

---

# مدیریت ترس و اضطراب در دندانپزشکی

راهکارهای عملی برای کنترل ترس و اضطراب

در کودکان و نوجوانان

---

## مترجمین:

دکتر تینا قوامی

متخصص دندانپزشکی کودکان

دکتر مژده بقایی انارکی

متخصص دندانپزشکی کودکان

دکتر نگین سازمند

جراح - دندانپزشک

دکتر شهاب دانشور

دندانپزشک - انسان‌شناس پزشکی

دکتر نرگس عشایری

متخصص دندانپزشکی کودکان

دکتر فدرایوسف‌پور

متخصص دندانپزشکی کودکان

## ویراستار:

دکتر شهاب دانشور

سرشناسه	: کمبل، کارولین / Campbell, Caroline
عنوان و نام پدیدآور	: مدیریت ترس و اضطراب در دندانپزشکی: راهکارهای عملی برای کنترل ترس و اضطراب در کودکان و نوجوانان/مؤلف Caroline Campbell؛ مترجمین شهاب دانشور... و دیگران.؛ ویراستار شهاب دانشور.
مشخصات نشر	: تهران: رویان پژوه، ۱۴۰۰.
مشخصات ظاهری	: ۲۸۴ ص.: مصور.
شابک	: ۹۷۸-۶۰۰-۴۰۸-۸۷۹-۴
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
یادداشت	: عنوان اصلی: Dental Fear and Anxiety in Pediatric Patients: Practical Strategies to Help Children Cope, ۲۰۱۷.
یادداشت	: مترجمین شهاب دانشور، نرگس عشایری، فدرا یوسفپور، تینا قوامی، مژده بقایی انارکی، نگین سازمند.
یادداشت	: کتابنامه.
عنوان دیگر	: راهکارهای عملی برای کنترل ترس و اضطراب در کودکان و نوجوانان.
موضوع	: دندانپزشک هراسی
موضوع	: Fear of dentists
موضوع	: اضطراب
موضوع	: Anxiety
شناسه افزوده	: دانشور، شهاب، ۱۳۵۶-، مترجم، ویراستار
رده بندی کنگره	: RK۵۳
رده بندی دیویی	: ۶۱۶/۸۵۲۲۵
شماره کتابشناسی ملی	: ۷۷۴۳۶۸۵



## مدیریت ترس و اضطراب در دندانپزشکی

راهکارهای عملی برای کنترل ترس و اضطراب در کودکان و نوجوانان

**مترجمین:** دکتر شهاب دانشور، دکتر نرگس عشایری، دکتر فدرا یوسفپور

دکتر تینا قوامی، دکتر مژده بقایی انارکی، دکتر نگین سازمند

**ویراستار:** دکتر شهاب دانشور

ناشر: رویان پژوه

نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۰

صفحه آرا: آتلیه رویان پژوه

چاپ و صحافی: نور

قطع و تعداد صفحات: رحلی - ۲۸۴

شمارگان: ۳۰۰ نسخه

بهلا: ۲۲۰۰۰۰ تومان



شابک: 978-600-408-879-4

کلیه حقوق مادی و معنوی اثر متعلق به ناشر است و هرگونه تکثیر، بازنویسی، خلاصه برداری و یا برداشت به هر نحوی بدون اجازه کتبی از ناشر مجاز نبوده و منجر به پیگرد قانونی می باشد.

دفتر نشر و نمایشگاه دائمی: تهران، خیابان انقلاب، بین ۱۲ فروردین و منیری جاوید (روبروی دبیرخانه دانشگاه تهران)

تلفن: ۶۶۹۷۰۷۴۰ - ۶۶۴۸۶۳۷۳

ساختمان کتابهای جیبی، طبقه سوم

خرید آنلاین [www.RPpub.ir](http://www.RPpub.ir)

۱۳	<b>بخش اول: ارزیابی زمینه‌ها</b> .....
۱۵	فصل اول: زمینه‌ها و شیوع ترس و اضطراب از دندانپزشکی.....
۳۳	فصل دوم: بیمار و آماده‌سازی والدین.....
۴۳	فصل سوم: ارزیابی ترس و اضطراب از دندانپزشکی در کودکان.....
۵۷	فصل چهارم: راهکارهای کودکان برای کنار آمدن با ترس و اضطراب از دندانپزشکی.....
۷۳	فصل پنجم: قرار ملاقات جهت ارزیابی.....
۸۹	فصل ششم: تخصیص درمان: توضیح گزینه‌ها.....
۱۱۳	<b>بخش دوم: درمان</b> .....
۱۱۵	فصل هفتم: تکنیک‌های کنترل رفتاری غیر دارویی: علم و هنر.....
۱۳۷	فصل هشتم: ارتباطات و کاربرد زبان.....
۱۵۹	فصل نهم: تکنیک‌های آرام‌سازی.....
۱۷۵	فصل دهم: هیپنوتیزم.....
۱۹۷	فصل یازدهم: آرام‌بخشی تزریقی.....
۲۲۳	فصل دوازدهم: تکنیک‌هایی که به همکاری کودکان در هنگام تزریق بی‌حسی موضعی کمک می‌کند.....
۲۵۳	فصل سیزدهم: درمان شناختی رفتاری.....
۲۶۵	<b>بخش سوم: افق پیش رو</b> .....
۲۶۷	فصل چهاردهم: خدمات کودک محور: به رسمیت شناختن حقوق کودک.....
۲۸۱	واژه یاب.....

## تقدیم

ما به عنوان دندانپزشکانی که سال‌هاست علم و مهر خود را معطوف به کودکان این مرز و بوم کرده‌ایم، خود را در قبال اتفاقی که چند سال پیش افتاد و دو کودک را قربانی خود کرد، مسئول می‌دانیم. ترجمه این کتاب تلاشی است برای ایفای نقشی اجتماعی در بالا بردن آگاهی همکاران برای مدیریت نظام‌مند و علمی ترس و اضطراب در کودکان و همچنین یاری به اساتید دانشگاه تا منبع قابل اتکایی برای تدریس در این حوزه داشته باشند. باشد که در آینده‌ای هر چه نزدیک‌تر، کودکان و فرزندان ما تجربه‌ای بهتر و خوش‌آیندتر از درمان‌های دندانپزشکی داشته باشند. از همین رو، ترجمه این کتاب از طرف همه ما تقدیم می‌شود به **خاطره روناک رضایی زاده** و همچنین **امیرعلی ترابی** که آرزوی سلامت‌ش را داریم ... بر این باوریم که رویای جهانی بهتر و زیباتر همواره با ماست و در راستای آفریدن آن می‌کوشیم.

## مقدمه ویراستار

در سال‌های آخر دهه ۱۳۷۰ یعنی زمانی که من دانشجوی دندانپزشکی بودم، بخش اطفال چندان مورد اقبال دانشجویان نبود. استدلال اصلی این بود که معادل وقتی را که برای بازکردن دهان یک کودک صرف می‌شود، می‌توان به اندوی دو دندان اختصاص داد! وقتی هدف از کار دندانپزشکی (چنانکه این روزها بازاریابان و اینستاگرام‌ها تبلیغ می‌کنند) پول درآوردن و بیشتر پول درآوردن باشد، بخش اطفال هم از چشم دانشجویان و دندانپزشکان آینده می‌افتد. زیرا کار برای کودکان را نمی‌توان با همان منطق صنعتی و مکانیکی دندانپزشکی بزرگسالان انجام داد و یک خط تولید سریع و کارآمد را به راه انداخت.

برای آنکه کودکان، چون بزرگسالان رام و مطیع شوند و از دستورات دندانپزشک فوراً پیروی کنند، یکی از استادان آن سالها راهکاری عجیب به دانشجویان ارائه می‌داد. او در همان ابتدا کودک را چنان می‌ترساند که صدایی از او درنیاید و سپس با افتخار به دانشجو نگاه می‌کرد و می‌گفت دندانپزشک کودکان باید جذبه داشته باشد! البته در کتاب‌های درسی آن زمان که ترجمه‌ای از کتاب‌های آمریکایی بودند، دست بر دهان کودک گذاشتن و او را به اطاعت خواندن امری مرسوم بود. اما به عنوان آخرین راه حل به آن نگرسته می‌شد و نه اولین انتخاب یک استاد که باید سرمشق صبوری و مدارای دانشجویانش می‌بود! (برای رعایت انصاف باید بگوییم که استادانی مهربان و صبور نیز در آن بخش حضور داشتند که یادشان همواره ماست.)

به هر حال با گسترش ادبیات مربوط به حقوق کودک، تأسیس انجمنها و تصویب قوانین و از همه مهمتر توسعه - هر چند ناموزون - اقتصادی و فرهنگی جامعه ایران در دو دهه گذشته، حقوق کودک و صدای کودک تا حدی (و حداقل در میان طبقه متوسط که مراجعان اصلی به دندانپزشکی هستند) گسترده‌تر شده است. دیگر نمی‌توان با غیرعلمی کودکان را به اطاعت خواند و انتظار داشت پدر و مادر نه تنها در کنترل کودک با شما همراهی کنند، که ممنون شما هم باشند!

مدیریت ترس و اضطراب کودک، چنان که در این کتاب هم خواهید دید، علم و هنری توأمان است که باید در دانشکده‌ها تدریس، در دوران کارورزی و کارآموزی تمرین و در محل کار و جامعه پیگیری شود. حال آنکه فقط بخش کوچکی از کوریکولوم درسی در دوران عمومی به این مهم می‌پردازد و فقط یک یا دو فصل در کتاب‌های دندانپزشکی به همکاری گرفتن از کودک و همراه شدن با او می‌پردازد، که البته می‌توان حدس زد چندان هم مورد توجه نباشد. زیرا ایجاد اعتماد و اطمینان در کودک فرآیندی زمان بر است که هم دندانپزشک و هم خانواده باید آن را بخواهند و هزینه‌های مادی و معنوی آن را بپردازند. حال آنکه نه تنها در معدود بیمه‌های دندانپزشکی این وقت و حوصله‌ای که دندانپزشک باید به خرج دهد، به دیده گرفته نشده است؛ بلکه برخی خانواده‌ها نیز از رفت و آمد و صرف وقت برای گرفتن همکاری کودک ناراضی و کلافه می‌شوند. می‌توان حدس زد در جامعه‌ای چنین بی‌حوصله که در حال صنعتی شدن و تجاری کردن رشته‌های پزشکی و دندانپزشکی است، اتاق عمل و بیهوشی منفعت بیشتری برای دندانپزشکان داشته باشد و والدین نیز این شیوه سریع و راحت را به رفت و آمد چندباره و صرف وقت ترجیح بدهند.

به رغم روند فوق‌الذکر، ما یعنی مترجمان این کتاب که سالهاست در یک بخش با یکدیگر همکار و همقدم هستیم، همواره تلاش داشته‌ایم که کودک را در متن خانواده و جامعه ببینیم و مدیریت رفتاری کودک را با همراهی والدین به سرانجام برسانیم و از اینکه وقت را برای همکاری گرفتن از کودک صرف کنیم، ابایی نداریم. ما در این تلاش چند ساله‌مان به این کتاب رسیدیم و آن را متناسب منش و روش جمعی مان یافتیم. سپس تصمیم گرفتیم در ایام قرنطینه و خانه نشینی اجباری که همه‌گیری کرونا به همه تحمیل کرده بود، این کتاب را به صورت گروهی ترجمه کنیم.

## دشواری های ترجمه گروهی

به تجربه زیسته ما در دوران تحصیل، برخی از اساتید فصل های یک کتاب را بین شاگردان خود تقسیم می کردند و سپس با یک ویرایش مختصر با ذکر عنوان خود در روی جلد (به عنوان مترجم یا ویراستار و یا مترجم اصلی و...) بانی چاپ و نشر آن می شدند. این شیوه کار باعث تولید کتاب هایی می شد (و می شود) که نه تنها ترجمه ناخوانایی دارند که از حداقل یکدستی و روانی هم برخوردار نیستند. جملات نامفهوم، استفاده مستمر از کلمات انگلیسی که با رسم الخط فارسی نوشته شده اند و گاه حتی حذف جملاتی که از نظر یکی از مترجمان نامفهوم بوده و ویراستار هم اعتنایی به آن نکرده است!

ما برای آنکه یک کتاب ناخوانا را به انبوه کتاب های فوق الذکر اضافه نکنیم، تصمیم گرفتیم که برای ترجمه این کتاب و یکدستی آن وقت کافی بگذاریم. از این رو، علاوه بر ترجمه بخش هایی که سهم هر یک از ما بود، بخش های دیگر را نیز خواندیم و با برگزاری چندین جلسه تلاش کردیم به یک زبان مشترک در ترجمه این کتاب برسیم که نقش خانم دکتر قوامی در این میان بسیار مؤثر و پررنگ بود. هدف اصلی ما علاوه بر وفاداری به متن، ترجمه مفهوم و قابل درک از این کتاب بود. این کتاب شامل اصطلاحات تخصصی روان شناسانه بسیاری بود که برای ترجمه آن باید به متون روانپزشکی مراجعه می کردیم که اینکار انجام شد. اصلی ترین اصطلاح این کتاب یعنی coping در کتاب های روانپزشکی استراتژی های مقابله یا غلبه ترجمه شده است. ترجمه تحت الفظی این اصطلاح کاملاً صحیح است اما در این کتاب معنای لازم را نمی رساند. چرا که منظور از استفاده از این لغت به معنای مقابله یا جنگیدن کودک با شرایط پیش آمده نیست، بلکه می خواهد کنار آمدن با موضوع را نشان بدهد. کنار آمدن اصطلاحی به معنای راضی کردن خود و غلبه بر ترس درونی است. یعنی در عین حالی که می ترسی، اما بر ترس غلبه می کنی و شرایط را می پذیری. در همین راستا برای اصطلاح coping به جای استفاده از لغات غلبه و مقابله، **کنار آمدن** را ترجیح دادیم. اصطلاح دیگری که در این کتاب بسیار استفاده شده است و به نوعی سنگ بنای تشخیص و شناخت کودکان را در این کتاب می سازد، لغات blunter و monitor است. بلانتر به معنای اجتناب و پرهیز است و برای کودکانی که کار می رود که می خواهند توی خودشان باشند و نیاز چندانی به توضیحات ما ندارند و کلاً ترجیح می دهند که حواسشان موقع کار دندانپزشکی پرت شود. ما برای این اصطلاح معادل **خوددار** را در نظر گرفتیم. مونیتور در معنای لغوی به معنای ناظر است، اما در این کتاب برای کودکانی که کار رفته است که سؤالات بسیاری دارند و به طور مداوم دندانپزشک را سؤال پیچ می کنند. ما برای این اصطلاح معادل **کنجکاو** را به کار بردیم. علاوه بر این هنگام استفاده از این اصطلاح (به خصوص در اوایل فصلها) معادل انگلیسی آن را نیز ذکر کرده ایم. گاه در هر فصل برای اینکه متن تکراری نشود از رسم الخط فارسی لغت انگلیسی استفاده کردیم تا خوانندگان کم کم به معادل سازی ما خو بگیرند.

به طور کل هر کجا که احساس می کردیم اصطلاحی را که ترجمه می کنیم، یک لغت تخصصی است و نیاز است دانشجویان معادل انگلیسی آن را بدانند و یا نیاز است که خوانندگان صحت و درستی ترجمه ما را بسنجند، اصل کلمه را در زیرنویس آورده ایم. نکته دیگری که ذکر آن را در اینجا ضروری می دانیم، استفاده از مخفف های انگلیسی است. برای آنکه جملات طولانی تر از حد لازم نشوند، برخی از اصطلاحات پر استفاده به صورت مخفف انگلیسی در متن آمده اند. در ابتدای به کارگیری این لغات ترجمه آنها آمده و متن اصلی نیز در پانویس ذکر شده است. مثلاً ترس و اضطراب از دندانپزشکی به صورت DFA آمده است و به علت تکرار زیاد امیدواریم که خوانندگان بتوانند با آن ارتباط برقرار کنند.

علاوه بر این، هر کجا که احساس کردیم ترجمه وفادارانه یک جمله به علت ایجاز و اختصار به کار رفته در آن نمی تواند منظور را برساند از [ ] استفاده کرده ایم. این گروه ها به معنای سخن مترجم است که با یک یا حداکثر دو جمله اضافه منظور نویسنده را برای خوانندگان تا حدی باز کرده ایم.

از آنجا که باور داریم زبان یک امر جمعی است و در جامعه برساخته می شود، مطمئن هستیم که این شیوه (یعنی پانویس دادن، ذکر اصل کلمات و مخففها) به ایجاد یک فرهنگ جمعی در ترجمه کمک می رساند، عیار ترجمه را بالاتر برده و امکان مشارکت و نظردهی خوانندگان را بیشتر می کند. از همه خوانندگان آگاه فروتنانه می خواهیم که اگر در مورد ترجمه اصطلاحات و یا به طور کل ترجمه کتاب نظری دارند، آن را از طریق راه ارتباطی زیر ما با ما به اشتراک بگذارند.

## سخن آخر

ما مترجمان به عنوان اعضای جامعه علمی جهان امروز، به حقوق مؤلف و ناشر زبان اصلی باور داریم. متأسفانه به علت تحریم‌های بانکی و ارزی و البته بی ارزش شدن پول ملی در مقابل ارزهای خارجی توان و خواست خرید حق مؤلف را نداشتیم. به داوری ما، حقوق مؤلف (یا همان قانون کپی رایت) یکی از شرایط پیوستن ایران به جامعه جهانی است و باید در دستور کار ناشران و مترجمان قرار بگیرد. امید است با رفع تحریمها و گسترش ارتباط با جهان پیرامون در کارهای آینده بتوانیم این مهم را به سرانجام برسانیم. با این همه چند نسخه از کتاب ترجمه شده را برای پرفسور کمبل (ویراستار اصلی کتاب) فرستادیم و شرایط و دشواری‌های پیش رویمان را برایش شرح دادیم.

از آنجا که این کتاب یک تألیف میان رشته‌ای بود، دوست روانپزشک‌مان دکتر رضا شیرالی (عضو انجمن علمی روانپزشکان و عضو کمیته روانپزشکی اجتماعی) این کتاب را خواندند و نظراتی راهگشا برای بهتر کردن ترجمه دادند. ما خود را موظف می دانیم که در این جا از ایشان تشکر کنیم. علاوه بر این امید همکاری بیشتر بین رشته‌های پزشکی (به خصوص دندانپزشکی کودکان و روانپزشکان و روانکاوان) را در آینده‌ای نزدیک داریم که این ترجمه را می توان مرحله‌ای آغازین از این همکاریها دانست. همچنین از دکتر شیرازیان و دکتر ندیم (همکاران متخصص بیهوشی) که در فهم هر چه بهتر فصل ۱۱ به ما کمک کردند، متشکریم.

در پایان از طرف خودم از همکاران و دوستان چندین و چند ساله‌ام که همت کردند و کار ترجمه را به همدلی و رفاقت به پایان بردند، نهایت امتنان را دارم. از طرف همه مترجمان نیز از خانواده‌هایمان تشکر می کنم که وقتی را که باید به آنها اختصاص می دادیم، صرف ترجمه کتاب کردیم؛ با این حال از عشق و حمایت آنان برخوردار بودیم...حق این است که زندگی جویی جوینده است و باید با جریان پویای آن همراه شد...

دکتر شهاب دانشور

دندانپزشک و انسان‌شناس پزشکی

Email: dr. shahab.daneshvar@gmail.com

بخش اول

ارزیابی زمینه‌ها





## زمینه ها و شیوع ترس و اضطراب از دندانپزشکی

Annie G Morgan and Jenny Porritt \*

### ۱-۱- مقدمه

همه ما در برخی موقعیت‌های زندگی ترس و اضطراب را تجربه کرده‌ایم؛ با این حال هنوز هم در برخی مواقع و به خصوص اگر ترس‌های دیگران متفاوت از ترس‌ها و اضطراب‌های ما باشد، آن‌ها را به دشواری درک می‌کنیم. این مساله می‌تواند برای درمانگران که با کودکان مضطرب سروکار دارند و کسانی که تلاش می‌کنند واکنش‌های هراس‌آمیز بیمارانشان را درک کنند، چالشی بزرگ باشد. البته این مسأله از اهمیت بالایی برخوردار است که اعضای تیم دندانپزشکی درک روشنی از علت اضطراب کودکان از دندانپزشکی داشته باشند و علاوه بر این، تأثیر این گونه اضطراب‌ها را بر روی افکار و احساسات و رفتار بیمارانشان بشناسند. این درک روشن می‌تواند درمانگران را برای احساس همدردی و همراهی با بیمارانشان توانمند کند. شناختن نوع درک بیمار از موضوع، اولین قدم در راه توسعه اقدامات درمانی بیمار-محور<sup>۱</sup> است. در نتیجه در این بخش قصد داریم که درک خوانندگان را از واکنش‌های گوناگون اضطرابی یا از روی ترس که کودکان ممکن است تجربه کنند، ارتقاء دهیم. هم چنین تلاش می‌کنیم درک روشن تری از شیوع اضطراب و ترس از دندانپزشکی در میان کودکان و عواملی که می‌توانند نقش مهمی در زمینه گسترش و ماندگاری اضطراب کودکان از دندانپزشکی بازی کنند، ارائه دهیم.

\* Morgan

Department of Paediatric Dentistry, Charles Clifford Dental Hospital, Sheffield, UK

J. Porritt (✉)

Department of Psychology, Sociology and Politics, Sheffield Hallam University,

Collegiate Campus, Heart of the Campus, Sheffield, UK

e-mail: [J.Porritt@shu.ac.uk](mailto:J.Porritt@shu.ac.uk)

© Springer International Publishing AG 2017 3

C. Campbell (ed.), Dental Fear and Anxiety in Pediatric Patients,

DOI 10.1007/978-3-319-48729-8\_1

## ۲-۱- اضطراب از دندانپزشکی، ترس از دندانپزشکی و هراس از دندانپزشکی چه تعاریفی دارند؟

با رویکردی که به نظریه تکامل وجود دارد، مهم است که بدانیم ترس و اضطراب شرایطی هستند که احتمال بقاء را بیشتر می‌کنند [۱]. در این نگاه واکنش‌های احساسی، رفتاری و عصب شناختی در هنگام مواجهه با موقعیت خطرزا فعال می‌شوند و همین واکنش ما را در حفاظت از خودمان توانمند می‌کند [۲]. در حقیقت توجه ما بر روی خطر متمرکز می‌شود و بدن ما آماده جنگ و گریز<sup>۱</sup> می‌شود. مثلاً هورمون آدرنالین ترشح می‌شود تا قدرت و استقامت عضلات افزایش پیدا کند، ضربان قلب بالاتر می‌رود تا خون را به گروه‌های اصلی عضلات برساند و بدن شروع به عرق کردن می‌کند تا خود را خنک نگه دارد. اگرچه این واکنش‌های حیاتی بسیار پرارزش هستند و برای موقعیت‌هایی که خطر واقعی در آن‌ها وجود دارد، تکامل یافته‌اند (مثل وقتی که فرد مورد حمله واقع می‌شود) اما در موقعیت‌هایی که خطر واقعی وجود ندارد این واکنش‌های غریزی از روی ترس نه تنها کمک کننده نیستند، بلکه احساسات ناخوشایندی را نیز می‌آفرینند.

در این موارد واکنش‌های فیزیولوژیک ناشی از ترس می‌توانند استرس‌های ناخوشایند<sup>۲</sup> را افزایش بدهند. به عنوان مثال کودکان به خاطر آن که نمی‌فهمند که چه اتفاقی برای بدن آن‌ها می‌افتد ممکن است بیشتر از بزرگسالان مضطرب شوند. در نتیجه اولین امری که درمانگران برای حمایت از بیماران مضطرب می‌توانند انجام بدهند توضیح واکنش‌های جنگ-گریز است و این که احساس اضطراب آن‌ها را طبیعی جلوه دهند.

لازم به ذکر است اصطلاحاتی چون اضطراب و ترس در ادبیات روزمره به جای یکدیگر استفاده می‌شوند، اما تعاریف متفاوتی دارند. ترس به عنوان واکنش به خطر فوری و اضطراب به عنوان واکنش به خطر محتمل تعریف می‌شوند [۳]. واکنش‌های ناشی از ترس با امواج تحریک سیستم عصبی اتونومیک و واکنش‌های دفاعی مرتبط است [۴]. عقیده بر این است که اضطراب وضعیت خلقی پیچیده‌تری است و با وضعیتی چون درماندگی، درک از ناتوانی در پیش بینی آینده یا کنترل موقعیت‌های محتمل و همچنین آماده نبودن برای مواجهه با تهدیدهای احتمالی مشخص می‌شود [۵]. واکنش‌های از روی اضطراب شامل نگرانی، هوشیاری بیش از حد، اختلالات شناختی و تحریک سیستم عصبی اتونومیک و رفتارهای احتراز آمیز است [۶]. در زمینه دندانپزشکی ترس ممکن است به عنوان واکنش به محرک‌هایی<sup>۳</sup> توصیف شود که به نظر تهدیدآمیز می‌رسند. (مثلاً توربین دندانپزشکی) اضطراب از دندانپزشکی ممکن است به عنوان یک وضعیت نگران کننده توصیف شود. به عنوان مثال این افکار که ممکن است امر دردناکی اتفاق بیفتد [عموماً] پیش از ملاقات یا انجام کار دندانپزشکی رخ می‌دهد [۷]. در موقعیت بالینی ممکن است سخت باشد که بین ترس و اضطراب فرق بگذاریم. علاوه بر این، کودکان اغلب ترکیب‌های متفاوتی از واکنش‌های ترس و اضطراب را تجربه می‌کنند. در نتیجه اصطلاح ترس و اضطراب از دندانپزشکی (DFA) در این کتاب برای توصیف احساسات منفی مرتبط با اعمال دندانپزشکی به کار می‌رود [۷].

تجربه ترس و اضطراب از دندانپزشکی می‌تواند در یک طیف فهم شود که یک سر طیف این تجربه اندک و در سر دیگر طیف میزان آن بالا باشد [۸]. در این طیف هراس از دندانپزشکی<sup>۵</sup> به عنوان یک گونه شدید از DFA توصیف شده و با تکرار DFA شدید حداقل به مدت ۶ ماه شناخته می‌شود که مانع از انجام اعمال دندانپزشکی شده و یا تحمل انجام این درمانها با

1- Fight or flight

۲-Distress: استرس‌ها عموماً ناخوشایند فرض می‌شوند و می‌توان به جای این ترکیب پریشانی یا حتی زجر را استفاده کرد.

3- Stimuli

4- Dental Fear and Anxiety (DFA)

5- Dental phobia

ترس و اضطراب بالا همراه باشد. علاوه بر این هراس از دندانپزشکی به عنوان یک نوع ترس و اضطراب نامتناسب به میزان خطری که کارهای دندانپزشکی به همراه دارند نیز شناخته می‌شود که از نظر بالینی استرس ناخوشایند و آسیب‌های کارکردی<sup>۱</sup> را به همراه دارد [۴].

### ۳-۱- تأثیرات اضطراب از دندانپزشکی در کودکان

ترس و اضطراب از دندانپزشکی در کودکان ممکن است گستره وسیعی از تأثیرات بر کودکان، خانواده‌ها، درمانگران و نظام خدمات دندانپزشکی در کلیت خود بگذارد.

#### ۳-۱-۱- تأثیرات بر کودک و خانواده‌اش

ترس و اضطراب از دندانپزشکی ممکن است تأثیر منفی بر سلامت دهان و دندان کودکان باقی بگذارد. شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد اضطراب از دندانپزشکی بر کیفیت زندگی کودکان به خصوص بر سلامت دهان و دندان آن‌ها تأثیر منفی‌ای دارد و مطالعاتی نشان داده‌اند که وضعیت سلامت دهان و دندان کودکان مبتلا به DFA بدتر از همسالان دیگرشان بوده است (به عنوان مثال ضایعات پوسیدگی درمان نشده بیشتری داشته‌اند) [۹-۱۲]. پوسیدگی‌های درمان نشده ممکن است به درد و عفونت منجر شوند و در نتیجه غیرمعمول نیست که کودکان مبتلا به DFA بیشتر از دیگران از درد دندان شکایت کنند [۱۳ و ۱۴]. زیرا کودکان مبتلا به DFA اغلب از انجام درمان‌های دندانپزشکی امتناع می‌کنند تا آن جا که پوسیدگی شروع به گسترش کرده و با درد بروز می‌کند و اغلب انتخاب درمانی برای این دندان‌ها کشیدن آنهاست. این مسأله ممکن است تا حدی توضیح دهد که چرا کودکان مبتلا به DFA دندان‌های کشیده بیشتری دارند [۱۲].

همچنین مهم است که بدانیم بخشی از کودکان مبتلا به DFA ممکن است مشکلات در هدایت رفتاری داشته باشند (مثلاً واکنش جنگیدن را نشان دهند) که ممکن است در اقدامات درمانی اختلال ایجاد کرده و تأثیر منفی در دریافت خدمات دندانپزشکی بگذارد [۷ و ۱۵]. در حقیقت شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد کودکان با سابقه مشکلات در هدایت رفتاری تجربه متفاوتی از درمان‌های دندانپزشکی دارند. به عنوان مثال کودکانی که مشکلات در هدایت رفتاری داشتند در ۵ سالگی نسبت به کودکان هم سن خود که مشکل رفتاری نداشتند؛ دو برابر پوسیدگی دندان‌های دارند [۱۶]. تعداد کمتری رادیوگرافی تشخیصی داشته و تعداد پرکردگی‌های تکمیل شده بدون بی‌حسی در دهان آن‌ها بیشتر است [۱۷].

تجربه اضطراب تنها عامل استرس منفی برای کودکان نیست، بلکه می‌تواند تبدیل به یک تجربه ناخوشایند برای والدین و مراقبان سلامت شود. اول آن که این مسأله می‌تواند برای والدین چالش برانگیز باشد. زیرا مجبورند تلاش کرده و کودک مبتلا به DFA را برای ملاقات با دندانپزشک قانع کنند [۱۸]. دوم این که شاهد این مسأله باشند که کودک در مطب دندانپزشکی ترسان و ناراحت است که خود می‌تواند به شدت برای والدین استرس زا باشد.

#### ۳-۱-۲- چالش‌ها برای تیم دندانپزشکی

درمان دندانپزشکی برای کودکان مبتلا به DFA ممکن است مشکلات و چالش‌هایی برای درمانگران ایجاد کند. درمان کودکانی که میزان بالایی از اضطراب و استرس دارند می‌تواند وقت‌گیر و استرس‌زا باشد [۱۹]. برخی دندانپزشکان ممکن است از ارائه خدمات دندانپزشکی به کودکان مبتلا به DFA خودداری کنند چرا که نگرانند به واسطه عدم وجود دانش مدیریت مؤثر کودک، ترس و اضطراب او بیشتر شود [۲۰]. در زمینه درمان کودک مبتلا به DFA مسائل مالی نیز دخیل

هستند. به عنوان مثال درمان‌های دندانپزشکی برای کودکان مضطرب ممکن است بسیار زمان بر باشد و از دست دادن یا کنسل کردن وقت ملاقات نیز ممکن است تأثیر مالی منفی بر عملکرد دندانپزشک داشته باشد [۲۱]. کودکان با میزان بالای DFA اغلب به دندانپزشک دیگری ارجاع می‌شوند [۲۲] و این مسأله ممکن است باعث شود که کودکان مدت زمان بیشتری در انتظار درمان باشند و همین مسأله درخواست برای دریافت خدمات از سوی متخصصان را بیشتر می‌کند.

#### ۴-۱- شیوع اضطراب از دندانپزشکی

شیوع DFA در میان کودکان در یک بررسی تحت نظر Klingberg & Broberg سنجیده شده است [۷]. آن‌ها مقالات منتشر شده در این زمینه را بین سال‌های ۱۹۸۲ و ۲۰۰۶ بررسی کردند و اظهار داشتند که شیوع DFA می‌تواند از ۶ تا ۱۹ درصد باشد. آن‌ها هم چنین گزارش داده‌اند که میانگین شیوع ۱۰ درصد است. کودکانی که در این مطالعه بررسی شدند بین ۴ تا ۱۸ سال سن داشتند. نکته دیگر این بود که این مطالعات در کشورهای توسعه یافته انجام شده و اکثریت این کشورها از شمال آمریکا و اروپای شمالی بوده‌اند. فقط ۴ مطالعه که در این بررسی گنجانده در ۱۵ سال اخیر منتشر شده است [۲۳-۲۶] و اکثریت مطالعات موجود توصیفی-مقطعی<sup>۱</sup> بوده است. (n=۱۲) علاوه بر این وقتی از مادر یا کودک به تنهایی در رابطه با احتمال وجود DFA پرسیده شده در تحقیقات مختلف نتایج متفاوتی به دست آمد. وقتی که از شیوه خوداظهاری کودکان در مطالعات استفاده شد میانگین شیوع از ۱۲ تا ۱۷ درصد بود.

این مسأله اهمیت بالایی دارد که چگونه می‌توان مطالعات مختلف را با یکدیگر مقایسه کرد حال آن که این مطالعات از معیارهای متفاوتی در محاسبه DFA بهره برده‌اند. اگرچه نشان داده شده است که معیارهای فردی در برخی جمعیت‌ها به نسبت باثبات هستند، Locker و همکاران مشخص کرده‌اند که بین معیارهای مختلف برای سنجیدن میزان شیوع DFA فقط یک توافق نسبی وجود دارد [۲۷]. یک توضیح این است که برای مشخص کردن DFA معیارهای متفاوتی<sup>۲</sup> وجود دارد. توضیح دیگر می‌تواند این باشد که معیارهای اندازه‌گیری متفاوت باعث شده است تعاریف متفاوتی از DFA کودکی شکل بگیرد [۲۷].

در سال ۲۰۱۳ پیمایش سلامت دهان دندان کودکان<sup>۳</sup> در انگلند، ویلز و ایرلند شمالی یک ویراست استاندارد از آزمون تعدیل شده اضطراب از دندانپزشکی<sup>۴</sup> را به دست داد [۲۸ و ۲۹]. این نسخه از MDAS<sup>۴</sup> پنج عامل برای محاسبه اضطراب در ارتباط با ملاقات دندانپزشکی (این که فردا وقت دندانپزشکی دارند و در اتاق دندانپزشکی نشسته‌اند)، درمان دندانپزشکی (مثل تراش دندان، جرم‌گیری و بروساژ) و بی‌حسی موضعی را در بر داشت. سطح بالای DFA (با نمره کلی  $MDAS \leq 19$ ) به ترتیب در ۱۴ درصد کودکان ۱۲ ساله و ۵۴ درصد ۱۵ ساله‌ها) سطح متوسطی از DFA را نشان دادند. (نمره کل در  $MDAS = 10-18$ ) بود [۲۹]. اگرچه معیارهای MDAS برای بزرگسالان طراحی شده است (و در نتیجه آستانه اضطراب برای سنجیدن کودکان تثبیت نشده بود) با این حال روال کلی و یکدستی که این داده‌ها از آن برخوردارند به ما اجازه می‌دهد که شیوه سنجیدن شیوع اضطراب دندانپزشکی را در طول زمان تغییر دهیم.

1- Cross-Sectional

۲- cut-off points در این نقطه مرز بین طبیعی یا غیر طبیعی بودن مشخص می‌شود.

3- Child Dental Health Survey

4- Modified Dental Anxiety Scale (MDAS)

## ۵-۱- توسعه اضطراب از دندانپزشکی

ترس ها و اضطراب ها بخشی از رشد عادی کودکان را شکل می دهند و عموماً حضور و گسترش این اضطراب ها و ترس ها موقتی و گذراست [۳۰]. با این حال برای برخی کودکان اضطراب و ترس از دندانپزشکی حل نشده، ماندگار و مشکل زا می شود. در این جا بخشی از روندهایی که برای توضیح چرایی گسترش اضطراب و ترس از دندانپزشکی در کودکان وجود دارد آورده می شود. با این همه یک توافق جمعی وجود دارد که اتیولوژی DFA در کودکی چند عاملی است [۳۱]. منابع برون زاد<sup>۱</sup> عوامل مؤثر خارجی<sup>۲</sup> هستند که از تجربه مستقیم آموخته می شوند (مثلاً یک تجربه صدمه زنده) و یا از تجربه غیر مستقیم حاصل می شوند. (مثلاً از تجربه فرد دیگری آموخته می شوند) [۳۲]. عوامل درون زاد<sup>۳</sup> DFA در حقیقت عوامل درونی مؤثر<sup>۴</sup> هستند که افراد را مستعد داشتن و پروراندن اضطراب از دندانپزشکی می کند [۳۲]. مجموعه ای از عوامل درون زاد و برون زاد که به اتیولوژی DFA در کودکان مربوط است در زیر به بحث گذاشته می شود.

### ۱-۵-۱- عوامل برون زاد

Rachman برای یادگیری ترس سه مکانیسم را پیشنهاد داده که بر مبنای سه مسیر یادگیری است و این گونه تئوری پرداز شده است که اضطراب می تواند در نتیجه شرطی سازی مستقیم باشد یا به صورت غیرمستقیم و از طریق الگوسازی انجام پذیرد و یا به واسطه آگاهی از اطلاعات تهدید کننده شکل بگیرد [۳۳]. این مسیر شرطی سازی مستقیم است که در پرورش DFA تاثیر گذار است و شواهد کمتری برای پشتیبانی از نقش بیشتر عوامل غیرمستقیم وجود دارد [۱۱]. هر یک از مسیرهای پیش گفته در زیر مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

#### ۱-۵-۱-۱- مسیر شرطی سازی مستقیم<sup>۵</sup>

مسیر اولی که توسط Rachman پیشنهاد شد این موضوع را ارائه می داد که اضطراب می تواند از طریق تجربیات دشوار یا منفی حاصل شود. مواجهه دشوار با دندانپزشکی می تواند به چهار بخش تقسیم شود: درد یا احساس ناتوانی، مسایلی که به رفتار و شخصیت درمانگران بر می گردد؛ شکست های بد در درمان یا اشتباهات کلینیکی و در آخر احساس خجالت و شرم [۳۵]. تجربه منفی در دندانپزشکی ممکن است بر پروراندن DFA از طریق مسیر کلاسیک شرطی سازی تأثیر بگذارد [۳۶]. این مسیر را این گونه می توان توصیف کرد که یک "محرک خنثی"<sup>۶</sup> (در این جا دندانپزشک) با یک تجربه منفی هم چون درد تداعی<sup>۷</sup> می شود. درد در ذات خود واکنش ترس را بر می انگیزد و در نتیجه یک عمل دندانپزشکی دردناک می تواند به عنوان "محرک غیر شرطی"<sup>۸</sup> دیده شود و ترسی بیافریند که در حقیقت یک واکنش غیر شرطی<sup>۹</sup> است. آن چه در نتیجه یک شرطی سازی کلاسیک پیش می آید این است که دندانپزشک با تجربه دردناک تداعی و مرتبط می شود. پس دندانپزشک تبدیل به یک "محرک شرطی" می شود که خود می تواند موجب برانگیختن واکنش ترس شود [۳۳].

1- Exogenous source

2- External contributory factors

3- Endogenous sources

4- Internal contributory factor

5- Direct Conditioning pathway

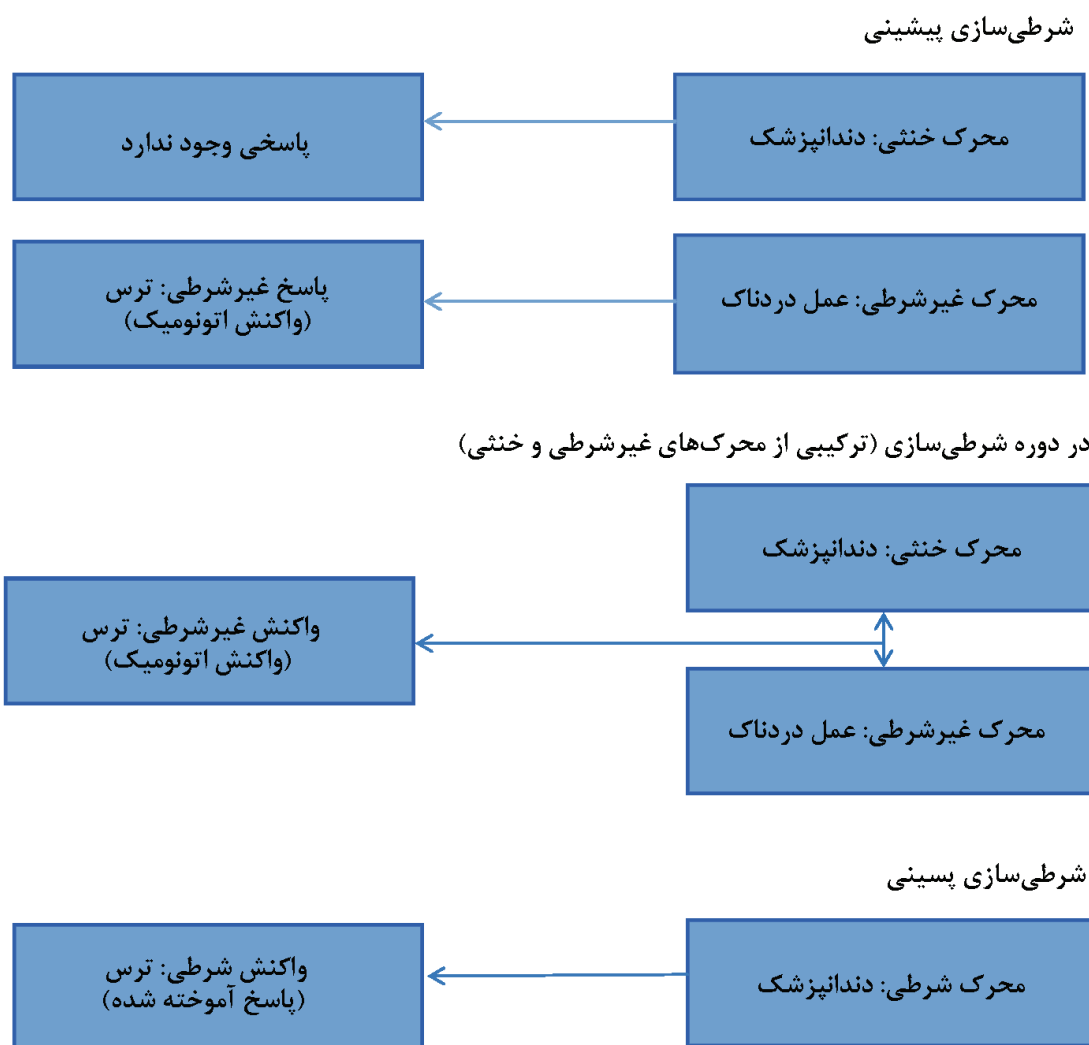
6- Neutral stimulus

۷- تداعی شدن به معنای حضور همزمان در ذهن است.

8- Unconditioned stimulus

9- Unconditioned response

تعامل بین بیمار و دندانپزشک در این راستا بسیار مهم است زیرا اگر این تعامل شامل هر گونه محرک منفی باشد که خود بالذاته ترسناک است (مثلاً از دست دادن کنترل، درد، خجالت، شرم و زیر سؤال بردن) نتیجه این می‌شود که ملاقات با دندانپزشک و وجود این محرک‌های منفی با یکدیگر تداومی می‌شود [شکل ۱-۱].



شکل ۱-۱ گسترش اضطراب از دندانپزشکی از طریق شرطی‌سازی کلاسیک

فرایند “تعمیم محرک”<sup>۱</sup> نیز می‌تواند رخ دهد. تعمیم را این گونه می‌توان توصیف کرد که در موقعیت‌هایی کودکان می‌توانند از برخورد با محرک‌های دیگر نیز بترسند به شرطی که این محرک با محرک شرطی شده اصلی تداومی و مرتبط شود [۳۴]. به عنوان مثال علاوه بر ترس از دندانپزشک ترس بیمار ممکن است گسترش پیدا کند به تغییرات و یا محرک‌هایی که در پیوند با دندانپزشک است مثل صندلی دندانپزشکی و یا حتی بوی دندانپزشکی. به عنوان شاهدی برای پشتیبانی مسیر شرطی‌سازی می‌توان دید که بسیاری از بزرگسالان مبتلا به DFA می‌توانند خاطره‌ای دردناک از دندانپزشکی را به خاطر بیاورند [۳۵]. در تأیید این نکته، کودکان مبتلا به DFA می‌توانند موارد بیشتری از تجربیات ناخوشایند در دندانپزشکی برشمارند تا کودکانی که مشکل DFA ندارند [۱۱]. به این نکته باید توجه شود که گزارش‌هایی که مربوط به صدمات گذشته هستند در ذهن<sup>۲</sup> ساخته و پرداخته می‌شوند. این درک و فهم بیمار از رنج ناشی از صدمه یا

1- Stimulus generalisation

2- Subjective