

The Relationship Between 6 to 8 year Oldchildren's dental fear and their parents' fear

Shahrzad Javadinejad

Assistant professor of Pediatric dentistry, department of Pediatric dentistry, Islamic Azad university of Isfahan

Sanaz Tahmourespour

Pediatric dentistry resident, department of pediatric dentistry, Islamic Azad university of Isfahan

Davoud Ghasemi

Assistant professor of Pediatric dentistry, department of Pediatric dentistry, Islamic Azad university of Isfahan

Fatemeh Yazdi, DDS

Dentist, Islamic Azad university of Isfahan

Abstract

This research was done with the aim of studying the relationship between 6-8 year old children's dental fear and their parents' fear. The research method was correlation, and the statistical sample consisted of 107 children between 6 to 8 years old who referred to Islamic Azad Khorasgan University dental clinic, together with their parents in 2010-2011(1390-91_{s.c.}) academic year. The sampling method was purposeful. The measuring instruments included Children's Fear Survey Schedule- Dental Subscale (CFSS-DS) (Cutberth & Melamed 1982), for evaluating children's fear, the Modified Dental anxiety Scale(MDAS) (Humphriset al., 1995) for evaluating parents' fear and Frankle Behavior Rating Scale (Frankleet al., 1962), for evaluating children's behavior during dental procedures. The first and second questionnaires were filled by child's parents and the third one was filled by the dentist. The analysis of data was done by Pearson correlation coefficient, Spearman correlation coefficient and independent t. The findings showed that there was a direct significant correlation between children's fear and their parents' fear scores ($P < 0.001$). There was also a negative significant correlation between CFSS-DS and Frankle Behavior Rating Scale ($P < 0.001$). According to the results, among the 6 to 8 year old children, parents' fear can affect their children's dental fear and also the extent of child's collaboration with the dentist.

Keywords: children's dental fear, parents' dental fear, child's cooperation with dentist.

رابطه ترس از دندانپزشکی در کودکان ۶ تا ۸ ساله با ترس والدین آنها

شهرزاد جوادی نژاد

متخصص دندانپزشکی کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)

ساناز طهمورث پور*

رزیدنت دندانپزشکی کودکان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان). دانشکده دندانپزشکی. بخش تخصصی کودکان

داوود قاسمی

متخصص دندانپزشکی کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)

فاطمه یزدی

دندانپزشک، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان اصفهان
دانشکده دندانپزشکی

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین ترس کودکان ۶ تا ۸ ساله از دندانپزشکی با ترس والدینشان اجرا شد. روش پژوهش همبستگی و نمونه آماری پژوهش شامل ۱۰۷ کودک ۶ تا ۸ ساله بود که در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ به همراه والدین خود به درمانگاه دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان مراجعه کردند. روش نمونه گیری هدفمند و ابزارهای پژوهش شامل مقیاس بررسی ترس کودکان زیر شاخص دندانپزشکی (کاتبرت و ملامد، ۱۹۸۲) برای ارزیابی ترس کودکان، مقیاس تغییر یافته اضطراب دندانپزشکی (هامفریس و همکاران، ۱۹۹۵) برای ارزیابی ترس والدین و مقیاس رتبه ای رفتاری (فرانکلو همکاران، ۱۹۶۲) برای ارزیابی رفتار کودک حین درمان بود. پرسشنامه‌های اول و دوم را والد کودک و پرسشنامه سوم را دندانپزشک تکمیل کرد. تحلیل داده‌ها از طریق ضریب همبستگی پیرسون و ضریب همبستگی اسپیرمن و آزمون t مستقل انجام شد. یافته‌ها نشان داد که بین نمره‌های ترس والدین و کودکان رابطه معنادار مستقیم وجود دارد ($P < 0/001$). همچنین بین مقیاس بررسی ترس کودکان - زیر شاخص دندانپزشکی و مقیاس رتبه ای رفتاری فرانکل رابطه منفی معنادار وجود داشت ($P < 0/001$). براساس نتایج در کودکان گروه سنی ۶ تا ۸ سال، ترس والدین می‌تواند بر روی ترس دندانپزشکی کودک و درجه همکاری او با دندانپزشک تأثیر بگذارد.

واژه‌های کلیدی: ترس کودکان از دندانپزشکی، ترس والدین از دندانپزشکی، همکاری کودک با دندانپزشک.

* نویسنده مسئول: دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان). دانشکده دندانپزشکی. بخش تخصصی کودکان.

پست الکترونیک: sanaz_t62@yahoo.com

پذیرش ۹۲/۱۲/۷

وصول ۹۱/۱۲/۲۷

مقدمه

هدف دندانپزشکی کودکان پیشگیری و درمان بیماری های دهانی در کودکان و نوجوانان به عنوان اساس سلامت مطلوب دهان در طول زندگی است. دو راهکار اصلی برای تأمین این هدف، حفظ سلامت محیط دهان و توانایی و انگیزه بیمار برای استفاده از خدمات دندانپزشکی است.

کودکان و نوجوانان تفاوت زیادی در بلوغ، شخصیت، خلق و خو و عواطف نشان می دهند که به تفاوت در آسیب پذیری و توانایی آنها در تحمل شرایط درمان دندانپزشکی منجر می شود. در نتیجه دندانپزشک کودکان برای درمان کودکان دارای مشکلات رفتاری مثل ترس دندانپزشکی، به مجموعه ای از راهکارها و شیوه های روان شناختی نیاز دارند. برای بسیاری از کودکان ملاقات با دندانپزشک استرس زاست، این موضوع از آنجا ناشی می شود که این ملاقات با چندین عامل محرک استرس مانند دیدن فرد ناآشنا، صداها و مزه های عجیب، اجبار برای دراز کشیدن روی صندلی دندانپزشکی، ناراحتی و حتی درد همراه است. همکاری نکردن و واکنش های کودک، ناشی از ترس اتفاقات رایج روزانه در یک مطب دندانپزشکی هستند. ترس از دندانپزشکی در حدود ۵ تا ۲۰ درصد گزارش شده است (کلینگرگ، ۲۰۰۹).

ترس دندانپزشکی^۱ عامل مهمی در بوجود آوردن مشکلات سلامتی در کودکان است و به عنوان یکی از مشکلات اساسی در دندانپزشکی اطفال محسوب می شود (تن برگ، ویرکامپ، هوگستاراتن و پرینس، ۲۰۰۳؛ آرتروپ، برگرن، ۲۰۰۴).

ترس دندانپزشکی در کودکان پدیده ای است که منشأ چند عاملی و پیچیده دارد. سه گروه اصلی از عوامل مسبب ترس، شامل عوامل فردی (مربوط به بلوغ و خلق و خوی کودک)، عوامل بیرونی (مربوط به والدین و خواهر و برادر کودک) و عوامل مربوط به گروه دندانپزشکی شناسایی شده اند. در ارتباط با عوامل بیرونی، ترس از طریق یادگیری اجتماعی از خواهر، برادر، خویشاوندان و دوستان انتقال می یابد. والدین علاوه بر انتقال احساس ترس به کودکان، گاهی با پرسش هایی مانند نیاز به تزریق و توضیح تجربیات منفی خود در درمان دندانپزشکی کودک دخالت می کنند. در این موارد آنها نمونه های زنده و کاملاً منفی از اضطراب دندانپزشکی برای کودکان می شوند

(کلینگرگ، ۲۰۰۹). در مطالعاتی که بر روی بیماران بزرگسال با ترس دندانپزشکی انجام شد، مشخص گردید که نگرش منفی خانواده نسبت به درمان دندانپزشکی و ترس از دندانپزشکی در خانواده شایع ترین دلیل برای ایجاد ترس دندانپزشکی است (موره، برادگارد و بیرن، ۱۹۹۱). تأثیر هر کدام از والدین بر روی کودکان در سنین مختلف متفاوت است. به طوری که مادر به عنوان مهمترین عضو خانواده می تواند بر رفتار کودک تا حد زیادی تأثیر بگذارد. بررسی های رفتاری نشان داده که رابطه مادر و کودک تحت تأثیر سه عامل مهم قرار می گیرد که عبارتند از: رابطه توانمند مادر و کودک که در آن پرورش و تشویق و رشد روان شناسی اتفاق می افتد. عامل دو رابطه تهاجمی مادر و کودک است، که در آن تطابق و ثبات احساسی وجود ندارد و در نهایت رابطه پرتشویش و استرس مادر و کودک که در آن اعتمادی وجود ندارد (دوماس، لافرنیر و سکتیچ، ۱۹۹۵؛ بلک و لوگان، ۱۹۹۵). عملکرد خانواده و توانایی والدین در ایجاد ارتباط با ثبات و مثبت با فرزندانشان به عنوان عامل اصلی برای کم کردن ترس دندانپزشکی محسوب می شود (فری من، ۲۰۰۷). نتایج پژوهش های مختلف بر روی ترس کودک و والدین از دندانپزشکی با یکدیگر متفاوت است که دلیل آن پیچیدگی موضوع ترس و روش های مختلف انجام این پژوهش هاست. یکی از دلایل دیگری که برای ترس کودک مطرح شده نگرش ها و واکنش های والدین نسبت به دندانپزشکی است (بوچامان و نیون، ۲۰۰۲).

بر طبق مقاله مروری متاآنالیز^۱ که در سال ۲۰۱۰ در این مورد به چاپ رسیده است سه توصی^۲ مهم برای انجام پژوهش هادر این زمینه بیان شده است. اول اینکه به منظور یافتن نتایج معتبر باید از مقیاس هایی که روایی و پایایی^{۱۱} آنها به اثبات رسیده است استفاده شود. ثانیاً درجه بندی رفتار کودک ابزار مهمی برای تعیین سطح همکاری کودک در دندانپزشکی است. ثالثاً دامنه سنی کودکان شرکت کننده در پژوهش ها باید محدود باشد و با مراحل رشد ذهنی و روان شناختی کودکان منطبق باشد (تمس هابر، فریمن، هامفریس، مک گلیواری و ترزی، ۲۰۱۰).

به عنوان مثال ۶ تا ۸ سالگی دوره انتقالی مهمی برای کودک محسوب می شود که همراه اضطراب زیاد است و کودک سعی

1. Klingberg

3. TenBerg, Veerkamp, Hoogstaraten & Prince

5. Moore, Brodsgaard & Birn

7. Black & Logan

9. Buchaman & Niven

11. reliability and validity

2. Dental fear

4. Artrup & Berggren

6. Dumas, Lafreniere & Seketich

8. Freeman

10. meta analysis

12. Themessl Huber, Freeman, Humphris, MacGillivray & Terzi

در کم کردن وابستگی خود از خانواده دارد. کودک با ورود به مدرسه و برخورد با هم‌تاهای خود و فعالیت‌های اجتماعی می‌شود. حس قدرت‌نمایی، ریاست و پیروزی، و نیز حس کنجکاو در این گروه سنی زیاد است. اعتماد به نفس کودک در حال افزایش است. رابطه عاطفی و وابستگی کودک و والدین نیز در این سن تغییرات قابل توجهی پیدا می‌کند (مک دونالد و اوری، ۲۰۱۱).

یکی از ابزارهای مناسب برای ارزیابی ترس دندانپزشکی کودکان مقیاس بررسی ترس کودکان زیر شاخص دندانپزشکی است که اولین بار کاتبرت و ملامد^۳ (۱۹۸۲) آن را معرفی کردند و تا به امروز پژوهشگران متعددی از این مقیاس استفاده کرده‌اند. مقیاس اضطراب دندانپزشکی کورا^۴ معتبرترین روش اندازه‌گیری اضطراب است که برای ارزیابی اضطراب دندانپزشکی در بیماران بزرگسال به کار برده شد (کریستفور، لی و هامفریس، ۲۰۰۰). شاخص ترس دندانپزشکی^۵ همان شاخص تغییر یافته کورا است که پرسشی راجع به بی‌حسی موضعی به آن اضافه شده و اولین بار هامفریس در سال ۱۹۹۵ آن را معرفی کرد. (هامفریس، موریسون و لیندسی، ۱۹۹۵) همچنین مقیاس رتبه‌ای رفتار فرانکل^۶ از جمله شاخص‌های معتبر برای ارزیابی رفتار کودک حین درمان دندانپزشکی است که اولین بار فرانکل (۱۹۶۲) آن را مطرح کرد در مطالعات مختلف ارتباط بین ترس کودک و والدین از زوایای مختلفی بررسی شده است.

در تحقیقی که روی ۱۴ کودک ۳ تا ۱۱ ساله و والدین آنها انجام شد، نتایج نشان داد که ارتباط مثبتی میان رفتار پیش‌بینی شده کودک از طریق والدین و ترس دندانپزشکی کودک و رفتار واقعی کودک در طول درمان وجود دارد (کریسی، دیمو و لیجیداکیس، ۲۰۰۹). در مطالعه‌ای که کریکن (۲۰۱۳) انجام داد به این نتیجه رسید که در کل والدین تمایل دارند که ترس دندانپزشکی کودک خود را بیشتر از خود کودک ارزیابی کنند، که این نشان‌دهنده اضطراب بیشتر والدین به ویژه مادران و انتقال این اضطراب به کودکان است. فلایان (۲۰۰۲) در مطالعه خود به این نتیجه رسید که ارتباط قابل توجهی بین ترس کودک و والدین وجود ندارد.

پژوهشگران متعددی به بررسی ارتباط ترس کودک و والدین در محدوده سنی ۳ تا ۱۱ سال با استفاده از شاخص‌های مشابه پرداختند (لارا، ۲۰۱۲؛ کلاسن، ویرکامپ و هوگسترانت، ۲۰۰۷؛ آرتروپ، برگرن و بروبرگ، ۲۰۰۲؛ رانتاوری، زرمان، فرو و لاتنی، ۲۰۰۲؛ کلینبرگ، ۱۹۹۵؛ کریکن، ون ویک و تن کیت، ۲۰۱۳). که نتایج آنها با پژوهش‌های دیگر در همین زمینه مغایرت داشت. (فلایان، ادکویا، دیمی و یوفرنیت، ۲۰۰۲؛ سالم، کوشا، انیسیان و شهابی، ۲۰۱۲؛ کلاسن و همکاران، ۲۰۰۷؛ کویلیک، لمپینگ و رزینیکوف، ۱۹۹۲). در مورد ارتباط ترس دندانپزشکی با جنسیت پژوهش‌های مختلفی انجام شده که نتایج نشان داد دختران بیشتر از پسران ترس دندانپزشکی را نشان می‌دهند. (رادال، ویلگرام، وینستن، مانکل و کاک، ۱۹۹۵؛ کلینگریگ، ۱۹۹۵؛ شفییعی، ۱۳۷۸) و این در حالی است که مطالعات دیگر ارتباط نداشتن ترس دندانپزشکی با جنسیت را نشان دادند (چاپمن و کریبترنر، ۱۹۹۸؛ منصور، ۱۳۸۱).

با توجه به این نتایج ضروری به نظر می‌رسد که بررسی ارتباط ترس کودک و والد در گروه‌های سنی با دامنه محدود و براساس تکامل کودک با شاخص‌های معتبر انجام شود. با توجه به خصوصیات خاص این گروه سنی و محدود بودن پژوهش‌ها در این محدوده سنی، هدف از این پژوهش بررسی ارتباط ترس کودکان ۶ تا ۸ ساله با ترس والدین آنها از دندانپزشکی می‌باشد.

این پژوهش به دنبال بررسی فرضیه‌های زیر بود:

- ۱- بین ترس کودکان از دندانپزشکی و ترس والدین آنها رابطه وجود دارد.
- ۲- میزان ترس دختران و پسران از دندانپزشکی متفاوت است.
- ۳- بین ترس کودک از دندانپزشکی و میزان همکاری او با دندانپزشک حین درمان رابطه وجود دارد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی است و جامعه آماری آن را ۱۰۷ کودک

1. MC Donald & Avery

3. Cuthbert & Melamed

5. Christophorou, Lee & Humphris

7. Humphris, Morrison & Lindsay

9. Kyritisi, Dimou & Lygidakis

11. Artrup, Berggren & Broberg

13. Krikken, Van Wijk, Ten Cate

15. Salem, Kousha, Anissian & Shahabi

17. Radal, Milgrom, Weinstein, Mancl & Cauce

2. Childrens' Fear Survey Schedule –Dental Subscale

4. Corah, s Dental Anxiety Scale

6. Modified Dental Anxiety Scale

8. Frankle behavior rating scale

10. Klaassen, Veerkamp & Hoogstraten

12. Rantavuori, Zerman, Ferro & Lahti

14. Folayan, Adekoya- sofowara, Dotuyemi & Ufornate

16. Kopic, Lamping & Reznikoff

18. Chapman & Kirbyturner

شاخص تغییر یافته ترس دندانپزشکی^۴

شاخص تغییر یافته ترس دندانپزشکی همان شاخص تغییر یافته کورا است که پرسشی راجع به بی حسی موضعی به آن اضافه شده است. این پرسشنامه را اولین بار هامفریس و موریسون (۱۹۹۵) معرفی کردند. قسمت اول این پرسشنامه شامل خصوصیات فردی از جمله جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات و شغل والدین است و بخش دوم این پرسشنامه ترس از دندانپزشکی را در حالت های زیر در قالب ۵ سؤال بررسی می کند: اولین قرار ملاقات، هنگام انتظار، هنگام تراش دندان، هنگام جرم گیری و هنگام بی حسی موضعی. در روش ارزیابی این پرسشنامه هر پرسش ۵ جواب داشته که درجه ۱ مربوط به احساس آرامش و درجه ۵ مربوط به اضطراب است. نمره کل شامل محاسبه نمره های هر ۵ پرسش است که نمره کلی از ۵ تا ۲۵ می باشد. نمره های بالاتر یا مساوی ۱۹ بیمار بسیار مضطرب دندانپزشکی یا احتمالاً فوبیا دندانپزشکی^۵ را نشان می دهد (کریستی، دیمو و لیجیداکیس، ۲۰۰۹). پژوهش های مختلف به روایی و پایایی بالای این شاخص اشاره کرده اند (هامفریس، موریسون و لیندسی، ۱۹۹۵). آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۹ به دست آمده و پایایی بازآزمایی این پرسشنامه ۰/۸۲ گزارش شده است (هامفریس، موریسون و لیندسی، ۲۰۰۹). در ایران جوادی نژاد و همکاران (۲۰۱۱) پایایی بازآزمایی این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و روایی آن را از طریق همبستگی آن با مقیاس بررسی ترس کودکان - زیر شاخص دندانپزشکی ۰/۷۳ گزارش کردند. دو نمونه از پرسش های این پرسشنامه به این شرح است: در هنگام تراش دندان در دندانپزشکی چه احساسی دارید؟ در هنگام تزریق بی حسی موضعی برای دندان های خلفی بالا چه احساسی دارید؟

مقیاس رتبه ای رفتار فرانکل^۶: این پرسشنامه را که فرانکل در سال ۱۹۶۲ معرفی کرد، شاخص سنجش رتبه ای رفتار است و رفتارهای مشاهده شده حین درمان دندانپزشکی را به ۴ دسته تقسیم می کند و در طی مراحل درمانی متخصص دندانپزشکی کودکان آن را ثبت می کند. توصیف و توضیح ۴ رتبه به شرح زیر است:

رتبه ۱: کاملاً منفی^۷: سرپیچی از درمان، به شدت گریه می کند، ترسو است و یا هرگونه شواهدی از منفی گرایی شدید

رتبه ۲: منفی^۸: تمایل به قبول درمان ندارد، همکاری ندارد، شواهدی از رفتار منفی نشان می دهد ولی چشمگیر نیست (کم خفگی - کناره گیری)

(۵۲ دختر و ۵۵ پسر) ۶ تا ۸ ساله که در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ به همراه والدین خود به درمانگاه دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان مراجعه کردند، تشکیل دادند. این کودکان سالم و بدون مشکل روحی - روانی بوده و به روش نمونه گیری هدفمند یا در دسترس انتخاب شدند تا میزان ارتباط ترس در بین کودکان و والدین آنها سنجیده شود.

ابزار سنجش

پرسشنامه بررسی ترس کودکان - زیر شاخص دندانپزشکی^۱: برای ارزیابی استرس دندانپزشکی در کودک از پرسشنامه استاندارد و دقیق بررسی ترس کودکان - زیر شاخص دندانپزشکی استفاده شد. این پرسشنامه را اولین بار کاتبرت و ملامد در سال ۱۹۸۲ ارائه دادند. این پرسشنامه دارای ۱۵ مورد از وضعیت های مختلف دندانپزشکی است و نسبت به شاخص های دیگر ارزیابی استرس از دقت بالایی برخوردار است. در روش ارزیابی این پرسشنامه هر پرسش ۵ جواب دارد که درجه ۱ مربوط به احساس آرامش و درجه ۵ مربوط به اضطراب است. نمره کل شامل محاسبه نمره های هر ۵ پرسش است که امتیاز کلی هر فرد از ۱۵ تا ۷۵ متغیر می باشد. امتیاز مساوی یا بالاتر از ۳۵ نشان دهنده استرس دندانپزشکی در کودک است. پژوهش ها نشان دادند که پرسشنامه بررسی ترس کودکان - زیر شاخص دندانپزشکی از پایایی و روایی بالایی برای اندازه گیری استرس دندانپزشکی کودکان برخوردار است و از آنجا که تمام وضعیت های دندانپزشکی در آن عنوان شده، در اندازه گیری استرس دندانپزشکی کودکان از دقت بسیار بالایی برخوردار است (پینکهام^۲، ۱۹۹۵). آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۱۳ به دست آمد. در نمونه های یونانی پایایی درونی این پرسشنامه (آلفای کرونباخ) ۰/۸۵ و پایایی بازآزمایی این پرسشنامه ۰/۷۴ گزارش شده است (کنستانینوس، کولیک، امانوئل، کنسانوس^۳، ۲۰۰۸). قسمت اول این پرسشنامه شامل خصوصیات فردی کودک (سن، جنس، چندمین فرزند، سابقه کار دندانپزشکی) است و بخش دوم شامل ۱۵ پرسش در رابطه با جنبه های مختلف درمان دندانپزشکی است از جمله حضور شخصی با روپوش سفید، اجبار برای باز نگه داشتن دهان، صدای توربین هنگام تراش دندان که با مقیاس لیکرت از ۱ (نمی ترسم) تا ۵ (خیلی می ترسم) بررسی می شود. نمره کلی بین ۱۵ تا ۷۵ است. در این مطالعه نمره بالای ۳۵ ترس محسوب می شود (مک دونالد و اوری، ۲۰۱۱).

1. Children's Fear Survey Schedule -Dental Subscale
3. Konstantinos, Coolidge, Emanouil & Kotsanos
5. dental phobia
7. definitely negative

2. Pinkham
4. Modified Dental Anxiety Scale
6. Frankle Behavior Rating Scale
8. negative

جدول ۲- میانگین نمره‌های ترس کودکان به تفکیک دختر و پسر

مقیاس ترس کودکان - زیر شاخص دندانپزشکی		
میانگین	انحراف معیار	
۳۱/۸۴	۱۰/۵۰	دختر
۳۳/۲۹	۱۱/۲۳	پسر
$p=۰/۴۷$	$t=۰/۷۲$	

نتایج جدول ۲ آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره ترس در دختران و پسران با هم تفاوت معنادار نداشت ($P=۰/۴۷$) به این معنا که میزان ترس دختران و پسران از دندانپزشکی با هم تفاوت چندانی ندارد بنابراین فرضیه ۲ پژوهش تأیید شد.

جدول ۳- ارتباط بین نمره ترس کودکان و مقیاس رتبه‌ای رفتار فرانکل

ترس کودک براساس مقیاس CFSS	
R	P
-۰/۴۰۶	<۰/۰۰۱

میزان ترس کودک براساس مقیاس رتبه‌ای فرانکل

در جدول ۳ ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که بین نمره ترس کودکان براساس مقیاس CFSS-DS و میزان همکاری آنها با دندانپزشک براساس مقیاس رتبه ای رفتار فرانکل رابطه معکوس معنادار وجود داشت ($P<۰/۰۰۱$) و $r=-۰/۴۰۶$. به این معنا که هرچه ترس کودک از دندانپزشکی بیشتر باشد، میزان همکاری او با دندانپزشک کمتر می شود و فرضیه سوم پژوهش تأیید شد.

بحث

این پژوهش که با هدف بررسی رابطه بین ترس کودکان ۶ تا ۸ ساله از دندانپزشکی با ترس والدین آنها انجام شد، نشان داد که بین ترس کودکان از دندانپزشکی و ترس والدین آنها رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج این پژوهش همسو با پژوهش‌های مشابهی در این زمینه است که بر روی کودکان ۳ تا ۱۱ ساله با استفاده از شاخص‌های مشابه مطالعه حاضر انجام

رتبه مثبت^۱: درمان را قبول می‌کند، همزمان محتاط هم هست، تمایل بر موافقت با دندانپزشک دارد، همزمان شرط می‌گذارد، ولی از دستوره‌های دندانپزشک هم پیروی و با او همکاری می‌کند. رتبه^۴: کاملاً مثبت^۲: رابطه خوبی با دندانپزشک دارد، به اعمال دندانپزشکی علاقه مند است، می‌خندد و لذت می برد (مک دونالد و آوری، ۲۰۱۱). پژوهش‌ها این شاخص را به‌عنوان یکی از ابزارهای ارزیابی رفتار کودک حین درمان دندانپزشکی با بالاترین روایی و پایایی گزارش کرده اند (فرانکل، شیر و فوگل^۳، ۱۹۶۲).

روش اجرا و تحلیل

پس از اخذ رضایت از والدین، والد هر کودک در جلسه معاینه هر دو پرسش نامه بررسی ترس کودکان - زیر شاخص دندانپزشکی در مورد کودک و پرسشنامه تغییر یافته ترس دندانپزشکی در مورد خود را تکمیل کردند. متخصص دندانپزشکی کودکان مقیاس فرانکل را با توجه به رفتار کودک حین درمان دندانپزشکی ثبت کرد. داده‌ها از طریق محاسبه ضریب همبستگی پیرسون، ضریب همبستگی اسپیرمن و آزمون t مستقل با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ تحلیل شد.

یافته‌ها

جدول ۱- ارتباط بین نمره‌های ترس کودکان و ترس والدین براساس ضریب همبستگی پیرسون

ترس کودک براساس مقیاس ترس کودکان - زیر شاخص دندانپزشکی	
R	P
۰/۳۱۶	۰/۰۰۱

ترس والدین براساس مقیاس تغییر یافته ترس دندانپزشکی

در جدول ۱ ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره ترس کودکان براساس مقیاس ترس کودکان - زیر شاخص دندانپزشکی و نمره ترس والدین براساس مقیاس تغییر یافته ترس دندانپزشکی رابطه معنادار مستقیم وجود داشت (در سطح معناداری $P<۰/۰۰۵$) به عبارت دیگر هرچه ترس دندانپزشکی در والدین بیشتر شود، ترس دندانپزشکی در کودکان نیز بیشتر می‌شود و فرضیه اول پژوهش تأیید شد.

1. positive
3. Frankle, Shiere & Fogels

2. definitely positive

مطب را برای او به عنوان مجازات قلمداد نکنند. والدین برای راضی کردن طفل در مورد چگونگی درمان هیچ نوع وعده قبلی به کودک ندهند، چرا که این کار دندانپزشک را به شدت در تنگنا قرار می‌دهد. آگاه‌سازی والدین برای مراجعۀ هرچه زودتر به دندانپزشکی (۶ تا ۱۲ ماه ه) و مراجعۀ منظم هر ۶ ماه با مراجعۀ زودهنگام از مشکلات جدی پیشگیری شده و کودک از سنین پایین بدون تجربه‌ای ناخوشایند از دندانپزشکی با محیط آشنا شده و در آینده با دندانپزشک همکاری خواهد کرد. از محدودیت‌های مطالعۀ حاضر این بود که گروه‌های جداگانه از لحاظ مراجعۀ اولیه یا قبلی (اولین یا چندمین جلسۀ درمان) در نظر گرفته نشده بود.

در انتها پیشنهاد می‌شود که ارتباط ترس کودک و والدین در گروه‌های سنی مختلف دیگر بررسی و با هم مقایسه شود. همین‌طور پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای برای مقایسۀ ترس والدین و کودک در جلسۀ اول با مراجعات بعدی صورت گیرد و همچنین تأثیر عامل‌های مختلف ایجاد ترس و اضطراب دندانپزشکی در سنین مختلف مقایسه شود.

منابع

- شفیعی، ف (۱۳۷۸). بررسی میزان استرس تجربه شده در کودکان مراجعه‌کننده به بخش اطفال دانشکده دندانپزشکی براساس جدول پایان‌نامه دکترای حرفه‌ای دندانپزشکی، دانشگاه همدا CFSS-DS. منصور، خ. (۱۳۸۱). بررسی عوامل به وجود آوردندۀ اضطراب دندانپزشکی در کودکان ۶ ساله. پایان‌نامه دکترای حرفه‌ای دندانپزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
- Arapostathis, K.N., cooldige, T., Kotsanos, N., Emmanouil, D., Aristole, Un. (2006). Reliability and validity of the Greek version of the CFSS-DS. *European Archives of Pediatric Dentistry*, 7.
- Artrup, K., Berggren, U., Broberg, AG., & Bodin, L. (2004). A short term follow up of treatment out in groups of uncooperative child dental patients. *Europian Journal of Paediatric Dentistry*, 5, 216-224.
- Artrup, K., Berggren, U., Broberg, AG., Lundin, SA., & Hakeberg, M. (2002). Attitudes to dental care among parents of uncooperative child dental patients. *Europian Journal of Oral Science*, 110, 75-82.
- Black, B., & Logan, A. (1995). Links between communiication patterns in mother-child, father-child and chile-peer ineractions and childrens social status. *Child Development*, 66, 255-271.
- Buchaman, H., & Niven, V. (2002). Validation of a facialImage scale to assess child dental anxiety. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 12, 47-52.

شد (لارا ۲۰۱۲؛ کریتسی، ۲۰۰۹؛ کلاس، ۲۰۰۷؛ آرتروپ، ۲۰۰۲؛ رانتاوری، ۲۰۰۲؛ کلینبرگ، ۱۹۹۵). فلایان (۲۰۰۲) در مطالعۀ خود به این نتیجه رسید که ارتباط قابل توجهی بین ترس کودک و والدین وجود ندارد، احتمالاً دلیل تفاوت را می‌توان این‌گونه بیان کرد که گروه سنی مورد مطالعه متفاوت است و با توجه به تفاوت‌های رشدی - تکاملی کودکان می‌توان چنین نتیجه‌ای را انتظار داشت چون مطالعه بر روی گروه سنی ۸ تا ۱۳ ساله بوده و کودکان در این سنین سازش‌پذیری زیادی در برابر وضعیت‌های استرس‌زا دارند و به‌خوبی دستورهای دندانپزشک را انجام می‌دهند. کودکان در این سنین کاملاً از والدین خود مستقل هستند و آموخته‌اند که چگونه باید وضعیت‌های ناخوشایند را تحمل کنند. نتایج ناهمسوی پژوهش‌های دیگر با پژوهش حاضر (سال، ۲۰۱۲؛ کلاس، ۲۰۰۷؛ کولپک، ۱۹۹۲) را می‌توان ناشی از گستردگی دامق سنی و تفاوت در نحوه و ابزار اندازه‌گیری ترس در این مطالعات دانست. در این پژوهش بین نمرۀ ترس کودکان و همکاری آنها با دندانپزشک با توجه به مقیاس فرانکل رابطه معکوس معناداری وجود داشت، یعنی کودکانی که ترس بیشتری دارند کمتر با دندانپزشک همکاری می‌کنند. مطالعۀ کریستی (۲۰۰۹) و همکارانش در تأیید مطالعۀ اخیر است، آنها در نتایج پژوهش بیان کردند که ارتباط زیادی بین نمرۀ ترس کودک و رفتار و همکاری کودک حین درمان وجود دارد. در این پژوهش در مورد ترس کودک از دندانپزشکی و ارتباط آن با جنسیت کودک، رابطه معناداری مشاهده نشد، که همسو با پژوهش‌های چاپمن (۱۹۹۸) و منصور (۱۳۸۱) در این زمینه می‌باشد. در حالی که در چند پژوهش دیگر (رادال، ۱۹۹۵؛ کیلینگرگ، ۱۹۹۵؛ شفعی، ۱۳۷۸) در این زمینه این ارتباط معنادار دیده شده است و در دختران ترس بیشتر از پسران گزارش شده است. در مطالعۀ رادال دلیل ناهمسویی نتایج را می‌توان نامنی و مشکلات اجتماعی دانست که در جامعۀ مورد مطالعه وجود دارد و رادال در مطالعۀ خود به این مطلب اشاره کرده است. در مورد مطالعات دیگر می‌توان این‌چنین گفت که دختران و پسران در سنین مختلف روحیات و خصوصیات متفاوت دارند و می‌توانند واکنش‌های متفاوت داشته باشند. با توجه به نتایج این پژوهش در ارتباط بین ترس والدین با ترس کودکان از دندانپزشکی می‌توان مواردی را برای کاهش ترس کودک مطرح کرد: استفاده از شاخص‌های بررسی اضطراب چه در کودک و چه والدین باعث شناسایی بیماران مضطرب می‌شود و دندانپزشک و گروه درمانی از قبل، تمهیدات لازم برای برخورد با این‌گونه بیماران را مهیا می‌کنند. والدین هرگز کودک را از دندانپزشکی نترسانند و رفتن به

- Chapman, HR., & Kirbyturner, N. (1998). Dental fear in children proposed model. *British Dental Journal*, 187, 408-412.
- Christophorou, S., Lee, GTR., & Humphris, GH. (2000). The reliability and validity of the Modified Child Dental Anxiety Scale: a study of Greek Cypriot school children. *European Journal of Pediatric Dentistry*, 1, 75-81.
- Cuthbert, M.I., & Melamed, BG. (1982). A screening device: children at risk for dental fears and management problems. *Journal of Dentistry for Children*, 49, 432-436.
- Dumas, J., Lafreniere, P., & Seketich, W. (1995). Balance of powers a transactional analysis of control in mother-child days involving socially competent, aggressive and anxious children. *Journal of Abnormal Psychology*, 104-117.
- Folayan, MO., Adekoya- sofowara, CA., Dotuyemi, O., & Ufornate, D. (2002). Parental anxiety as a possible predisposing factor to child dental anxiety in patients seen in a suburban dental hospital in Nigeria. *inter National Journal of Paediatric Dentistry*, 12, 255-259.
- Frankle, SN., Shiere, FR., & Fogels, HR. (1962). Should the parent remain with the child in dental operator? *Journal of Dentistry for Children*, 29, 150-163.
- Freeman, R. (2007). A fearful child attends: a psychoanalytic explanation of children's responses to dental treatment. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 17, 407-418.
- Humphris, G., Dyer, TA., & Robinson, PG. (2009). The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age. *BioMed Central Oral Health Journal*, 9-20.
- Humphris, G., Morrison, T., & Lindsay, S. (1995). The modified dental anxiety scale : UK norms and evidence for validity. *Community Dental Health Journal*, 12, 143-150.
- Javadinejad, Sh., Farajzadegan, Z., Madahian, M. (2011). Iranian version of a face version of the Modified Child Dental Anxiety Scale. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 16, 872- 877.
- Klaassen, MA., Veerkamp, JS., & Hoogstraten, J. (2007). Dental fear communication, and behavioural management problems in children referred for dental problems. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 17, 769-477.
- Klinberg, G. & Berggren, U. (1995). Child dental fear: cause related factors and clinical effects. *European Journal of Oral Science*, 103, 405-412.
- Klingberg, G. (2009). Dental fear and behavior control problems. In G. P. Koch, *Pediatric Dentistry: A clinical approach* (p. 47). Wiley-Blackwell.
- Konstantinos, N., Coolidge, T., & Emanouil, D., & Kotsanos, N. (2008). Reliability and validity of the greek version of the children's fear survey schedule-dental subscale. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 5, 374-379.
- Koplik, EK., Lamping, DL., Reznikoff, M. (1992). The relationship of mother- child coping styles and mothers presence on children s response to dental stress. *Journal of Psychology*, 126, 79-92.
- Krikken, JB., Van Wijk, AJ., Ten Cate, JM., & Veerkamp, JS. (2013). Measuring dental fear using the CFSS-DS. Do children and parents agree? *International Journal of Paediatric Dentistry*, 23, 94-100.
- Kyritisi, MA., Dimou, G., & Lygidakis, NA. (2009). Parental attitudes and perceptions affecting childrens dental behavior in Greek population, A clinical study. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 10, 29-32.
- Lara, A., Crego, A., & Romero-Maroto, M. (2012). Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of fear. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 22, 324 -330.
- McDonald, R.A., & Avery David, R. (2011). *Dentistry for child and adolescent*. Indiana: Patricia Tannian.
- Moore, R., Brodsgaard, I., & Birn, H. (1991). Manifestations, acquisition and diagnostic categories of dental fear in a self-referred population. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 29, 51- 60.
- Pinkham, Y. (1995). *Personality development managing behavior of the cooperative preschool child*. North America.
- Raadal, M., Milgrom, P., Weinstein, P., Mancl, L., & Cauce, AM. (1995). The prevalence of dental anxiety in children from low income families and its relationship to personality traits. *Journal of Dental Research*, 74, 1439-1443.
- Rantavuori, K., Zerman, N., Ferro, R., & Lahti, S. (2002). Relationship between childrens first dental visit and their dental anxiety in the Veneto Region of Italy. *Acta Odontologica Scandinavica*, 60, 297-300.
- Salem, K., Kousha, M., Anissian, A., Shahabi, A. (2012). Dental Fear and Concomitant Factors in 3-6 Year-old Children.. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*, 6, 70-74.
- Tenberge, M., Veerkamp, J., Hoogstaraten, J., & Prince, P.J. (2003). childhood dental fear in relation to parental child fearing attitudes. *Psychological Reports Journal*, 43-50.
- Themessl-Huber, M., Freeman, R., Humphris, G., MacGillivray, S., & Terzi, N. (2010). Empirical evidence of the relationship between parental and child dental fear: a structured review and meta-analysis. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 20, 83-101.