

Comparing the Effectiveness of Verbal Explanation and Educational Pamphlet on Controlling Postoperative Pain and Anxiety after Third Molar Surgery

Ehsan Aliabadi^{1*}, Amin Najarzadeh²

¹Associate Professor, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

²Dentist, Shiraz, Iran

Received: 09 December 2023, Accepted: 16 April 2024

Background: Pain is common after impacted third molar surgery, and lack of information about the surgical procedure can cause anxiety in patients. Therefore, the aim of this study was to evaluate the effectiveness of providing an education pamphlet in controlling postoperative pain and surgery-related anxiety.

Methods and Materials: Participants were selected from patients admitting to the oral and maxillofacial department of Shiraz dental School from January 2023-2024. Patients were scheduled for third molar surgery. Subjects were randomly allocated to two equal groups. In the pamphlet group, subjects were provided with a booklet containing information regarding the surgical procedure, possible complications and post-operative instructions. While in the other group, the surgeon explained the required information for the patient after the surgery was over. Post-operative pain was evaluated using visual analogue scale (VAS), immediately after surgery and one week later. Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI-S) was completed prior to the intervention and immediately after surgery. Data were analyzed by T-test, Chi-square, Fisher exact, Wilcoxon and Mann-Whitney test. The significance level was 0.05.

Results: A total of 70 subjects, comprising 38 male and 32 females, completed the study. The average age of patients in the pamphlet and verbal groups were 29.68 ± 8.96 and 29.94 ± 6.68 years, respectively. The level of pre-intervention anxiety was not significantly different between the two groups. However, there was a statistically significant difference between the groups in terms of post-operative anxiety levels ($P=0.001$). In the pamphlet group, the anxiety level before the intervention and after surgery was significantly different. However, in the verbal group, the pre- and post-intervention anxiety levels were not significantly different. The two groups had no significant difference regarding post-operative pain values.

Conclusion: Providing patients with a written set of explanations and instructions in the form of an education pamphlet, prior to undergoing third molar surgery, can reduce their anxiety.

Keywords: Anxiety, pain, impacted third molar

*Corresponding Author: aliabadie@sums.ac.ir

➤ Please cite this paper as: Aliabadi E, Najarzadeh A. Comparing the effectiveness of verbal explanation and educational pamphlet on controlling postoperative pain and anxiety after third molar Surgery. *J Mashhad Dent Sch* 2024, 48(2):677-86.

➤ DOI: [10.22038/jmds.2024.24229](https://doi.org/10.22038/jmds.2024.24229)



مقایسه تاثیر آگاهی بخشی به صورت شفاهی یا به وسیله بروشور آموزشی بر میزان درد و اضطراب در جراحی دندان مولر سوم نهفته

احسان علی آبادی^۱، امین نجارزاده^۲

دانشیار، گروه جراحی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
^۲دندانپزشک، شیراز، ایران

تاریخ ارائه مقاله: ۱۴۰۲/۰۹/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۱/۲۸

چکیده

مقدمه: اضطراب دندانپزشکی و درد در جراحی دندان مولر سوم یافته رایجی است و فقدان اطلاعات در مورد روند جراحی یا درمان می تواند باعث افزایش اضطراب در بیماران شود. بنابراین، هدف از مطالعه حاضر، بررسی آگاهی بخشی به صورت شفاهی یا به وسیله بروشور آموزشی بر میزان درد و اضطراب در این بیماران بود.

مواد و روش ها: تعداد ۷۰ بیمار به طور تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. در یک گروه، یک بروشور آموزشی در مورد نحوه جراحی و جزئیات درمان در اختیار بیماران قرار گرفت (گروه بروشورآموزشی) و در گروه دیگر، اطلاعات توسط جراح، به صورت شفاهی به بیماران داده شد (گروه شفاهی). اضطراب بیماران با پرسشنامه اضطراب اشیپلبرگ (S-STAI) قبل از مداخله و بلافاصله بعد از جراحی بررسی شد. درد بیماران با استفاده از شاخص VAS بلافاصله و یک هفته بعد از جراحی اندازه گیری شد. جهت آنالیز آماری از آزمونهای Mann-whitney، Wilcoxon، Fisher exact، chi-square، T-test و استفاده گردید. سطح معنی دار آزمونها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. یافته ها: در مطالعه حاضر، ۵۴/۲۸٪ بیماران مرد و ۴۵/۷۱٪، زن بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه بروشورآموزشی و شفاهی به ترتیب ۸/۹۶ ± ۲۹/۶۸ و ۶/۶۸ ± ۲۹/۹۴ سال بود. اضطراب پیش از مداخله دو گروه از لحاظ آماری تفاوتی نداشت. اضطراب در دو گروه پس از جراحی دندان مولر سوم نهفته به طور معناداری متفاوت بود. در گروه بروشورآموزشی، میزان اضطراب پیش از مداخله و پس از جراحی به طور معناداری متفاوت بود، اما در گروه شفاهی، قبل از مداخله و پس از جراحی میزان اضطراب تفاوت معناداری نداشت. درد بیماران در دو گروه اختلاف معناداری نداشت.

نتیجه گیری: ارائه یک بروشور آموزشی به بیماران کاندید جراحی دندان مولر سوم نهفته میتواند در کاهش اضطراب آنها موثر باشد.

کلمات کلیدی: اضطراب، درد، دندان مولر سوم نهفته

مقدمه

مداخلات دارویی شامل بیهوشی عمومی و یا آرامبخشی هوشیارانه به واسطه تزریق یا مصرف خوراکی داروهای آرامبخش مانند میدازولام است. با این حال، استفاده از این روشها عوارض جانبی، کنترااندیکاسیون و خطرات بالقوه ای برای بیماران داشته و همچنین هزینه درمان را افزایش می‌دهد. روشهای غیردارویی از پذیرش بیشتری برخوردارند. پرت کردن حواس بیمار، رایحه درمانی، هیپنوتیزم، مداخلات شناختی و ارائه اطلاعات در مورد روند درمان، از این دست روشها هستند و اطلاعات میتوانند در قالب نوشتار، گفتاریا صوتی تصویری باشد.^(۷،۸)

مطالعات در مورد اثرگذاری روشهای مختلف آگاهی بخشی به منظور کاهش اضطراب بیماران کاندید جراحی دندان مولر سوم، محدود بوده و نتایج ضدونقیضی داشته اند.^(۹-۱۱) به علاوه اضطراب بیماران بر مراجعه زودهنگام آنها و همچنین عوارض پس از جراحی آنها موثر است. بنابراین مطالعه حاضر، با هدف بررسی تاثیر آگاهی بخشی بیماران در مورد نحوه جراحی و جزئیات درمان به وسیله بروشور آموزشی، در مقایسه با ارائه اطلاعات کلی در مورد روند جراحی و درمان به وسیله جراح، بر میزان درد و اضطراب بیماران کاندید جراحی دندان مولر سوم نهفته انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه به صورت مداخله ای (کداخلاق IR.SUMS.DENTAL.REC.1402.027)، بر روی ۷۰ بیمار کاندید جراحی دندان مولر سوم نهفته مراجعه کننده

درمانهای دندانپزشکی برای بسیاری از افراد با احساس استرس و اضطراب همراه است و تمام درمانها به یک میزان باعث برانگیخته شدن این احساسات نمی شوند. اضطراب دندانپزشکی شیوع ۴ تا ۲۳/۴ درصدی داشته و ممکن است از مراجعه زودهنگام بیماران برای دریافت درمان مورد نیاز جلوگیری کند.^(۱،۲) در بین درمانهای دندانپزشکی، کشیدن دندان، استرس آورترین درمان است و خارج کردن دندانهای مولر سوم مندیبل یکی از شایعترین جراحی های دهان است و بیشترین سطح استرس را در بیمار ایجاد می‌کند. برخی مطالعات فراوانی اضطراب در بین بیماران پیش از جراحی دندان دندان مولر سوم را، ۸۰-۶۰ درصد گزارش کرده اند. به تعویق انداختن جراحی خارج کردن دندان دندان مولر سوم نهفته با خطر پوسیدگی و تحلیل ریشه دندان مولر دوم، تغییرات کیستیک، مشکلات پریدونتال، دشواری خارج کردن دندان و همچنین افزایش شدت بروز عوارض پس از جراحی همراه است.^(۳-۵)

بنابراین، یافتن روش هایی برای کاهش اضطراب بیماران و جلوگیری از این وقایع به دلیل ترس از مراجعه به دندانپزشکی و جراحی، اهمیت بسزایی دارد. از طرفی فرایندهای التهابی که پس از کشیدن این دندان رخ میدهد، ممکن است با مدیریت اضطراب مناسب کاهش یابد.^(۶)

بنابراین، تشخیص روشهای کنترل اضطراب در بیمارانی که کاندید جراحی دندان مولر سوم هستند، بسیار اهمیت دارند. روشهای کاهش اضطراب بیماران پیش از جراحی دندان مولر سوم نهفته به دو دسته مداخلات دارویی و غیردارویی تقسیم می‌شوند.

به برش دادن دندان، اعمال نیروی بیشتر، احساس فشار و غیره)، بخیه زدن ناحیه جراحی و اقدامات و دستورالعمل‌هایی برای کاهش درد و تسریع بهبودی شامل ملاحظات تغذیه‌ای، چگونگی کنترل خونریزی، کنترل درد و رعایت بهداشت بود. بروشور طراحی شده، نسخه تغییر یافته بروشور Hanna و همکاران بود که در سال ۲۰۱۸ برای اطلاع‌رسانی به تمام بیماران طراحی شده بود.^(۱۲) بنابراین، با توجه به اینکه در مطالعه حاضر، نمونه هدف بیماران کاندید جراحی دندان مولر سوم نهفته بودند، پس از ترجمه نسخه انگلیسی، تغییراتی در آن اعمال شد.

خصوصیات دموگرافیک بیماران، نظیر سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تاهل و غیره با استفاده از یک پرسشنامه ارزیابی شد.

اضطراب بیماران با پرسشنامه STAI-S قبل از مداخله و بلافاصله بعد از جراحی بررسی شد. نسخه فارسی پرسشنامه از مطالعه Mahram^(۱۳) با روایی و پایایی مناسب اخذ شد. این پرسشنامه حاوی ۲۰ سوال چهار گزینه‌ای است که از خیلی کم تا خیلی زیاد متغیر است. امتیازهای پرسشنامه در بازه‌های ۲۰ - ۳۰، ۳۱ - ۴۲، ۴۳ - ۵۳ و ۵۴ و بیشتر به ترتیب عدم وجود اضطراب یا کمترین حد، اضطراب خفیف، متوسط و شدید طبقه بندی شد. درد بیماران با استفاده از شاخص VAS بلافاصله بعد از جراحی و ۱ هفته پس از آن اندازه گیری شد. این معیار خطی چشمی به صورت یک نمودار ۱۰ سانتیمتری بوده که در دو انتهای این نمودار، کمترین و بیشترین حد درد نشان داده شده است، به طوری که صفر عدم احساس درد و ۱۰ درد غیرقابل تحمل را نشان می‌دهد.^(۱۴) محاسبات آماری در نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد. از آزمون Fisher's Exact

به بخش جراحی دانشکده دندانپزشکی شیراز در سال ۱۴۰۲ - ۱۴۰۱ انجام شد.

بیماران بر اساس معیار ورود و خروج در مطالعه وارد شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: مراجعه جهت جراحی دندان مولر سوم نهفته کلاس IB بر اساس طبقه بندی Pell and Grefory، تمایل به شرکت در مطالعه با رضایت آگاهانه، محدوده سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، سلامت سیستمیک. معیارهای خروج عبارت بودند از: ابتلاء به بیماری سیستمیک و اختلالات روانی، عدم تمایل به شرکت در مطالعه، وجود سابقه قبلی جراحی دندان مولر سوم و یا تجربه ناخوشایند دندانپزشکی، سابقه حملات پانیک، آلرژی، غش و غیره، مصرف داروهای کاهش اضطراب تا ۷۲ ساعت قبل از مراجعه دندانپزشکی. بیماران به طور تصادفی در دو گروه شفاهی و بروشورآموزشی (پمفلت) قرار گرفتند (n = ۳۵). تصادفی سازی، با استفاده از یک ظرف که در آن ۳۵ تکه کاغذ با عدد ۱ (برای مشخص کردن روش شفاهی) و ۳۵ تکه کاغذ با عدد ۲ (برای مشخص کردن روش بروشور) وجود داشت، انجام گرفت. بیماران یکی از کاغذها را انتخاب کرده و بسته به شماره، در یکی از دو گروه قرار گرفتند. سپس فرم رضایت آگاهانه در اختیار بیماران قرار گرفت. در گروه شفاهی، توضیحات در مورد روند جراحی و درمان توسط جراح، قبل از عمل به بیمار گفته شد. در گروه بروشورآموزشی، پیش از جراحی، یک پمفلت آموزشی در اختیار بیماران قرار گرفت. موارد اطلاع‌رسانیده شده در این پمفلت شامل مزایا و خطرات احتمالی جراحی، بیحسی و اطمینان-بخشی از حصول بیحسی، روند جراحی به زبان ساده شامل برش بافت و خارج کردن دندان همراه با پیچیدگی‌های حین درمان (نیاز

در جدول ۳ میزان اضطراب دو گروه بر اساس پرسشنامه STAI-S مشاهده میشود. پیش از مداخله، بیشتر افراد گروه بروشور و توضیح شفاهی اضطراب متوسط داشتند (۴۲/۸۵ درصد در گروه بروشور و ۵۴/۲۸ درصد در گروه شفاهی). دو گروه پیش از مداخله از لحاظ سطح اضطراب از لحاظ آماری اختلاف معناداری نداشتند ($P=0/184$). پس از جراحی، بیشتر افراد گروه بروشور (۶۰ درصد) اضطراب خفیف را تجربه کرده بودند و در وهله دوم بیشتر افراد اضطراب نداشتند و یا کمترین حد را گزارش کردند (۲۸/۶ درصد). در حالیکه نزدیک به نیمی از افراد گروه شفاهی (۴۸/۶ درصد)، اضطراب متوسط و ۴۱/۷ درصد دیگر آنها، میزان اضطراب خود را خفیف گزارش کردند. همچنین، در این گروه دو نفر (۵/۷ درصد) اضطراب شدیدی را تجربه کرده بودند، در حالی که در گروه بروشور، اضطراب شدید در هیچیک از شرکت کنندگان مشاهده نشد. میزان اضطراب شرکت کنندگان دو گروه پس از جراحی دندان عقل نهفته به طور معناداری متفاوت بود ($P < 0/001$) همچنین، در گروه بروشور، میزان اضطراب پیش از مداخله و پس از جراحی به طور معناداری متفاوت بود ($P = 0/01$)، اما در گروه شفاهی قبل از مداخله و پس از جراحی، میزان اضطراب افراد از لحاظ آماری تفاوت معناداری نشان نداد. ($P = 0/890$).

برای مقایسه میزان اضطراب شرکت کنندگان دو گروه و تحلیل داده ها استفاده شد. برای مقایسه میزان درد بین دو گروه از آزمون Mann-Whitney و بین دو مقطع زمانی از آزمون Wilcoxon استفاده شد. در بررسی متغیرهای دموگرافیک، برای متغیر سن از t-test و برای سایر متغیرها از تست chi-square استفاده شد. سطح معناداری آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در جدول ۱ یافته های دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه حاضر مشاهده میشود. ۳۸ شرکت کننده مرد (۵۴/۲۸ درصد) و ۳۲ نفر (۴۵/۷۱ درصد) زن بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه بروشور آموزشی و شفاهی به ترتیب $29/86 \pm 8/96$ و $29/94 \pm 6/68$ سال بود. تحصیلات بیشتر شرکت کنندگان در هر دو گروه لیسانس بود. بیشتر افراد در هر دو گروه شاغل بودند. همچنین، ۸۸/۵ درصد افراد گروه بروشور آموزشی و ۹۷/۱٪ گروه شفاهی دارو مصرف نمیکردند. بیشتر افراد هر دو گروه نیز سیگار و مواد مخدر مصرف نمیکردند. دو گروه در هیچیک از متغیرهای دموگرافیک از لحاظ آماری با یکدیگر متفاوت نبودند. در مقایسه میزان درد بیماران، همانطور که در جدول ۲ مشاهده میشود، میانگین میزان درد اولیه بیماران در گروه بروشور و شفاهی به ترتیب ۷ و ۸ بود. درد بیماران بلافاصله بعد از جراحی در دو گروه اختلاف معناداری نداشت. یک هفته پس از جراحی، درد بیماران در هر دو گروه به طور معناداری کاهش یافته بود ($P < 0/01$).

جدول ۱: مقایسه فراوانی متغیرهای دموگرافیک بین دو گروه مطالعه

P- value	گروه شفاهی	گروه بروشور آموزشی	زیرگروه	متغیر دموگرافیک
a ۰/۸۱۱	۱۷(۵۳/۱)	۱۵(۴۶/۹)	زن	جنس
	۱۸(۴۷/۴)	۲۰(۵۲/۶)	مرد	
b ۰/۹۶۴	۲۹/۹۴±۶/۶۸	۲۹/۸۶±۸/۹۶		سن
a ۰/۴۷۳	۱۷(۴۵/۹)	۲۰(۵۴/۱)	مجرد	وضعیت تاهل
	۱۸(۵۱/۴)	۱۵(۴۲/۹)	متاهل	
c ۰/۳۱۰	۱۵(۴۵/۴)	۱۸(۵۴/۶)	زیردیپلم و دیپلم	وضعیت تحصیلی
	۲۰(۵۷/۱)	۱۵(۴۲/۹)	لیسانس	
	۰(۰/۰)	۲(۱۰۰)	بالا تر از لیسانس	
a ۰/۱۶۶	۱۸(۶۰)	۱۲(۴۰)	شاغل	حرفه
	۶(۳۳/۳)	۱۲(۶۶/۷)	دانشجو	
	۶(۴۰)	۹(۶۰)	خانه دار	
	۵(۷۱/۴)	۲(۲۸/۶)	بیکار	
۰a /۴۶۱	۱۵(۵۵/۶)	۱۲(۴۴/۴)	بله	همراه
	۲۰(۴۶/۵)	۲۳(۵۳/۵)	خیر	
۰d /۱۶۴	۱(۲۰)	۴(۸۰)	بله	مصرف دارو
	۳۴(۵۲/۳)	۳۱(۴۷/۷)	خیر	
a ۰/۴۹۵	۴(۴۰)	۶(۶۰)	بله	مصرف سیگار و مواد مخدر
	۳۱(۵۱/۷)	۲۹(۴۸/۳)	خیر	

a)Chi-square

b)T-student

c) من- ویتنی

d)آزمون دقیق فیشر

جدول ۲:مقایسه میزان درد بیماران در دو گروه

P- value	زمان بررسی درد		گروه
	یک هفت پس از جراحی (حداکثر - حداقل) میانه	بلافاصله بعد از جراحی (حداکثر - حداقل) میانه	
a <۰/۰۰۱	۲(۱-۴)	۷(۵-۸)	بروشور آموزشی
a <۰/۰۰۱	۲(۱-۳)	۸(۶-۹)	شفاهی
	b ۰/۵۷۶	b ۰/۰۷۰	P- value

a) ویلکاکسون

b) من- ویتنی

جدول ۳: مقایسه میزان اضطراب بیماران در دو گروه

P-Value	گروه		زیر گروه	زمان بررسی میزان اضطراب
	شفاهی	بروشور آموزشی		
a _{0/184}	۱۲(۸۵)	۶(۱۷/۱۴)	عدم وجود اضطراب یا کمترین حد	قبل از مداخله
	۱۴(۴۰)	۱۲(۳۴/۲۸)	خفیف	
	۱۹(۵۴/۲۸)	۱۵(۴۲/۸۵)	متوسط	
	۱۲(۸۵)	۲(۵/۷۱)	شدید	
	۳۵(۱۰۰)	۳۵(۱۰۰)	کل	
b _{0/001}	۱۲(۹)	۱۰(۲۸/۶)	عدم وجود اضطراب یا کمترین حد	پس از جراحی
	۱۵(۴۱/۷)	۲۱(۶۰)	خفیف	
	۱۷(۴۸/۶)	۴(۱۱/۴)	متوسط	
	۲(۵/۷)	۰(۰)	شدید	
	۳۵(۱۰۰)	۳۵(۱۰۰)	کل	

من-ویتنی a)

ویلکاکسون b)

بحث

پیش از جراحیهای داخل دهانی بود.^(۹) علاوه بر این، فرایند اخذ رضایت آگاهانه شامل فراهم کردن اطلاعات به نحو قابل فهم برای بیمار است. بر اساس انجمن پزشکی عمومی بریتانیا باید اطلاعات درمورد تشخیص، پروگنوز و انتخابهای درمانی، جزئیات در مورد فرایند درمان، هدف، مزایای درمان و عوارض جانبی احتمالی را بیان کند.^(۱۸) بنابراین، در مطالعه حاضر، موارد مطرح شده در بروشور شامل مزایای خارج کردن دندان مولر سوم نهفته، ریسکهای احتمالی، صحبت‌های در خصوص دردناک بودن جراحی، بیحسی و اطمینان بخشی از حصول بیحسی، روند جراحی به زبان ساده شامل برش بافت و خارج کردن دندان همراه

هدف از انجام مطالعه حاضر بررسی اثر ارائه اطلاعات پیش از جراحی دندان مولر سوم نهفته به صورت بروشور (پمفلت آموزشی) در مقایسه با ارائه اطلاعات توسط جراح بر میزان درد و اضطراب بیماران بود.

اضطراب دندانپزشکی در بیماران کاندید جراحی دندان مولر سوم نهفته، یافته رایجی است. محققین دریافته اند که فقدان اطلاعات در خصوص فرایند جراحی های دهان از مهمترین فاکتورهایی است که اضطراب بیماران را تحت الشعاع قرار می دهد.^(۱۷-۱۵) در یک مطالعه نشان داده شد که فراهم کردن اطلاعات ناکافی برای بیماران در مورد پروسه جراحی، سومین عامل برانگیختگی اضطراب در زمان

مطالعات^(۲۰،۱۹)، نشان داده شد که فراهم کردن اطلاعات قبلی در مورد جراحی و ریکاوری بعد از آن به صورت شفاهی، نسبت به عدم فراهم کردن اطلاعات، به طور چشمگیری در کنترل درد موثر بود. در مطالعه Akomolafe و همکاران^(۲۱) نیز نشان داده شد که درد و مداخله (فراهم کردن اطلاعات با روش صوتی تصویری نسبت به اطلاعات شفاهی) میزان درد دو گروه اختلاف معناداری نداشت. اختلاف در حجم نمونه و همچنین روش ارزیابی درد، ممکن است عامل اختلاف یافته ها باشد. در یک مطالعه دیگر، Montebugnoli و همکاران^(۲۲) دریافتند که ارائه دستورالعملهای شفاهی مفصل در مورد درد ارتودنسی همراه با یک بروشور، درد بیماران را به طور چشمگیری نسبت به اطلاعات شفاهی کاهش داده بود. با این حال، پروسه درمانی مورد بررسی در دو مطالعه متفاوت بود (جراحی دندان مولر سوم نهفته در مقابل چسباندن براکتهای ارتودنسی). جنس بیماران میتواند عامل موثری بر نمره اضطراب ایشان باشد. در برخی مطالعات، زنان سطح اضطراب بالاتری را در روند جراحی های فک و صورت نشان داده اند و در برخی دیگر تفاوتی بین دو جنس مشاهده نشده بود.^(۲۳-۲۵) در مطالعه حاضر افراد به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفته بودند، اما پس از آنالیز آماری تفاوت معناداری دیده نشد و نقش تفاوتهای دموگرافیک به عنوان عوامل مخدوش کننده به حداقل رسید.

نتیجه گیری

از این مطالعه چنین نتیجه گیری می شود که ارائه یک بروشور آموزشی به بیماران کاندید جراحی دندان مولر سوم نهفته که فرایند، مزایا و معایب احتمالی این درمان را به

با پیچیدگی های حین درمان (نیاز به برش دادن دندان، اعمال نیروی بیشتر، احساس فشار و غیره)، بخیه زدن ناحیه جراحی و اقدامات و دستورالعملهای حین روز جراحی و ۲۴ ساعت پس از آن مانند ملاحظات تغذیه ای، چگونگی کنترل خونریزی، کنترل درد و رعایت بهداشت بود.

در مطالعه حاضر اضطراب بیماران در گروهی که اطلاعات را به صورت پمفلت آموزشی دریافت کرده بودند، پس از جراحی به طور چشمگیری نسبت به گروه شفاهی متفاوت بود و تعداد افرادی که اضطراب نداشتند و یا اضطراب خفیفی را تجربه کرده بودند، به طور معناداری بیشتر از گروه شفاهی بود. به علاوه، در گروه بروشور، سطح اضطراب پس از جراحی نسبت به پیش از مداخله به طور چشمگیری تغییر یافته بود، اما در گروه شفاهی چنین نبود. همچنین، سطح اضطراب بیماران دو گروه پیش از مداخله مشابه بود. این موضوع بیانگر آن است که ارائه اطلاعات پیش از جراحی میتواند در کاهش اضطراب بیماران اثرگذار باشد. کاهش اضطراب در مطالعه حاضر به دنبال مطالعه بروشور، همسو با یافته های Sancak و Akal^(۱۰) بود. در مطالعه Choi و همکاران^(۱۶)، ارائه اطلاعات به بیماران به صورت اسلاید آموزشی که مراحل جراحی و عوارض آن را به صورت ساده بیان کرده بود، نسبت به اطلاعات شفاهی، اضطراب بیماران را به طور چشمگیری کاهش داده بود. در کارآزمایی بالینی Erbasar و Sancak^(۱۱) ارائه اطلاعات پیش از جراحی دندان مولر سوم نهفته با ویدئوی صامت به طور معناداری در کاهش اضطراب بیماران موثر بود. در مطالعه حاضر، علیرغم تغییر چشمگیر سطح اضطراب، درد بیماران بلافاصله و یک هفته بعد از جراحی در دو گروه اختلاف معناداری نشان نداد. در برخی از

مقاله لازم می‌دانند تا از معاونت پژوهشی دانشگاه جهت حمایت‌های مالی تشکر کنند.

زبانی ساده به ایشان توضیح دهد، می‌تواند در کاهش اضطراب آنها موثر باشد.

تضاد منافع

هیچ تضاد و منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر حاصل پایان‌نامه مصوب دانشگاه علوم پزشکی شیراز به شماره ۲۶۲۰ می‌باشد که نویسندگان این

منابع

1. Isik BK, Esen A, Büyükerkmen B, Kiliç A, Menziletoglu D. Effectiveness of binaural beats in reducing preoperative dental anxiety. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2017; 55(6): 571-4.
2. Dereci O, Saruhan N, Tekin G. The comparison of dental anxiety between patients treated with impacted third molar surgery and conventional dental extraction. *Biomed Res Int* 2021; 2021:7492852.
3. Jlala H, French J, Foxall G, Hard`man J, Bedforth N. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *Br J Anaesth* 2010; 104(3): 369-74.
4. Pogrel MA. What is the effect of timing of removal on the incidence and severity of complications? *J Oral Maxillofac Surg* 2012; 70(9 Suppl 1):S37-40.
5. Mejía-Rubalcava C, Alanís-Tavira J, Mendieta-Zerón H, Sánchez-Pérez L. Changes induced by music therapy to physiologic parameters in patients with dental anxiety. *Comp Ther Clin Pract* 2015; 21(4): 282-6.
6. Gujjar KR, Sharma R, Jongh AD. Virtual reality exposure therapy for treatment of dental phobia. *Dent Update* 2017; 44(5): 423-7.
7. Wong NSM, Yeung AWK, Li KY, McGrath CP, Leung YY. Non-pharmacological interventions for reducing fear and anxiety in patients undergoing third molar extraction under local anesthesia: systematic review and meta-analysis. *Inter J Env Res Pub Health* 2022; 19(18):56-62.
8. Lu C, Zhang YY, Xiang B, Peng S-M, Gu M, Wong HM. Management of fear and anxiety in dental treatments: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Odont* 2023; 11(1): 20-32.
9. Kazancioglu HO, Tek M, Ezirganli S, Demirtas N. Does watching a video on third molar surgery increase patients' anxiety level? *Oral Surg Oral Med Oral Path Oral Radiol* 2015; 119(3): 272-7.
10. Sancak KT, Akal Ü K. Effect of verbal and written information and previous surgical experience on anxiety during third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2019; 77(9): 1769-73.
11. Erbasar gn, Tutunculer sancak k. Should preoperative information before impacted third molar extraction be visual, verbal, or both? *J Oral Maxillofac Surg* 2023; 81(5): 632-40.
12. Hanna K. Impacted wisdom teeth information for special topic pamphlet. In: Dental practice education research. 3rd ed. Australia: ARCP OH; 2018. P.56
13. Mahram B. Validation of Eshpil Berger anxiety test in Mashhad. [MA thesis]. Iran. Allameh Tabatabaie University 1994.
14. Lesage F-X, Berjot S, Deschamps F. Clinical stress assessment using a visual analogue scale. *Occupation Med* 2012; 62(8): 600-5.
15. Ng SK, Chau AW, Leung WK. The effect of pre-operative information in relieving anxiety in oral surgery patients. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32(3):227-35.
16. Choi SH, Won JH, Cha JY, Hwang CJ. Effect of audiovisual treatment information on relieving anxiety in patients undergoing impacted mandibular third molar removal. *J Oral Maxillofac Surg* 2015; 73(11): 2087-92.

17. Gürler H, Yılmaz M, Türk KE. Preoperative anxiety levels in surgical patients: A comparison of three different scale scores. *J Perianesth Nurs* 2022; 37(1):69-74.
18. Brosnam T, Perry M. Informed consent in adult patients: Can we achieve a gold standard? *Br J Oral Maxillofac Surg* 2009; 47(3):186-90.
19. Vallerand WP, Vallerand AH, Heft M. The effects of postoperative preparatory information on the clinical course following third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2015; 52(11):1165-70.
20. Van Wijk AJ, Buchanan H, Coulson N, Hoogstraten J. Preparatory information for third molar extraction: does preference for information and behavioral involvement matter? *Patient Educ Couns* 2010; 79(1):94-9.
21. Akomolafe AG, Fatusi OA, Folayan MO, Mosaku KS, Adejobi AF, Njokanma AR. Relationship between Types of Information, Dental Anxiety, and Postoperative Pain Following Third Molar Surgery: A randomized study. *J Oral Maxillofac Surg* 2023; 81(3):329-336.
22. Montebugnoli F, Incerti Parenti S, D'Antò V, Alessandri-Bonetti G, Michelotti A. Effect of verbal and written information on pain perception in patients undergoing fixed orthodontic treatment: A randomized controlled trial. *Eur J Ortho* 2019; 42(5): 494-9.
23. Muglali M, Komerik N. Factors related to patients' anxiety before and after oral surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2008; 66(5): 870-7.
24. Tarazona B, Tarazona-Álvarez P, Peñarrocha-Oltra D, Rojo-Moreno J, Peñarrocha-Diago M. Anxiety before extraction of impacted lower third molars. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2015; 20(2):e246-50.
25. Garip H, Abali O, Göker K, Göktürk U, Garip Y. Anxiety and extraction of third molars in Turkish patients. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2004; 42(6):551-4.