

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در مبتلایان به اضطراب دندان پزشکی

۱. گروه روانشناسی سلامت، واحد بین المللی خرمشهر - خلیج فارس، دانشگاه آزاد اسلامی، خرمشهر، ایران.
۲. نویسنده مسؤول: گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.
Email: dr_sarraj@yahoo.com
۳. گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
۴. دندان پزشک متخصص درمان ریشه، فلوشیپ دندان پزشکی بیمارستانی، مرکز تحقیقات دندان پزشکی، پژوهشکده تحقیقات دندان پزشکی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۵. گروه سلامت دهان و دندان پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات دندان پزشکی، پژوهشکده تحقیقات دندان پزشکی، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

الهام السادات بیننده^۱

ناصر سراج خرمی^۲

پرویز عسگری^۳

قادر فیضی^۴

بهاره طحانی^۵

چکیده

مقدمه: یکی از جنبه های تندرستی، پرداختن به سلامت دهان و دندان می باشد. هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان مراجعه کنندگان به مراکز دندان پزشکی بود.

مواد و روش ها: این مطالعه ی کارآزمایی بالینی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه شاهد و دوره ی پیگیری سه ماهه بود. از بیماران مبتلا به اضطراب دندان پزشکی در دسترس، ۳۲ بیمار به طور تصادفی انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و گواه، گمارش شدند. افراد گروه آزمایش، در ۱۰ جلسه ی هفتگی به مدت ۹۰ دقیقه، تحت درمان پذیرش و تعهد طبق مدل ارائه شده ی هیز قرار گرفتند، اما افراد گروه شاهد در طی این دوره مداخله ای را دریافت نکردند. داده ها با استفاده از پرسش نامه ی اضطراب دندان پزشکی (Dental Anxiety Inventor) DAI، پرسش نامه ی کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان (OHIP-14)، پرسش نامه ی SCL-90-R و دستگاه پالس اکسی متر به دست آمد. داده ها با استفاده از آزمون ANOVA با سطح معنی داری ۰/۰۵ و با بهره گیری از نرم افزار SPSS نسخه ی ۲۲ تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج بین آزمودنی، حاکی از آن بود که در نمرات ناتوانی اجتماعی، معلولیت و کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان، بین دو گروه آزمایش و شاهد، تفاوت معنی داری وجود دارد ($p \text{ value} < 0/001$). نتایج درون آزمودنی نشان داد، تفاوت بین نمرات ناتوانی اجتماعی، معلولیت و کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان، در سه مرحله ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه معنی دار است ($p \text{ value} < 0/001$).

نتیجه گیری: نتایج حاکی از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ناتوانی اجتماعی، معلولیت و کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در مبتلایان به اضطراب دندان پزشکی بود و اثرات این درمان در دوره ی پیگیری ثابت بوده است. یافته های مطالعه ی حاضر می تواند به روان شناسان و مشاوران کمک نماید تا گام های مؤثر و ماندگاری در راستای بهبود کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان بیماران مبتلا به اضطراب دندان پزشکی بردارند.

کلید واژه ها: اضطراب دندان پزشکی، سلامت دهان، درمان پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۷/۲۱

تاریخ اصلاح: ۱۳۹۸/۷/۹

تاریخ ارسال: ۱۳۹۸/۵/۲

استناد به مقاله: بیننده الهام السادات، سراج خرمی ناصر، عسگری پرویز، فیضی قادر، طحانی بهاره. اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در مبتلایان به اضطراب دندان پزشکی. مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان. ۱۳۹۹؛ ۱۶(۱): ۴۴ - ۳۱.

مقدمه

یکی از جنبه‌های تندرستی، پرداختن به سلامت دهان و دندان می‌باشد، اما حضور در مطب دندان پزشکی و قرار گرفتن بر روی یونیت برای معاینه، اغلب چندان آسان و توأم با آرامش نیست (۱). بنابراین یکی از دلایل مهم عدم مراجعه‌ی بیماران به مراکز خدمات دندان پزشکی و در پی آن افزایش وخامت سلامت دهان و دندان، اضطراب دندان پزشکی است (۲). ترس از درمان‌های دندان پزشکی رایج است و حدود ۶ تا ۱۵ درصد از جمعیت عادی، از اضطراب دندان پزشکی رنج می‌برند (۳). اضطراب دندان پزشکی در بین موقعیت‌های اضطراب‌زای شایع، رتبه‌ی پنجم را دارد (۴) و زنان بیش از مردان این اضطراب را تجربه می‌کنند (۵). اگرچه اضطراب، یک حالت هیجانی است که به افراد بهنجار، جهت سازگاری و دفاع از خودشان در مقابل خطرات گوناگون کمک می‌کند، اختلالات اضطرابی در این پاسخ‌های انطباقی نقص ایجاد کرده و موجب واکنش‌های ناسازگارانه‌ای به شکل واکنش‌های افراطی یا تفریطی می‌شوند (۶).

اضطراب دندان پزشکی در درازمدت از میزان بهداشت دهانی و نیز کیفیت زندگی فرد می‌کاهد و سبب افزایش آسیب‌های دهانی می‌شود و در پایان، سبب عفونت درمان‌نشده‌ی حفره‌ی دهان می‌گردد (۷). یکی از روش‌های ارتقای سطح بهداشت دهانی و بهبود کیفیت زندگی، بررسی اضطراب دندان پزشکی و عوامل مرتبط با آن است (۸). اضطراب، هر چند در درجات اندک، می‌تواند باعث مراجعات نامنظم و عدم پیگیری درمان شود (۹). این اضطراب در سطح وسیع‌تر، باعث مشکلات عدیده‌ای همچون اختلال در خواب، افکار منفی و احساس اعتماد به نفس پایین می‌شود (۱۰) و به این ترتیب، زمینه‌های کاهش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اضطراب دندان پزشکی را فراهم می‌آورد. بر اساس مدل لاکر (۱۹۸۸)، تأثیرات شرایط دهان، بر هفت جنبه از کیفیت زندگی فرد است. بر اساس این مدل، سطح اول، عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی وابسته به دهان را محدودیت عملکردی، ناراحتی فیزیکی و ناراحتی روانی

تشکیل می‌دهند. در سطح بعدی، عواملی هستند که در زندگی افراد مشکلات بیشتری ایجاد می‌کنند که شامل ناتوانی فیزیکی، روانی و اجتماعی است و در نهایت افراد در اثر بیماری‌های دهان ممکن است احساس معلولیت در زندگی داشته باشد که آخرین سطح از این مدل را شامل می‌شود (۱۱). بنابراین لازم است جهت پیشگیری از رسیدن به سطح معلولیت در افراد مبتلا به اضطراب دندان پزشکی و جلوگیری از خطرات ناشی از آسیب‌های دهانی و تشدید اضطراب دندان پزشکی ناشی از ایجاد اختلال در روند درمان، مداخلاتی به منظور کاهش اضطراب دندان پزشکی اعمال گردد.

در این راستا، یکی از درمان‌های مطرح برای اضطراب دندان پزشکی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در این شیوه‌ی درمانی، سعی می‌شود، ابتدا پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و نظایر آن) افزایش یابد که متقابلاً باعث کاهش اعمال کنترل نامؤثر می‌شود. طی جلسات این درمان، به فرد آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته، بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها به‌طور کامل پذیرفت. در قدم دوم، بر آگاهی روانی فرد در لحظه‌ی حال، افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در زمان حال، آگاهی می‌یابد. در گام سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از تجارب ذهنی آزاد سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. مرحله‌ی چهارم، تلاش جهت کاهش تمرکز بر خودتجسمی (گسلش شناختی) یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) است که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد برای اینکه ارزش‌های اصلی شخصی خود را شناسایی نموده و به‌طور واضح آن‌ها را مشخص ساخته و به اهداف رفتاری تبدیل نماید (روشن‌سازی ارزش‌ها) و در نهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی

بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در افراد مبتلا به اضطراب دندان‌پزشکی شهر اصفهان انجام شد. فرضیه‌ی صفر پژوهش حاضر این بود که درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در افراد مبتلا به اضطراب دندان‌پزشکی تأثیر ندارد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه‌ی آزمایشی کارآزمایی بالینی یک سوکور و آینده‌نگر، دارای طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد و دوره‌ی پیگیری سه ماهه بود. این پژوهش مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌الملل خرمشهر-خلیج فارس با کد ۸۴۵۲۰۷۰۹۹۸۱۰۰۷ و دارای شناسه‌ی اخلاق IR.IAU.AHVAZ.REC.1398.005 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز و شماره‌ی کد ثبت IRCT20190505043473N1 در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران می‌باشد. جامعه‌ی این مطالعه شامل بیماران مبتلا به اضطراب دندان‌پزشکی در شهر اصفهان بود. ابتدا فراخوانی به مردم شهر اصفهان داده شد. از بین ۱۸۷ نفر که از طریق فراخوان به مطالعه وارد شدند، ۱۵۹ نفر بیمار دارای اضطراب دندان‌پزشکی (با استفاده از پرسش‌نامه‌ی اضطراب دندان‌پزشکی) تشخیص داده شدند که از این تعداد، ۳۲ نفر واجد ملاک‌های پژوهش، انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد جایگزین شدند.

معیارهای ورود به مطالعه به شرح زیر بودند: اقامت در شهر اصفهان، داشتن سن بین ۱۹ تا ۵۰ سال، داشتن سطح تحصیلات بالاتر از سیکل، عدم ابتلا به بیماری‌های سیستمیک و سندرم‌های مادرزادی، تمایل داشتن برای شرکت در جلسات مداخله و تکمیل رضایت‌نامه‌ی آگاهانه‌ی کتبی، عدم ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی یا تنها دارای اختلال اضطرابی و داشتن حداقل توانایی جسمی و شناختی لازم جهت شرکت در مداخلات روان‌شناختی توسط مصاحبه‌ی روان‌پزشکی توسط روان‌شناس بالینی، بررسی تکمیلی معیارهای روان‌پزشکی با

است که این تجارب ذهنی می‌تواند، افکار افسرده‌ساز و اضطرابی باشد (۱۲).

نتایج پژوهش الینبرگ و همکاران (۱۳) حاکی از آن است که درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب بیماران مؤثر است. همچنین نتایج یک پژوهش در مورد تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب افراد دارای سابقه‌ی حمله‌ی قلبی، نشان داد که در پایان درمان، شرکت‌کنندگان درد قفسه‌ی سینه نداشتند، به سر کار خود برگشتند و به طور قابل ملاحظه‌ای از اضطراب کم‌تری برخوردار بودند (۱۴). نتایج مطالعه‌ی دهقانی (۱۵) نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر بهبود کیفیت زندگی زنان دیالیزی اثربخش است و تأثیر این درمان تا دو ماه پس از پایان جلسات درمانی نیز دوام داشته است. علاوه بر این، پژوهش نصیری و همکاران (۱۶) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد کیفیت زندگی عمومی در بیماران مبتلا به نشانگان کارکردی گوارش اثربخش است.

همچنین نتایج پژوهش قمیان و شیری (۱۷) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به درد مزمن، مؤثر است و این تغییرات پس از درمان و در مرحله‌ی پیگیری نیز ادامه داشت.

در پژوهشی که توسط فیروس و همکاران (۱۸) انجام گرفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بهبودی معنی‌داری را در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان داشت. با آن‌که پیشینه‌ی مطالعاتی نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب و بهبود ابعاد مختلف کیفیت زندگی مؤثر است؛ لیکن اثر این درمان بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در افراد مبتلا به اضطراب دندان‌پزشکی مورد بررسی قرار نگرفته است که با توجه به پیامدهای منفی سطوح پایین کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در بیماران مبتلا به اضطراب دندان‌پزشکی و ارتباط این موضوع با زندگی اجتماعی فرد، رفع این خلأ پژوهشی به منظور کمک به روان‌شناسان و مشاوران جهت کاهش مشکلات این بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

طی این دوره، مداخله‌ای را دریافت نکرد اما برای این گروه بعد از پایان پژوهش، مداخله به صورت رایگان انجام شد. پس از اتمام جلسات، مجدداً هر دو گروه آزمایش و شاهد، پرسش‌نامه‌های کدگذاری شده‌ی پژوهش را تکمیل کردند. سه ماه بعد از پس‌آزمون نیز پیگیری اجرا شد و افراد به مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان جهت تکمیل پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان دعوت و ارزیابی شدند.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح زیر بود: در فرم رضایت آگاهانه، پژوهشی بودن کارآزمایی، داوطلبانه بودن آزمودنی، اختیار خروج از مطالعه در هر زمان بدون جریمه و تأثیر در روند درمان احتمالی دندان‌پزشکی، مراقبت از آزمودنی، حقوق و سلامت وی اشاره شد. در ضمن بنابر رعایت اصل رازداری، اطلاعات شخصی آزمودنی کاملاً محرمانه و در صورت لزوم به نشر، بدون ذکر نام و مشخصات وی و به صورت گروهی بود.

در این پژوهش از دستگاه پالس‌اکسی متر (Pulse oximeter) و دو پرسش‌نامه‌ی SCL-90-R و اضطراب دندان‌پزشکی DAI به عنوان ابزار غربال‌گری و از پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان (OHIP-14) به منظور ارزیابی متغیر وابسته پژوهش استفاده شد. در ادامه هر یک از ابزار مذکور، معرفی شده‌اند.

پرسش‌نامه‌ی SCL-90-R: این پرسش‌نامه نخستین بار در سال ۱۹۷۳ ساخته شد (۱۸) و سپس مورد تجدید نظر قرار گرفت. فهرست علایم بالینی تجدید نظر شده (SCL-90-R) یک سیاهه‌ی خودسنجی روان‌پزشکی است. پاسخ‌دهندگان به ۹۰ سؤال در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای پاسخ می‌دهند. این مقیاس شامل ۹ بعد بدنی‌سازی (۱۲ ماده)، وسواس-جبری (۱۰ ماده)، حساسیت بین فردی (۹ ماده)، افسردگی (۱۳ ماده)، اضطراب (۱۰ ماده)، خصومت (۶ ماده)، اضطراب مرضی (۷ ماده)، افکار پارانوئیدی (۶ ماده) و روان‌پریشی (۱۰ ماده) است و ۷ ماده‌ی اضافی که جزء هیچ یک از ابعاد ۹ گانه قرار نمی‌گیرند و برخی از آن‌ها اختلال در خواب و میل جنسی را اندازه‌گیری می‌کنند. نمره‌ی هر خرده مقیاس، از

استفاده از پرسش‌نامه‌ی خودسنجی SCL-90-R (۱۹)، داشتن اضطراب دندان‌پزشکی با استفاده از پرسش‌نامه‌ی اضطراب دندان‌پزشکی استوهارد و همکاران (۲۰)، داشتن حداقل ۲۰ دندان طبیعی و حداقل یک دندان درمان شده، عدم نیاز به درمان اورژانسی دندان‌پزشکی توسط معاینه‌ی دندان‌پزشک، تأیید تکمیلی داشتن اضطراب دندان‌پزشکی توسط دستگاه پالس‌اکسی متر (NOVAMETRIX، آمریکا) به این صورت که قبل از بررسی، بیمار به مدت ۵ دقیقه استراحت کرده و بعد ۲ بار روی یونیت دندان‌پزشکی ضربان قلب بیمار توسط یک نفر دندان‌پزشک اندازه‌گیری شد و بیماران با افزایش میانگین ۵ ضربان در دقیقه وارد مطالعه شدند (۲۱) و عدم دریافت درمان‌های روان‌پزشکی و دارویی در شش ماه گذشته.

معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل بیمار برای تداوم مشارکت در تحقیق و عدم توانایی حضور در جلسات درمانی پیش‌بینی شده بیش از ۲ جلسه بنا به دلایل زیستی، روانی و اجتماعی بودند. تصادفی‌سازی با استفاده از روش بلوک جایگشتی تصادفی درون‌طبقه‌ای توسط مشاور آمار انجام شد. در ابتدا به خاطر تعدیل اثر متغیرهای سن و جنس، چهار طبقه به شرح زیر تشکیل داده شد. طبقه‌ی اول: زنان بالای ۳۰ سال؛ طبقه‌ی دوم: زنان زیر ۳۰ سال؛ طبقه‌ی سوم: مردان بالای ۳۰ سال و طبقه‌ی چهارم: مردان زیر ۳۰ سال. سپس شرکت‌کنندگان را بر اساس این ویژگی‌ها در طبقه‌ی مربوطه قرار دادیم. در هر طبقه، ۸ نفر قرار گرفتند. با توجه به تعداد حجم نمونه‌ی تعیین شده به تعداد ۱۶ نفر در هر گروه، جمعاً ۳۲ نفر وارد مطالعه شدند. روش بلوک جایگشتی در هر طبقه به طور جداگانه تکرار شد. تعداد افراد درون گروه‌ها برابر و بر اساس سن و جنس همگن شدند.

سپس پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان (۲۲)، کدگذاری شده و به عنوان پیش‌آزمون، توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه‌ی هفتگی به مدت ۹۰ دقیقه طی دو ماه و نیم تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طبق مدل ارائه شده‌ی هیز (۱۲) قرار گرفتند (جدول ۱) و توسط درمانگر مجرب اجرا شد. گروه شاهد در

جمع نمرات ماده‌های آن خرده مقیاس تقسیم بر تعداد ماده‌های آن خرده مقیاس به دست می‌آید. نمرات به دست آمده به ترتیب زیر تفسیر می‌گردد: میانگین نمرات یک یا بالاتر از آن: حالات مرضی، میانگین نمرات بالاتر از ۳: حالات روان‌گسستگی. توجه: در خرده مقیاس افسردگی، نمره‌ی بالاتر از ۳، معمولاً نشان‌دهنده‌ی افسردگی شدید و

روان‌گسستگی است. همسانی درونی مقیاس بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ گزارش شده است.

پرسش‌نامه‌ی اضطراب دندان‌پزشکی DAI: توسط استوهارد و همکاران (۲۰) در سال ۱۹۹۳ ساخته شده است، یک پرسش‌نامه‌ی خودگزارشی است که از ۳۶ گویه که به شکل اظهارات ترسناک درباره‌ی موقعیت‌های دندان‌پزشکی

جدول ۱: خلاصه‌ی پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	هدف	روند جلسات
جلسه‌ی اول	آموزش روانی و اهداف درمان	خوش‌آمدگویی، معرفی و آرایه‌ی دستورالعمل مربوط به کار گروهی و تصریح نوع رابطه‌ی درمانی، سنجش کلی و صحبت درباره‌ی افکار و احساسات منفی و نگرانی‌های درمان‌جویان، بیان ماهیت و ویژگی‌های ترس و اضطراب دندان‌پزشکی بهنجار، تمرکز بر هدف درمان و تعهد درمان‌گر، اجرای تمرین تمرکز و معرفی ذهن آگاهی، تمرین نفس کشیدن به طور آگاه.
جلسه‌ی دوم	آماده‌سازی بافتار درمان برای پذیرش	تمرین تمرکز، سنجش عملکرد مراجع در هفته‌ی گذشته، مرور الگوهای اجتناب از درمان دندان‌پزشکی، میزان کارآمدی و هزینه‌های این اجتناب‌ها، ادامه‌ی موضوع درماندگی خلاق، مشاهده‌ی اضطراب دندان‌پزشکی به جای واکنش به آن از طریق تمرین پذیرش افکار و احساسات.
جلسه‌ی سوم	آماده‌سازی بافتار درمان برای پذیرش	تمرین تمرکز، سنجش عملکرد، مرور واکنش درمان‌جویان به جلسات قبل، تکرار تمرین پذیرش افکار و احساسات، معرفی کنترل به عنوان یک مسأله و بیان اینکه آیا مشکل اصلی کنترل است؟ آیا دست کشیدن از کنترل راهکار جایگزین است؟ استعاره‌ی طناب‌کشی با هیولای اضطراب دندان‌پزشکی، تکلیف منزل.
جلسه‌ی چهارم	پذیرش و زندگی ارزشمند به عنوان جایگزینی برای کنترل اضطراب	تمرین تمرکز، مرور تمرین پذیرش افکار و احساسات، تمرین پذیرش اضطراب با توجه به آگاهی از طریق بیان ماهیت پذیرش و آگاهی، پذیرش اضطراب و اینکه پذیرش، راهحل سریعی برای اضطراب نیست، صحبت درباره‌ی کنترل حوادث بیرونی در مقابل کنترل مسائل درونی. تکلیف منزل: تمرینات ارتقای زندگی.
جلسه‌ی پنجم	پذیرش و زندگی ارزشمند به عنوان جایگزینی برای کنترل اضطراب	تمرین تمرکز، سنجش عملکرد، مرور واکنش به جلسات قبل، معرفی خود به عنوان بافتار در برابر خود به عنوان محتوا، استعاره‌ی والیبال بازی کردن با افکار و احساسات اضطراب‌زا، استعاره‌ی صفحه‌ی شطرنج، استعاره‌ی رادیوی اخبار اضطراب، قطب‌نمای زندگی به عنوان دلیل نهایی برای «مواجهه» و بررسی برگه مسیرهای ارزشمند. تکلیف منزل.
جلسه‌ی ششم	ایجاد الگوهای رفتاری انعطاف‌پذیر از طریق مواجهه‌ی هدایت شده با ارزش‌ها	تمرین تمرکز، سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها نسبت به جلسات قبل، مباحث تمایلات هیجانی از طریق تلاش کردن یا انجام دادن همراه با تمرین مداد، تمثیل ترموستات تمایل و مواجهه با افکار و احساسات شدید همراه با استعاره‌ی راننده اتوبوس. تکلیف منزل.
جلسه‌ی هفتم، هشتم و نهم	تعهد به حرکت در مسیر ارزشمند زندگی	تمرین تمرکز، سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها نسبت به جلسات قبل، فعال‌سازی رفتاری ارزش‌مدار طبیعی از طریق فعال‌سازی رفتاری، تکنیک‌های گسلش و توجه آگاهی، شناخت تله‌های ذهنی و زبانی، تمرین های تجربی ارتقای زندگی شامل تمرین پذیرش اضطراب، تمرین‌های احساس زندگی (تمرینات درونی و/ یا تصویرسازی) و یا فعالیت‌های مربوط به هدف‌های زندگی ارزشمند، ادامه نظارت بر تجربیات مرتبط با اضطراب و ترس. تکلیف منزل.
جلسه‌ی دهم	تعهد به حرکت در مسیر ارزشمند زندگی	تمرین تمرکز، سنجش عملکرد، مرور واکنش بر جلسات قبل، ادامه‌ی معرفی ارزش‌ها، افزایش تمرکز بر تعهد رفتاری، آماده‌سازی درمان‌جویان برای پایان درمان، آرایه‌ی خلاصه‌ای از مراحل درمان، آمادگی برای عود مشکل و شکست‌های احتمالی، شناسایی موقعیت پرخطر، درخواست از درمان‌جویان برای پیاده‌سازی این اصول در زندگی خود، دادن خلاصه‌ای از استعاره‌های به کار رفته به عنوان بروشور به درمان‌جویان و پایان درمان.

هستند، تشکیل شده است. گویه‌ها در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای که شامل کاملاً غلط (نمره‌ی ۱) تا کاملاً درست (نمره‌ی ۵) پاسخ داده می‌شوند. همسانی درونی پرسش‌نامه از

طریق آلفای کرونباخ در دامنه‌ی ۰/۹۶ تا ۰/۹۸ قرار داشت. نتایج پایایی بازآزمایی پرسش‌نامه در گروه‌های مختلف در دامنه‌ی ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ به دست آمد. این پرسش‌نامه در سال

یافته‌ها

در مجموع ۳۲ نفر شرکت کننده (۱۶ نفر در گروه آزمایش، ۱۶ نفر در گروه شاهد) حضور داشتند. با انجام آزمون K-S مفروضه‌ی نرمال بودن توزیع مشخص گردید. این بررسی نشان داد که بر اساس مقادیر Z و سطح معنی داری، توزیع نرمال بوده است. علاوه بر آن به منظور بررسی همگنی شیب ضرایب رگرسیونی محاسبات به دست آمده، سطح معنی داری بزرگتر از ۰/۰۵ نشان داد که همگنی شیب ضرایب رگرسیونی برقرار می‌باشد. بدین ترتیب این امکان میسر شد که از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شود. همچنین محاسبات انجام شده در آزمون Leven نشان دادند که شرط همگنی واریانس‌ها در سطح $p \text{ value} > 0/05$ معنی دار نمی‌باشد. بنابراین پیش فرض همگنی واریانس‌ها نیز برقرار می‌باشد. در نهایت بررسی نتایج آزمون Sphericity Mauchley's نشان داد که این آزمون نیز برای همه‌ی متغیرها معنی دار نیست و بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها رعایت شده است. در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان و مؤلفه‌های آن اشاره شده است.

نتایج جدول ۳ مبنی بر معنی دار بودن نتایج بین آزمودنی، حاکی از آن است که در نمرات ناتوانی اجتماعی، معلولیت و کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان بین دو گروه آزمایش و گروه شاهد، تفاوت معنی داری ($p \text{ value} < 0/01$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل گروه برای متغیر ناتوانی اجتماعی، برابر با ۰/۳۳، برای متغیر معلولیت، برابر با ۰/۴۱۹ و برای کیفیت زندگی وابسته به دهان، برابر با ۰/۴۸۳ بود که به ترتیب با توان آزمون ۰/۹۵۵، ۰/۹۹۳ و ۱ تأیید شد. به این معنی که تحلیل واریانس یک‌راهه (۳۳ درصد) از تفاوت در متغیر ناتوانی اجتماعی، (۴۱/۹ درصد) از تفاوت در متغیر معلولیت و (۴۸/۳ درصد) از تفاوت در متغیر کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در بین گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گروه شاهد را معنی دار نشان داده است.

۱۳۹۶ توسط یوسفی و همکاران (۲۱) به زبان فارسی برگردانده و روان‌سنجی شده است. همسانی درونی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ($\alpha = 0/94$) و از طریق روش دو نیمه کردن ($r = 0/94$) ارزیابی شد که نشانگر همسانی درونی بالای پرسش‌نامه بود. در مطالعه‌ی استوارد و همکاران (۲۰) افرادی که دارای نمره‌ی (۲۳/۶) ۱۳۰/۵ بودند، دارای اضطراب دندان‌پزشکی در نظر گرفته شدند.

پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان

(OHIP-14): این پرسش‌نامه دارای ۱۴ سؤال ۵ گزینه‌ای است (هرگز = ۰، به ندرت = ۱، گاهی اوقات = ۲، تقریباً اکثر اوقات = ۳ و در بیشتر موارد = ۴) که ۷ جنبه‌ی کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان شامل محدودیت عملکردی، درد جسمانی (ناراحتی فیزیکی)، ناراحتی روانی، ناتوانی فیزیکی، ناتوانی روانی، ناتوانی اجتماعی و معلولیت (ناتوانی کامل) را پوشش می‌دهد. در این پرسش‌نامه، همه‌ی سؤالات، برداشت منفی دارند و بنابراین، امتیاز همه‌ی سؤالات با شرایط دهانی خوب نسبت عکس دارد. حداقل امتیاز پرسش‌نامه، ۰ و حداکثر آن، ۵۶ است و امتیاز بالاتر، بیانگر کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان پایین‌تر می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره‌ی کلی، برابر ۰/۸۹ بود. همچنین مطالعه‌ی نوایی و همکاران (۲۳) در سال ۲۰۱۰ در جمعیت ایرانی، اعتبار و روایی این پرسش‌نامه را نشان داد.

دستگاه پالس اکسی متر (Pulse oximeter): وسیله‌ای

غیر تهاجمی است که به کمک آن می‌توان میزان درصد اشباع اکسیژن خون سرخرگ انسان، تعداد آهنگ و ضربان قلب او را اندازه‌گیری کرد. دقت و اعتبار این دستگاه تأیید شده است (۲۴).

آمار توصیفی از جداول و همچنین شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف استاندارد برای متغیرهای کمی و درصد، برای متغیرهای کیفی استفاده شد. در آمار استنباطی از روش ANOVA با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ (IBM Corporation, Armonk, version 22) به اجرا درآمد. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی کیفیت زندگی مرتبط با دهان و ابعاد آن به تفکیک دو گروه مداخله‌ای آزمایش و شاهد در سه مرحله ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	منبع	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	شاهد
		میانگین $\pm$ انحراف استاندارد	میانگین $\pm$ انحراف استاندارد
محدودیت عملکردی	پیش‌آزمون	۳/۸۱ $\pm$ ۰/۵۴۳	۳/۴۳ $\pm$ ۰/۶۲۹
	پس‌آزمون	۳/۸۷ $\pm$ ۰/۵۰۰	۳/۳۱ $\pm$ ۰/۷۰۴
	پیگیری	۳/۹۳ $\pm$ ۰/۴۴۲	۳/۲۵ $\pm$ ۰/۷۷۴
درد فیزیکی	پیش‌آزمون	۳/۲۵ $\pm$ ۰/۹۳۰	۳/۱۸ $\pm$ ۰/۷۵۰
	پس‌آزمون	۳/۳۷ $\pm$ ۰/۹۵۷	۳/۰۶ $\pm$ ۰/۷۷۱
	پیگیری	۳/۵۶ $\pm$ ۰/۸۹۲	۳/۱۲ $\pm$ ۰/۷۱۸
ناراحتی روانی	پیش‌آزمون	۳/۳۷ $\pm$ ۰/۶۱۹	۳/۶۲ $\pm$ ۰/۶۱۹
	پس‌آزمون	۳/۶۸ $\pm$ ۰/۷۹۳	۳/۵۶ $\pm$ ۰/۶۲۹
	پیگیری	۳/۷۵ $\pm$ ۰/۷۷۴	۳/۳۷ $\pm$ ۰/۷۱۸
ناتوانی فیزیکی	پیش‌آزمون	۳/۱۲ $\pm$ ۰/۷۱۸	۳/۲۵ $\pm$ ۰/۶۸۳
	پس‌آزمون	۳/۲۵ $\pm$ ۰/۶۸۳	۳/۱۸ $\pm$ ۰/۶۵۵
	پیگیری	۳/۳۷ $\pm$ ۰/۶۱۹	۳/۱۲ $\pm$ ۰/۷۱۸
ناتوانی روانی	پیش‌آزمون	۳/۱۲ $\pm$ ۰/۸۰۶	۳/۳۱ $\pm$ ۰/۷۰۴
	پس‌آزمون	۳/۵۶ $\pm$ ۰/۹۶۳	۳/۲۵ $\pm$ ۰/۶۸۳
	پیگیری	۳/۶۲ $\pm$ ۱/۰۲	۳/۱۸ $\pm$ ۰/۸۳۴
ناتوانی اجتماعی	پیش‌آزمون	۳/۳۷ $\pm$ ۰/۵۰	۳/۰۶ $\pm$ ۰/۶۸۰
	پس‌آزمون	۳/۸۷ $\pm$ ۰/۷۱۸	۲/۹۳ $\pm$ ۰/۶۸۰
	پیگیری	۳/۹۳ $\pm$ ۰/۶۸	۲/۸۷ $\pm$ ۰/۶۱۹
معلولیت	پیش‌آزمون	۳/۱۲ $\pm$ ۰/۹۵۷	۳/۰۰ $\pm$ ۰/۹۶۶
	پس‌آزمون	۳/۸۷ $\pm$ ۰/۸۰۶	۲/۹۳ $\pm$ ۰/۹۲۸
	پیگیری	۳/۹۳ $\pm$ ۰/۷۷۱	۳/۰۶ $\pm$ ۰/۹۹۷
کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان	پیش‌آزمون	۲۳/۱۸ $\pm$ ۲/۱۹	۲۲/۸۷ $\pm$ ۲/۱۲
	پس‌آزمون	۲۵/۵۰ $\pm$ ۲/۲۸	۲۲/۲۵ $\pm$ ۲/۳۵
	پیگیری	۲۶/۱۲ $\pm$ ۲/۴۴	۲۲/۰۰ $\pm$ ۱/۸۶

جدول ۳: نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی در نمرات کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان و ابعاد آن

متغیرها	اثرات	منبع	مجموع مجزورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
محدودیت عملکردی	بین آزمودنی	پیش آزمون	۸/۵۸۵	۱	۸/۵۸۵	۹۵/۶۵۰	۰/۳۹۲	۰/۷۶۷	۱/۰۰
		گروه	۰/۳۵۴	۱	۰/۳۵۴	۳/۹۴۱	۰/۰۵۷	۰/۱۲۰	۰/۴۸۴
		خطا	۲/۶۰۳	۲۹	۰/۰۹۰				
	درون آزمودنی	اثر زمان	۰/۱۶۵	۲	۰/۰۸۲	۱/۰۱۰	۰/۳۷۱	۰/۰۳۴	۰/۲۱۸
		اثر زمان × گروه	۰/۴۱۷	۲	۰/۲۰۹	۲/۵۵۸	۰/۰۸۶	۰/۰۸۱	۰/۴۹۲
		خطا							
درد فیزیکی	بین آزمودنی	پیش آزمون	۱۹/۲۴۷	۱	۱۹/۲۴۷	۱۶۲/۲۰۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴۸	۱/۰۰
		گروه	۰/۵۱۲	۱	۰/۵۱۲	۴/۳۱۹	۰/۰۵۷	۰/۰۳۰	۰/۳۲۰
		خطا	۳/۴۴۱	۲۹	۰/۱۱۹				
	درون آزمودنی	اثر زمان	۰/۳۳۳	۲	۰/۱۶۷	۲/۲۶۴	۰/۱۱۳	۰/۰۷۰	۰/۴۴۳
		اثر زمان × گروه	۰/۵۸۳	۲	۰/۲۹۲	۳/۹۶۲	۰/۰۵۴	۰/۰۱۷	۰/۴۹۰
		خطا							
ناراحتی روانی	بین آزمودنی	پیش آزمون	۲/۳۹۷	۱	۲/۳۹۷	۵/۳۵۶	۰/۰۲۸	۰/۱۵۶	۰/۶۰۹
		گروه	۰/۴۳۸	۱	۰/۴۳۸	۰/۹۸۰	۰/۳۳۰	۰/۰۳۳	۰/۱۶۰
		خطا	۱۲/۹۷۸	۲۹	۰/۴۴۸				
	درون آزمودنی	اثر زمان	۰/۲۵۰	۲	۰/۱۲۵	۰/۵۸۴	۰/۵۶۱	۰/۰۱۹	۰/۱۴۳
		اثر زمان × گروه	۱/۵۸۳	۲	۰/۷۹۲	۳/۷۰۱	۰/۰۳۰	۰/۱۱۰	۰/۶۵۸
		خطا							
ناتوانی فیزیکی	بین آزمودنی	پیش آزمون	۹/۳۶۰	۱	۹/۳۶۰	۶۶/۵۷۴	۰/۰۰۱	۰/۶۹۷	۱/۰۰
		گروه	۰/۲۰۸	۱	۰/۲۰۸	۱/۴۸۲	۰/۲۳۳	۰/۰۴۹	۰/۲۱۸
		خطا	۴/۰۷۷	۲۹	۰/۱۴۱				
	درون آزمودنی	اثر زمان	۰/۰۶۳	۲	۰/۰۳۱	۰/۲۰۰	۰/۸۱۹	۰/۰۰۷	۰/۰۸۰
		اثر زمان × گروه	۰/۵۶۳	۲	۰/۲۸۱	۱/۸۰۰	۰/۱۷۴	۰/۰۹۶	۰/۰۴۳
		خطا							
ناتوانی روانی	بین آزمودنی	پیش آزمون	۰/۵۶۰	۱	۰/۵۶۰	۰/۷۹۸	۰/۳۷۹	۰/۰۲۷	۰/۱۳۹
		گروه	۰/۹۰۰	۱	۰/۹۰۰	۱/۲۸۱	۰/۲۶۷	۰/۰۴۲	۰/۱۹۵
		خطا	۲۰/۳۷۷	۲۹	۰/۷۰۳				
	درون آزمودنی	اثر زمان	۰/۷۵۰	۲	۰/۳۷۵	۱/۳۳۷	۰/۲۷۰	۰/۰۴۳	۰/۲۷۸
		اثر زمان × گروه	۱/۷۵۰	۲	۰/۸۷۵	۳/۱۱۹	۰/۰۵۱	۰/۰۹۴	۰/۵۷۹
		خطا							

متغیرها	اثرات	منبع	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
ناتوانی اجتماعی	بین آزمودنی	پیش‌آزمون	۰/۱۴۲	۱	۰/۱۴۲	۰/۲۸۳	۰/۵۹۹	۰/۰۱۰	۰/۰۸۱
		گروه	۷/۱۷۲	۱	۷/۱۷۲	۱۴/۲۹۹	۰/۰۰۱	۰/۳۳۰	۰/۹۵۵
		خطا	۱۴/۵۴۵	۲۹	۰/۵۰۲				
	درون آزمودنی	اثر زمان	۰/۷۵۰	۲	۰/۳۷۵	۲/۵۹۶	۰/۰۸۳	۰/۰۸۰	۰/۴۹۸
		اثر زمان × گروه	۲/۵۸۳	۲	۱/۲۹۲	۸/۹۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۲۳۰	۰/۹۶۷
معلولیت	بین آزمودنی	پیش‌آزمون	۱۴/۷۷۷	۱	۱۴/۷۷۷	۵۴/۱۷۳	۰/۰۰۱	۰/۶۵۱	۱/۰۰
		گروه	۵/۷۰۴	۱	۵/۷۰۴	۲۰/۹۱۱	۰/۰۰۱	۰/۴۱۹	۰/۹۹۳
		خطا	۷/۹۱۰	۲۹	۰/۲۷۳				
	درون آزمودنی	اثر زمان	۰/۳۹۶	۲	۱/۶۹۸	۱۱/۷۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸۲	۰/۹۹۲
		اثر زمان × گروه	۳/۲۷۱	۲	۱/۶۳۵	۱۱/۳۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۲۷۴	۰/۹۰۲
کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان	بین آزمودنی	پیش‌آزمون	۱۰۱/۰۱۵	۱	۱۰۱/۰۱۵	۴۸/۸۳۶	۰/۰۰۱	۰/۶۲۸	۱/۰۰
		گروه	۷۰/۸۷۴	۱	۷۰/۸۷۴	۳۴/۲۶۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳	۱/۰۰
		خطا	۵۹/۹۸۵	۲۹	۲/۰۶۸				
	درون آزمودنی	اثر زمان	۱۹/۳۱۳	۲	۹/۶۵۶	۸/۹۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲۱	۰/۹۵۸
		اثر زمان × گروه	۶۳/۸۱۳	۲	۳۱/۹۰۶	۲۸/۰۶۷	۰/۰۰۱	۰/۴۸۳	۱/۰۰

تعامل اثر زمان و عضویت گروهی در متغیرهای ناتوانی اجتماعی، معلولیت و کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان معنی‌دار بود ($p \text{ value} < ۰/۰۱$). به عبارت دیگر، تفاوت بین نمرات ناتوانی اجتماعی، معلولیت و کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در کل نمونه‌ی پژوهش و تفاوت نمرات این متغیرها در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی‌دار بود که نشان می‌دهد، روند تغییر نمرات در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه با هم تفاوت دارند.

در جدول ۴، نتایج برآورد پارامترها به تفکیک نمرات ناتوانی اجتماعی، معلولیت و کیفیت زندگی وابسته به

سلامت دهان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، ارائه شده است. نتایج این جدول نشان می‌دهد که در نمرات ناتوانی اجتماعی، معلولیت و کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در مرحله‌ی پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری بین گروه شاهد با گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p \text{ value} < ۰/۰۱$). به طور کلی نتایج حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناتوانی اجتماعی، معلولیت و کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در مبتلایان به اضطراب دندان‌پزشکی است و اثرات این درمان در دوره‌ی پیگیری ثابت بوده است.

جدول ۴: نتایج برآورد پارامترها به تفکیک نمرات کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان و ابعاد آن در مراحل پیش‌آزمون،

پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین	خطای انحراف استاندارد	معنی‌داری
ناتوانی اجتماعی	پیش‌آزمون	-۰/۱۸۸	۰/۱۱۱	۰/۰۳۰
	پیش‌آزمون	-۰/۱۸۸	۰/۱۱۴	۰/۰۴۲
	پس‌آزمون	۰/۰۲۳	۰/۰۴۴	۰/۳۲۷
معلولیت	پیش‌آزمون	-۰/۳۴۴	۰/۱۰۲	۰/۰۰۶
	پیش‌آزمون	-۰/۴۳۸	۰/۱۱۸	۰/۰۰۳
	پس‌آزمون	-۰/۰۹۴	۰/۰۵۳	۰/۲۶۰
کیفیت زندگی وابسته به دهان	پیش‌آزمون	-۰/۸۴۴	۰/۲۵۷	۰/۰۰۸
	پیش‌آزمون	-۱/۰۳۱	۰/۳۳۳	۰/۰۱۳
	پس‌آزمون	-۰/۱۸۸	۰/۱۹۰	۰/۹۹۷

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در مبتلایان به اضطراب دندان‌پزشکی انجام شد و فرضیه‌ی پژوهش به این صورت تأیید گردید که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناتوانی اجتماعی، معلولیت و کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در مبتلایان به اضطراب دندان‌پزشکی، اثرات مثبت ماندگاری داشته است لیکن این درمان بر سایر ابعاد کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان (محدودیت عملکردی، ناراحتی فیزیکی، ناراحتی روانی، ناتوانی فیزیکی و ناتوانی روانی) در این افراد تأثیر نداشته است.

همچنین، پژوهشی که اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان و ابعاد آن در مبتلایان به اضطراب دندان‌پزشکی را بررسی نموده باشد، یافت نشد تا مستقیماً استنادی به همسویی یا ناهمسویی این بخش از نتایج با یافته‌های سایر پژوهش‌های پیشین انجام گردد. این موضوع جنبه‌ی نوآوری و وجه تمایز پژوهش حاضر را نشان می‌دهد، لیکن می‌توان گفت این بخش به صورت غیر مستقیم با نتایج مطالعه‌ی دهقانی (۱۵) مبنی بر اثر ماندگار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی زنان دیالیزی، همسو می‌باشد.

در همین راستا پژوهش نصیری و همکاران (۱۶) نیز نشان

داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد کیفیت زندگی عمومی در بیماران مبتلا به نشانگان کارکردی گوارش اثربخش بود.

در تأیید یافته‌های این بخش از پژوهش، نتایج پژوهش قومیان و شیر (۱۷) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به درد مزمن، مؤثر بود و این تغییرات پس از درمان و در مرحله‌ی پیگیری نیز ماندگار است. در پژوهشی دیگری که توسط فروس و همکاران (۱۸) انجام گرفت، نشان داده شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بهبودی معنی‌داری را در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان نشان داد.

در مورد مکانیسم اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناتوانی اجتماعی، معلولیت و کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در مبتلایان به اضطراب دندان‌پزشکی بر اساس مبانی نظری می‌توان بیان نمود، اصل اساسی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نیل به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (۲۵). طی جلسات این درمان، مفهوم پذیرش از طریق استعاره‌ها، تمثیل‌ها و تمرین‌ها به افراد دارای اضطراب دندان‌پزشکی آموزش داده شد و از آن‌ها خواسته شد، پذیرش را در مواجهه با موقعیت‌های مختلف به ویژه موقعیت‌های مرتبط با مشکل‌شان (اضطراب دندان‌پزشکی) تمرین کنند و نتایج آن را در جلسات گزارش نمایند. در واقع پذیرش مشکل، باعث

ایجاد و تقویت باور «من می‌توانم کنترل رویدادهای درونی خویش (افکار، احساسات و هیجانات متعاقب آن) به دست بگیرم». تقویت این باور، باعث انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ایجاد شده در تعدیل اضطراب دندان‌پزشکی مؤثر واقع شد و به واسطه‌ی کاهش اضطراب دندان‌پزشکی، ناتوانی اجتماعی و معلولیت بهبود و کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان افزایش یافت.

مؤلفه‌ی کلیدی دیگر در درمان پذیرش و تعهد، ارزش‌ها هستند. به این منظور از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا ارزش‌های زندگی خود را که اضطراب دندان‌پزشکی مانع دستیابی به آن‌ها می‌شوند را شناسایی کنند. سپس اهدافی را در جهت نیل به آن ارزش‌ها مشخص کنند و به خود متعهد شوند که در جهت محقق ساختن آن اهداف مبتنی بر ارزش، تلاش کنند. در حقیقت این بخش از درمان، در راستای افزایش انگیزه‌ی فرد، برای تلاش جهت مواجه شدن با ترس از مداخلات دندان‌پزشکی، کارساز بود (۲۶).

به علاوه، ذهن‌آگاهی به طور روشن، باعث افزایش ارتباط با زمان حال می‌گردد، در پژوهش حاضر، تمرین‌های ذهن‌آگاهی در هر جلسه‌ی درمان انجام شد و نیز به عنوان یک تکلیف از مراجعان خواسته شد هر روز حداقل ۱۳ دقیقه به ذهن‌آگاهی بپردازند. یک عامل مهم دیگر در درمان پذیرش و تعهد، گسلش شناختی است. گسلش شناختی و تمرین‌های آن باعث می‌شوند که افکار، کم‌تر اضطراب‌زا باشند (۲۷). در نتیجه مبتلایان به اضطراب دندان‌پزشکی با انجام تمرین‌های گسلش شناختی، از افکار مربوط به بیماری گسلیده شده و کم‌تر با آن‌ها آمیخته شدند. با توجه به نقش مهم افکار ناکارآمد در تشدید علائم بیماران مبتلا به اضطراب دندان‌پزشکی، کاهش گسلش شناختی در بهبود ناتوانی اجتماعی، معلولیت و کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان نقش به سزایی داشته است. «خود به عنوان زمینه» که از عوامل شش‌گانه‌ی ACT است، یک حس متعالی از خود است که می‌توان از طریق فرایندهای ذهن‌آگاهی و گسلش شناختی به آن دسترسی پیدا کرد (۲۴). این درمان، به فرد کمک کرد تا

خود را فارغ از اضطراب ناشی از مداخلات دندان‌پزشکی، ببیند، خود را با افکار و احساسات ناشی از آن و با جسمش یا به عبارت دقیق‌تر، با اضطراب‌هایش یکی نداند. این امر، از طریق تمرین «مشاهده‌گر» تسهیل شد، تمرینی که به فرد کمک کرد تا صرفاً یک مشاهده‌گر باشد، یک مشاهده‌گر بیرونی و جدا از جسم، افکار و احساسات. بنابراین، «خود به عنوان زمینه» پذیرش را تسهیل کرد. همچنین در تبیین این یافته می‌توان گفت: آموزش پذیرش و تعهد به جای نادیده گرفتن هیجانات و تجارب درونی، با هدایت کردن بیمار به سوی آگاه شدن از احساسات، تجارب درونی و هیجانی، پذیرش آن‌ها و استفاده‌ی مناسب و به جا از آن‌ها، موجب می‌شود که بیمار با موقعیت‌ها و تعاملاتش، ارتباط مناسبی برقرار کرده و با نگاهی تازه آن‌ها را تجربه کند (۲۸).

به طور کلی بر اساس نظر هریس (۲۹)، می‌توان گفت که شفاف‌سازی ارزش‌ها و درونی شدن عمل متعهدانه که در طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت می‌گیرد، به افراد، انگیزه‌ی کافی برای تغییر را می‌دهد. دو فرایند مهم این درمان، یعنی تماس با زمان حال و خود به عنوان زمینه، سبب می‌شوند که آگاهی افراد از خود و نیازهای فعلی‌شان افزایش یابد. در مطالعه‌ی حاضر، هدف این بود که به افراد مبتلا به اضطراب دندان‌پزشکی کمک شود تا افکار و احساسات آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر، تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمدی برنامه‌های فعلی خود، آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برای‌شان مهم و در راستای ارزش‌های‌شان است، بپردازند. در این درمان، بیماران با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شوند. به علاوه، در این مطالعه به افراد مبتلا به اضطراب دندان‌پزشکی، آموزش داده شد تا چگونه رویدادهای درونی را به جای کنترل، بپذیرند و از افکار آزاردهنده‌ی رهایی یابند که این موضوع تبیین مناسبی جهت بهبود ناتوانی اجتماعی، معلولیت و کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در این گروه بود.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش، می توان بیان نمود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قادر به کاهش ناتوانی های شدید ناشی از اضطراب دندان پزشکی (معلولیت) و همچنین ناتوانی اجتماعی ناشی از این اختلال و در کل بهبود کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان است. به نظر می رسد این درمان در کاهش مشکلات شکل های حاد از اضطراب دندان پزشکی موفق تر عمل می کند و برای بهبود علائم خفیف تر این اختلال، به جلسات و تمرین های بیشتری نیاز دارد. یافته های مطالعه ی حاضر می تواند به روان شناسان و مشاوران کمک نماید تا گام های مؤثر و ماندگاری در راستای بهبود کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان بیماران مبتلا به اضطراب دندان پزشکی بردارند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین الملل خرمشهر - خلیج فارس و دارای شناسه ی اخلاق IR.IAU.AHVAVAZ.REC.1398.005 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز و شماره ی کد ثبت IRCT20190505043473N1 در مرکز ثبت کار آزمایی بالینی ایران می باشد.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش و مسئولین مرکز تحقیقات دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، کمال تشکر و قدردانی را داریم. این پژوهش حاصل بخشی از پایان نامه ی دکتری با کد ۸۴۵۲۰۷۰۹۹۸۱۰۰۷ دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می باشد.

در تبیین عدم اثر معنی دار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر محدودیت عملکردی، ناراحتی فیزیکی، ناراحتی روانی، ناتوانی فیزیکی و ناتوانی روانی در مبتلایان به اضطراب دندان پزشکی می توان بیان نمود هر چند این درمان همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل نمود و باعث شد تا هیجانات منفی فرد کاهش و هیجانات مثبت جایگزین آن شوند، اما به نظر می رسد با توجه به یافته های توصیفی مبنی بر آنکه تغییرات در ساختار ذهنی انجام شده است، زمان طولانی تر و جلسات بیشتری نیاز بوده تا این تغییرات به کاهش محدودیت عملکردی، ناراحتی فیزیکی، ناراحتی روانی، ناتوانی فیزیکی و ناتوانی روانی در مبتلایان به اضطراب دندان پزشکی تعمیم یابد.

مطالعه ی حاضر دارای محدودیت هایی بود که در نتیجه گیری و تعمیم نتایج، باید به آن توجه شود. یکی از محدودیت های مطالعه ی حاضر، ماهیت چند رشته ای بودن مطالعه (روان شناختی و پزشکی) بود که امکان کنترل درمان پزشکی وجود نداشت. به علاوه، پیگیری بلندمدت درمان بعد از آموزش روان شناختی، وجود نداشت و پیگیری آن کوتاه مدت (سه ماه پس از مداخله) بود. همچنین در این مطالعه نیز مانند پژوهش های انسانی دیگر، محیط خانوادگی و شرایط اجتماعی و اقتصادی افراد از موارد تأثیرگذار بر نتایج مطالعه است، لذا تعمیم نتایج آن به کل جامعه باید با احتیاط و دانش کافی صورت بگیرد. همچنین از آنجایی که بیماری های مزمن معمولاً چند وجهی بوده و نه تنها خود بیمار، بلکه خانواده ی بیمار را نیز تحت تأثیر قرار می دهد، پیشنهاد می گردد به درمان های روان شناختی خانواده های این بیماران، استفاده از مداخله های روان شناختی در بخش دندان پزشکی بیمارستان ها، به منظور بهبود کیفیت زندگی بیماران توجه شود.

References

1. Chandrasekhar S, Madu GP, Ambati NR, Suravarapu PR, Uppu K, Bolla D. Pioneering strategies for relieving dental anxiety in hearing impaired children: a randomized controlled clinical study. J Dent (Shiraz) 2017; 18(2): 112-7.
2. Armfield JM. Towards a better understanding of dental anxiety and fear: cognitions vs. experiences. Eur J Oral Sci 2010; 118(3): 259-64.
3. 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.

4. Mohammed RB, Lalithamma T, Varma DM, Venkata Sudhakar KN, Srinivas B, Krishnamraju PV. Prevalence of dental anxiety and its relation to age and gender in coastal Andhra (Visakhapatnam) population, India. *J Nat Sci Biol Med* 2014; 5(2): 408-14.
5. Saatchi M, Abtahi M, Mohammadi G, Mirdamadi M, Binandeh ES. The prevalence of dental anxiety and fear in patients referred to Isfahan Dental School, Iran. *Dent Res J (Isfahan)* 2015; 12(3): 248-53.
6. Soares FC, Lima RA, de Barros MV, Dahllöf G, Colares V. Development of dental anxiety in schoolchildren: A 2-year prospective study. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2017; 45(3):281-8.
7. Almozni G, Zini A, Aframian DJ, Kaufman E, Lvovsky A, Hadad A, et al. Oral health related quality of life in young individuals with dental anxiety and exaggerated gag reflex. *Oral Health Prev Dent* 2015; 13(5): 435-40.
8. Hägglin C, Hakeberg M, Ahlqvist M, Sullivan M, Berggren U. Factors associated with dental anxiety and attendance in middle-aged and elderly women. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28(6): 451-60.
9. Seligman LD, Hovey JD, Chacon K, Ollendick TH. Dental anxiety: An understudied problem in youth. *Clin Psychol Rev* 2017; 55: 25-40.
10. Vermaire JH, van Houtem CM, Ross JN, Schuller AA. The burden of disease of dental anxiety: generic and disease-specific quality of life in patients with and without extreme levels of dental anxiety. *Eur J Oral Sci* 2016; 124(5): 454-8.
11. Llewellyn CD, Warnakulasurita S. The impact of stomatological disease on oral health-related quality of life. *Eur J Oral Sci* 2003; 111(4): 297-304.
12. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies - republished article. *Behav Ther* 2016; 47(6): 869-85.
13. Eilenberg T, Fink P, Jensen JS, Rief W, Frosthölm L. Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for health anxiety: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2016; 46(1): 103-15.
14. Graham CD, Gillanders D, Stuart S, Gouick J. An acceptance and commitment therapy (ACT)-based intervention for an adult experiencing post-stroke anxiety and medically unexplained symptoms. *Clinical Case Studies* 2015; 14(2): 83-97.
15. Dehghani Y. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on depression and quality of life in women with dialysis patients. *Journal of Clinical Psychology* 2016; 8(3): 1-10.
16. Nasiri S, Ghorbani M, Adibi P. The effectiveness of acceptance and commitment therapy in quality of life in patients with functional gastro intestinal disorder. *Journal of Clinical Psychology* 2016; 7(4): 93-102.
17. Ghomian S, Shairi MR. The effectiveness of acceptance and commitment therapy for children with chronic pain on the quality of life on 7 to 12 year-old children. *Int J Pediatr* 2014; 2(3.2): 47-55.
18. Feros DL, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psychooncology* 2013; 22(2): 459-64.
19. Prunas A, Sarno I, Preti E, Madeddu F, Perugini M. Psychometric properties of the Italian version of the SCL-90-R: a study on a large community sample. *Eur Psychiatry* 2012; 27(8): 591-7.
20. Stouthard MEA, Mellenbergh GJ, Hoogstraten J. Assessment of dental anxiety. *An International Journal* 1993; 6(2): 89-105.
21. Yousefi R, Piri F. Psychological properties of dental anxiety inventory. *J Mashhad Den Sch* 2017; 41(1): 69-78. [In Persian].
22. Ravaghi V, Farahi-Avval N, Locker D, Underwood M. Validation of the Persian short version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14). *Oral Health Prev Dent* 2010; 8(3): 229-35.
23. Navabi N, Nakhaee N, Mirzadeh A. Validation of a Persian version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14). *Iranian J Publ Health* 2010; 39(4): 135-9.
24. Bindzus A, Boos A. Pulse rate and heart rate coincidence detection for pulse oximetry [online], [1998]. Available from: URL: <https://patents.google.com/patent/US6178343B1/en>
25. Herbert JD, Forman EM. The evolution of cognitive behavior therapy: the rise of psychological acceptance and mindfulness. *Understanding and applying the new therapies*. 2011: 3-25.
26. Bergen-Cico D, Cheon S. The mediating effects of mindfulness and self-compassion on trait anxiety. *Mindfulness* 2014; 5(5): 505-19.
27. Deacon BJ, Fawzy TI, Lickel JJ, Wolitzky-Taylor KB. Cognitive defusion versus cognitive restructuring in the treatment of negative self-referential thoughts: An investigation of process and outcome. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2011; 25(3): 218-32.
28. Narimani M, Bakhshayesh R. The effectiveness of acceptance/commitment training on the psychological well-being, emotional and marital satisfaction in divorce. *Journal of Counseling Research* 2015; 13(52): 108-23. [In Persian].
29. Harris R. ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy. Oakland, California: New Harbinger Publications; 2009.

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Oral Health-related Quality of Life in Patients with Dental Anxiety

Elham Sadat Binandeh¹

Naser Saraj Khorami²

Parviz Asgari³

Ghader Feizi⁴

Bahareh Tahani⁵

1. Department of Health Psychology, Khorramshahr-Persian Gulf International Branch, Islamic Azad University, Khorramshahr, Iran.

2. **Corresponding Author:** Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran. Email: **Email:** dr_sarraj@yahoo.com

3. Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

4. Endodontist, Fellowship in Hospital Dentistry, Dental Research Center, Dental Research Institute, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

5. Department of Oral Public Health, Dental Research Center, Dental Research Institute, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Abstract

Introduction: One of the aspects of health is oral and dental health. The purpose of the present study was to determine the efficacy of acceptance and commitment therapy on oral health quality of referrals to Isfahan dental centers.

Materials & Methods: This pretest-posttest clinical trial, with a control group and a three-month follow-up, was conducted on the patients with dental anxiety. In this study, 32 patients with dental anxiety were selected from among the patients with the criteria of the research and randomly assigned to two groups of experimental and control. The case group received 10 weekly sessions of ACT for 90 min and the control group received no intervention. Data were collected using DAI anxiety inventory (DAI), Oral Health Quality of Life Questionnaire (OHIP-14), SCL-90-R questionnaire, and pulse oximeter. The findings were analyzed using repeated measure ANOVA in 0.05 p-value using SPSS.22 software.

Results: The results showed that the mean (SD) of mental disability in the pre-test of the experimental group was 6.5 (0.9), which was 7.4 (1.2) and 7.5 (1.2) in the post-test and follow-up respectively, which was statistically significant (p value < 0.001). Also, the mean (SD) of disability in the pretest group was 3.1 (0.9), which was 2.9 (0.9) and 3.0 (0.9) in post-test and follow-up respectively and it is statistically significant (p value < 0.0001). The mean (SD) of quality of life in the pre-test of the experimental group was 23.1 (2.1), which was 25.2 (2.3) and 22 (1.8) in post-test and follow-up, which was statistically significant (p value < 0.001).

Conclusion: It seems that acceptance and commitment therapy is effective on the quality of life of people with dental anxiety. Despite the limitations mentioned above, it seems that the findings of this study can be a useful step in the psychological treatment of dental anxiety patients.

Key words: Dental anxiety, Oral health, Acceptance and commitment therapy, Quality of life.

Received: 25.7.2019

Revised: 2.10.2019

Accepted: 14.10.2019

How to cite: Binandeh E, Seraj Khorami N, Asgari P, Feizi Gh, Tahani B. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Oral Health-related Quality of Life in Patients with Dental Anxiety. J Isfahan Dent Sch 2020; 16(1): 31-44.