختی رفتاری
<۰/۰۰۱	۰/۲۹۴	تکنیک آرام‌سازی یا Relaxation technique
<۰/۰۰۱	۰/۳۴۷	تجویز داروهای آرام بخش
۰/۰۰۹	۰/۱۴۹	استفاده از نیتروز اکساید حین کار
۰/۴۲۱	۰/۰۴۶	تکنیک هیپنوتراپی

بحث

نتایج آن، ۶۵٪ دندانپزشکان با بیماران مضطرب برخورد داشتند. در مطالعه حاضر، ۲۷/۱٪ دندانپزشکان با بیماران مضطرب برخورد داشتند که مشابه نتیجه مطالعه Uziel و همکاران^(۱۹) است.

Hagland و همکاران^(۲۰) در مطالعه‌ای به بررسی توانایی دندانپزشکان در ارزیابی اضطراب دندان بیماران پرداختند و همبستگی میان میزان اضطراب دندان ارزیابی شده به وسیله دندانپزشکان در مقایسه با این میزان در بیماران را ۰/۴۵ به دست آوردند. بر مبنای یافته‌های مطالعه آنها،

اضطراب دندانپزشکی در بین بیماران مشکل شایعی است. شیوع اضطراب دندانپزشکی در آمریکا ۸۰٪، در عربستان ۴۷/۶٪ و در اتیوپی ۴۲/۱٪ گزارش شده است^(۱۷-۱۵) در ایران نیز ۵۵/۸٪ بیماران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از اضطراب دندانپزشکی رنج می‌بردند.^(۲۰) هرچند میزان تخمین دندانپزشکان از شیوع اضطراب در بیماران ظاهراً با آمار واقعی جامعه متفاوت است. Strom و همکاران^(۱۸) در مطالعه‌ای به بررسی نگرش دندانپزشکان نسبت به بیماران مضطرب پرداخت. بر اساس

مبتلا به اضطراب دندانپزشکی متوسط تا شدید بودند. مطالعه حاضر نیز از این ادعا که بیماران جوان اضطراب بیشتری نسبت به سالمندان دارند حمایت می‌کند، اما متأسفانه تأثیر جنس بیماران بر اضطراب دندانپزشکی مورد بررسی قرار نگرفته است.

در مطالعه Syed و همکاران^(۳۳) میانگین اضطراب دندانپزشکی بیماران به وسیله مقیاس اضطراب دندانپزشکی ۱۲/۴۶ به دست آمد. همچنین مشخص شد زنان اضطراب بیشتری نسبت به مردان داشتند و ارتباط معناداری بین سطح اضطراب بیماران با وضعیت دندان‌ها و نیاز آنها به درمان دندانپزشکی وجود داشت، به گونه‌ای که بیماران با اضطراب متوسط تا شدید وضعیت دندان‌ها بدتری داشتند و نیاز آنها به درمان‌های دندانپزشکی بیشتر بوده است.

با توجه به شیوع قابل توجه اضطراب دندانپزشکی و تأثیر سوء آن بر وضعیت دندان‌ها و نیاز آنها به درمان دندانپزشکی، آشنایی با راهکارهای کنترل و درمان بیماران مضطرب از اهمیت بالایی برخوردار است. براساس مطالعات^(۳۴)، بهترین راهکار برای کنترل اضطراب بیمارانی که ادعا می‌کنند به ماده بی‌حسی حساسیت دارند، تهیه تاریخچه پزشکی کامل و ارجاع به متخصص آلرژی است. البته بعضی مطالعات تهیه تاریخچه پزشکی کامل و ارزیابی واکنش بیمار پس از تزریق اندکی از ماده بی‌حسی را پیشنهاد کردند. در مطالعه حاضر، ۱۸/۳٪ دندانپزشکان پس از تهیه تاریخچه پزشکی کامل، بیمار را به متخصص آلرژی ارجاع می‌دادند و ۱۰/۳٪ آنان مقدار کمی از ماده بی‌حسی را تزریق و واکنش بیمار را بررسی می‌کردند.

همچنین بهترین راهکار برای کاهش اضطراب افرادی که قادر به تحمل ابزار گوناگون از جمله رابردم در دهان نمی‌باشند، تشویق بیمار به استفاده از فنون آرام بخشی چون تنفس از بینی و بلع بزاق است.^(۳۵) در مطالعه حاضر نیز

دندانپزشکان میزان اضطراب دندان‌های بیماران را بسیار کمتر از خود بیماران تخمین می‌زنند. همچنین رابطه معکوسی بین میزان اعتماد به نفس دندانپزشکان و توانایی آنان در ارزیابی اضطراب دندان‌های بیماران وجود داشت و دندانپزشکان قادر به ارزیابی میزان واقعی اضطراب دندان‌های بیماران نبودند. بنابراین به نظر می‌رسد بهترین راه برای ارزیابی صحیح اضطراب دندانپزشکی و درمان آن استفاده همزمان از بیمار و دندانپزشک است. به این صورت که برای غربالگری اولیه از بیماران خواسته شود میزان اضطراب دندان‌های خود را به وسیله مقیاس اضطراب دندانپزشکی ارزیابی کنند، هرگاه سطح بالایی از اضطراب دندان‌ها دیده شد دندانپزشکان میزان اضطراب دندان‌ها و نیاز به درمان‌های روانشناختی بیماران را بررسی و آنان را درمان کنند.

فاکتورهای مختلفی با اضطراب دندانپزشکی مرتبطند. از این فاکتورها می‌توان به جنس و سن بیماران اشاره کرد. تقریباً در تمامی مطالعات انجام شده جنس مونث یک ریسک فاکتور برای اضطراب دندانپزشکی گزارش شده و فراوانی اضطراب دندانپزشکی به طور معنی داری در زنان بیشتر از مردان بوده است^(۳۷). Caltabiano و همکاران^(۳۱) در مطالعه ای تأثیر جنس و سن بیماران بر اضطراب دندانپزشکی را به وسیله مقیاس اضطراب دندانپزشکی مورد بررسی قرار داد. بر مبنای یافته‌های آن، زنان، اضطراب بیشتری نسبت به مردان داشتند (۱۱/۹۳ نسبت به ۹/۹۴) و جوانان بیشتر از سالمندان از اضطراب دندانپزشکی رنج می‌بردند (۱۲/۱۵ نسبت به ۹/۳۴). در مطالعه جدی و همکاران^(۳۲) نیز ۶۵/۲٪ زنان مبتلا به اضطراب دندانپزشکی بودند و افراد کمتر از ۴۰ سال از اضطراب بیشتری رنج می‌بردند. در مطالعه حاضر نیز طبق گزارش دندانپزشکان، ۶۳/۸٪ کودکان ۱۲-۶ سال، ۲۶/۶٪ نوجوانان ۱۹-۱۳ سال، ۲۰/۵٪ بالغین ۳۵-۲۰ سال، ۲۵/۷٪ بالغین ۶۴-۳۶ سال و ۷/۱٪ سالمندان بالای ۶۵ سال

روش پرت کردن حواس، ۲۲٪ درمان‌های شناختی- رفتاری و ۱۸٪ داروی آرام‌بخش، ۲٪ نیتروزاکساید و ۱٪ هیپنوتراپی را برای کنترل بیماران مضطرب به کار بردند. فراوانی استفاده از تکنیک‌های مختلف کنترل اضطراب در مطالعه حاضر، به ترتیب، Tell - Show - Do ۸۲/۹٪ پرت کردن حواس ۷۱/۶٪، تکنیک‌های شناختی رفتاری ۲۲/۵٪، آرام‌سازی عضلات ۱۸٪ و تجویز داروهای آرام‌بخش ۴/۵٪، استفاده از نیتروزاکساید ۱/۶٪ و هیپنوتراپی ۶/۵٪ بود که تقریباً مشابه مطالعه Strom و همکاران^(۱۸) است.

مطالعات^(۲۶ و ۲۵) حاکی از آن است جنس دندانپزشکان بر نگرش‌شان نسبت به بیماران مبتلا به اضطراب دندانپزشکی اثر دارد، بطوری که خانم‌ها علی‌رغم آن که تمایل کمتری برای درمان بیماران مضطرب دارند اما نسبت به آقایان از طیف گسترده تری از تکنیک‌های کنترل رفتاری اضطراب دندانپزشکی استفاده می‌کنند^(۲۶ و ۲۵). مطالعه حاضر نیز از این شواهد حمایت می‌کند.

شواهد دلالت بر آن دارند که دندانپزشکان با سابقه کاری کمتر، تمایل بیشتری برای به کارگیری تکنیک‌های کنترل اضطراب در درمان بیماران مبتلا به اضطراب دندانپزشکی دارند^(۲۵ و ۱۷). بر مبنای یافته‌های مطالعه حاضر نیز با افزایش سابقه کار افراد، استفاده از تکنیک Tell - Show - Do کاهش یافته حال آنکه به طور معنی داری تجویز داروهای آرام‌بخش تکنیک آرام‌سازی و درمان‌های شناختی رفتاری افزایش یافته است. با توجه به شواهد به نظر می‌رسد اضطراب دندانپزشکی و روش‌های کنترل آن در باید بیشتر در دوره‌های آموزشی مقطع عمومی دیده شوند و افزودن واحدهایی برای مدیریت بهتر بیماران مضطرب ضروری می‌نماید. همچنین با توجه به آگاهی اندک دندانپزشکان فارغ التحصیل از بهترین راهکارهای کنترل بیماران مبتلا به اضطراب دندان پزشکی، نیاز به دوره

۵۲/۱٪ دندانپزشکان، افرادی را که ادعا می‌کردند قادر به تحمل رابردم یا ابزار دیگر در دهان نیستند را، به استفاده از فنون آرام‌بخش تشویق می‌کردند (۵۲/۱٪ معادل ۱۶۲ نفر). شواهد حاکی از آن است که بهترین راهکار برای کنترل اضطراب بیمارانی که نمی‌توانند عامل اضطراب خود را مشخص کنند و تمامی درمان‌های دندانپزشکی را اضطراب آور قلمداد می‌کنند، قراردعی تدریجی فرد در معرض محرک و تشویق وی به استفاده از راهبردهای آرام‌بخش است.^(۱۴) در مطالعه حاضر، ۲۸/۶٪ افراد، بیمار را به تدریج در معرض محرک قرار می‌دادند و او را به استفاده از فنون آرام‌بخش تشویق می‌کردند.

علاوه بر این بهترین راهکار برای جلب اعتماد بیمارانی که به پرسنل دندانپزشکی بی‌اعتماد هستند و از دندانپزشک قبلی خود شاک و گله‌مند هستند، توضیح تمامی مراحل فرآیند درمان و تأکید بر نقش بیمار در تصمیم نهایی برای درمان است. البته برخی مطالعات^(۱۰ و ۱۱) ارایه طرح درمان پیشنهادی به سایر همکاران را نیز مطرح کردند. در مطالعه حاضر، ۳۹/۸٪ دندانپزشکان تمامی مراحل فرآیند درمان را برای بیمار توضیح می‌دادند و ۲۵/۱٪ آنان بر نقش بیمار در تصمیم نهایی برای درمان تأکید می‌کردند.

فراوانی استفاده از تکنیک‌های مختلف کنترل اضطراب در مطالعات مختلفی بررسی شده است. در مطالعه Uziel و همکاران^(۱۹) رایج‌ترین تکنیک‌های مورد استفاده برای کنترل اضطراب بیماران، استفاده از نیتروزاکساید و تکنیک‌های رفتاری مانند پرت کردن حواس، قرار دادن تدریجی در معرض محرک و آرام بخشی بود.^(۱۹) استروم و همکاران^(۱۸) علاوه بر نگرش دندانپزشکان نسبت به بیماران مضطرب، میزان استفاده آنان از تکنیک‌های کنترل رفتاری اضطراب دندانپزشکی را نیز مورد بررسی قرار دادند. بر اساس یافته‌های مطالعه آنها ۸۷٪ از تکنیک Tell - Show - Do، ۲۵٪

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بیشتر دندانپزشکان بهترین راهکارهای کنترل و درمان بیماران مضطرب را نمی‌دانند. اغلب تکنیک‌های Tell – Show – Do، پرت کردن حواس و گاهی تکنیک‌های شناختی رفتاری و آرام‌سازی عضلات را برای مدیریت بیماران مضطرب به کار برده و فراوانی استفاده از نیتروزاکساید، تجویز داروهای آرام‌بخش و هیپنوتراپی در بیمار مبتلا به اضطراب دندانپزشکی بسیار اندک است. علاوه بر این فراوانی استفاده از تکنیک‌های کنترل رفتاری اضطراب در آقایان کمتر بود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر حاصل بخشی از نتایج پایان نامه با کد ۳۹۸۴۹۴ در دانشکده دندانپزشکی اصفهان می‌باشد. مراتب قدردانی خود را از معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بابت حمایت مالی و اداری و دندانپزشکان شرکت کننده در طرح اعلام می‌داریم.

های بازآموزی تئوری و عملی، برای افزایش توانمندی آنها در این زمینه ضروری می‌نماید. همچنین با توجه به اهمیت موضوع اضطراب دندانپزشکی، پیشنهاد انجام مطالعه وسیع اپیدمیولوژی برای بررسی شیوع اضطراب در دندانپزشکی در رده‌های سنی مختلف و به تفکیک جنس پیشنهاد میگردد. عدم در نظر گرفتن سؤالی برای تفکیک جنس بیماران در برآورد شیوع اضطراب از دید دندانپزشکان می‌تواند از محدودیتهای طرح حاضر باشد. همچنین برآورد فراوانی نسبی مواجهه با بیماران مضطرب بر اساس خود اظهاری دندانپزشکان احتمالاً خطاپذیر بوده و اگر امکان ارزیابی اضطراب بیماران به طور همزمان با پرسشنامه‌های استاندارد اضطراب دندانپزشکی فراهم بود، نتایج این‌بخش مطالعه قابل اعتمادتر می‌گردید. با وجود محدودیتهای کار، مطالعه حاضر از معدود مطالعاتی بوده است که به فراوانی کاربرد تکنیکهای کنترل اضطراب در دندانپزشکان در حجم نمونه نسبتاً بالا پرداخته است.

منابع

1. Sarkhel S. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Indian J Psychiatry 2009; 51(4): 331.
2. Ahmad Haerian-Ardakani A, Morowati Sharifabad MA, Razavinia M, Rezaeipandari H. Dental Fear among patients referred to dental offices in Mashhad (Iran). JCHR 2014; 3(1): 39-48.
3. Parvizifard A, Heshmati KH, Taheri AA. Prediction of dental anxiety based on pain anxiety and mental pain among people referred to dental clinics in Kermanshah City. J Mash Dent Sch 2022; 46(1): 25-34.
4. Francis RD, Stanley GV. Estimating the prevalence of dental phobias. Aust Dent J 1990; 35(5): 449-53.
5. Kent GG. Thinking about anxiety. Br Dent J 1990; 169(5): 133-5.
6. Humphris GM, Dyer TA, Robinson PG. The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age. BMC Oral Health 2009; 9: 20.
7. Yildirim TT. Evaluating the relationship of dental fear with dental health status and awareness. J Clin Diagn Res 2016; 10(7): 105-9.
8. Oosterink FM, de Jongh A, Hoogstraten J. Prevalence of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes. Eur J Oral Sci 2009; 117(2): 135-43.
9. McGrath C, Bedi R. The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. Community Dent Oral Epidemiol 2004; 32(1): 67-72.
10. Armfield JM, Spencer AJ, Stewart JF. Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist? Aust Dent J 2006; 51(1): 78-85.

11. Mascarenhas AK. Patient satisfaction with the comprehensive care model of dental care delivery. *J Dent Educ* 2001; 65(11): 1266-71.
12. Berggren U. Reduction of fear and anxiety in adult fearful patients. *Int Dent J* 1987; 37(2): 127-36.
13. Peñaranda Hernández PM. Difficult patient in dentistry. Construction of a model of personal attributes for identification. *Acta Odontol Venez* 1989; 27(2-3): 46-54.
14. Milgrom P, Weinstein P, Getz T. Treating fearful dental patients: a patient management handbook; 1995.
15. Haripriya A, Haripriya V. Knowledge about medical law and its negligence among doctors: a cross-sectional study. *Int J Sci Res Publ* 2014; 4(5): 1-3.
16. Al-Namankany A. Assessing dental anxiety in young girls in KSA. *J Taibah Univ Med Sci* 2017; 13(2): 123-8.
17. Yakar B, Kaygusuz TÖ, Pırınçcı E. Evaluation of dental anxiety and fear in patients who admitted to the faculty of dentistry: which patients are more risky in terms of dental anxiety. *Ethiop J Health Sci* 2019; 29(6): 719-26.
18. Strøm K, Rønneberg A, Skaare AB, Espelid I, Willumsen T. Dentists' use of behavioural management techniques and their attitudes towards treating paediatric patients with dental anxiety. *Eur Arch Paediatr Dent* 2015; 16(4): 349-55.
19. Uziel N, Meyerson J, Winocur E, Nabriski O, Eli I. Management of the dentally anxious patient: the dentist's perspective. *Oral Health Prev Dent* 2019; 17(1): 35-41.
20. Höglund M, Bågesund M, Shahnavaaz S, Wårdh I. Evaluation of the ability of dental clinicians to rate dental anxiety. *Eur J Oral Sci* 2019; 127(5): 455-61.
21. Caltabiano ML, Croker F, Page L, Sklavos A, Spiteri J, Hanrahan L, et al. Dental anxiety in patients attending a student dental clinic. *BMC Oral Health* 2018; 18(1): 48.
22. Jeddy N, Nithya S, Radhika T, Jeddy N. Dental anxiety and influencing factors: A cross-sectional questionnaire-based survey. *Indian J Dent Res* 2018; 29(1): 10-5.
23. Syed S, Bilal S, Dawani N, Rizvi K. Dental anxiety among adult patients and its correlation with self-assessed dental status and treatment needs. *J Pak Med Assoc* 2013; 63(5): 614-8.
24. Gawkrödger DJ. Investigation of reactions to dental materials. *Br J Dermatol* 2005; 153(3): 479-85.
25. Adair SM, Schafer TE, Waller JL, Rockman RA. Age and gender differences in the use of behavior management techniques by pediatric dentists. *Pediatr Dent* 2007; 29(5): 403-8.
26. Brahm CO, Lundgren J, Carlsson SG, Nilsson P, Corbeil J, Hägglin C. Dentists' views on fearful patients. Problems and promises. *Swed Dent J* 2012; 36(2): 79-89.