Evaluation of relationship between the children's dental fear and cooperation during dental treatment with the parents' general health

Original Article

Abstract

Background: The children's cooperation level affects choosing the appropriate treatment plan and the outcome. Undoubtedly, they have the most communication with parents, whose attention towards the children's oral health is increasingly growing. This study evaluated the relationship between the children's dental fear and cooperation with their parents' general health.

Materials and methods: This cross-sectional descriptive study was done on 193 children in two age groups of 4-6 and 6-12-year-old. The Children's Fear Survey Schedule Dental Subscale (CFSS-DS) and Frankle's behavior rating scale were used to respectively assess the children's dental fear and degree of cooperation with dental examinations and practices. Moreover, the parents' personality traits and general health was assessed by using the General Health Questionnaire (GHQ). Statistical analyses were done by using SPSS software through T-test and ANOVA.

Results: The parents' general health rate was 68.2% in the group with dental fear and 65.9% in the group who had no dental fear, with no significant difference. Nor was it correlated with the child's cooperation level (P=0.830). Dental fear was not correlated with sex, as it was reported by 14.2% of boys and 8.1% of girls (P=0.193). However, Frankle's rate revealed a significant correlation between the children's age and cooperation; the older group being far more cooperative than the youngers (P=0.02).

Conclusion: The current findings revealed that there is no significant relationship between the parents' general health and the children's cooperation. Yet, the children's age is directly correlated with their level of cooperation.

Keywords: Anxiety, Dentistry, Dental Fear, General Health, Cooperation

Saeid Baghi[1*]
Mohammad Amin Amareh[2]
Raha Heirat[3]
Abdullah Hajivandi[4]
Yasmina Alizadeh[2]

1. (DDS, MSC), Pedondontist

2. Dentistry student at Bushehr University of Medical Science

3. (DDS,MSC), Oromaxilofacial Radiologist

4. Statistician, Faculty Member of Bushehr University of Medical Science

Corresponding Author:

dr.saeidb@gmail.com

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.2.37]

بررسی رابطه‌ی بین ترس و همکاری کودکان در هنگام انجام درمان های دندانپزشکی با سلامت عمومی والدین

تحقیقی

چکیده

زمینه و هدف: امروزه، توجه والدین به سلامت کودکان، افزایش پیدا کرده است. میزان همکاری کودکان در انتخاب روش درمانی مناسب تاثیر به سزایی دارد. افرادی که بیشترین تماس را با کودکان دارند، والدین آن‌ها می باشند. در این مطالعه ما به بررسی ارتباط بین ترس و همکاری کودکان با سلامت عمومی والدین آن‌ها پرداخته ایم.

مواد و روش ها: در این مطالعه مقطعی توصیفی۱۹۳کودک در دو گروه سنی ۴تا۶ و ۶تا۱۲ ساله مراجعه کننده به یک مطب خصوصی مورد بررسی قرار گرفتند. در ابتدا برای ارزیابی ترس از دندانپزشکی از پرسشنامه ی استاندارد ترس در شاخه دندانپزشکی (CFSS-DS) استفاده‌شد. برای بررسی میزان همکاري کودك براي معاينات و اقدامات دندانپزشكي از شاخص همکاری فرانکل استفاده شد. درنهايت ويژگي‌هاي شخصيتي و سلامت عمومی والدین با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومي (GHQ) بررسی‌گردید. نتایج بعد از جمع‌آوری توسط نرم افزار SPSS مورد اررزیابی قرار گرفت.

یافته ها: : با توجه به نتایج، در رابطه با همکاری و سلامت عمومی، میزان سلامت عمومی والدین با افزایش همکاری کودک، ارتباطی مشاهده نمی‌شود (P = 0.830). رابطه ترس کودکان با جنسیت آن‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت که در دوگروهی که ترس داشتند و نداشتند، تفاوت معناداری از لحاظ آماری مشاهده نشد. (P = 0.193). در مقایسه‌ی انجام شده بین همکاری کودکان و سن آن‌ها، در دوگروه سنی، میزان همکاری با افزایش سن، افزایش پیدا کرد که ازلحاظ آماری نیز قابل توجه بود (P=0/02).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج، در ارتباط با سلامت عمومی والدین و ترس و همکاری کودکان، ارتباط معناداری مشاهده نشد. اما نشان داده شد که با افزایش سن کودکان میزان همکاری آن‌ها نیز افزایش پیدا می‌کند.

کلمات کلیدی: اضطراب، دندانپزشکی، ترس، سلامت عمومی، همکاری

سعید باقی[1*]
محمدامین آماره[2]
رها حیرت[3]
عبدالله حاجی‌وندی[4]
یاسمینا عالی‌زاده[2]

۱. دندانپزشک، دکترای تخصصی دندانپزشکی کودکان
۲. دانشجوی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
۳. دندانپزشک، دکترای تخصصی رادیولوژی دهان و فک وصورت
۴. مشاور آمار، عضو هیآت علمی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
نویسنده مسئول:
دکتر سعید باقی
dr.saeidb@gmail.com
تاریخ دریافت: ۹۶/۶/۳۰
تاریخ پذیرش: ۹۷/۳/۲۵

مقدمه: برای انجام معاینه و درمان‌های دندانپزشکی با کیفیت مطلوب برای کودکان و همچنین القای نگرش مثبت نسبت به این درمان‌ها در آن‌ها، آگاهی و شناخت درست از رفتار کودکان و عوامل موثر بر آن اهمیت اساسی دارد(۱). کودکان و نوجوانان تفاوت‌های زیادی در بلوغ، شخصیت، خلق‌وخو و عواطف نشان می‌دهند که به تفاوت در توانایی آن‌ها در تحمل شرایط دندانپزشکی منجر می‌شود. برای بسیاری از کودکان ملاقات با دندانپزشکی استرس زاست. این موضوع از آن‌جا ناشی می‌شود که این ملاقات با چندین عامل محرک استرس مانند دیدن فرد ناآشنا، صداها و مزه‌های عجیب، اجبار برای درازکشیدن روی صندلی دندانپزشکی، ناراحتی و حتی درد همراه است. ترس از دندانپزشکی در حدود ۲ تا ۲۵ درصد گزارش شده است(۲). اضطراب و ترس از دندانپزشکی در کودکان روندی فعال بوده و عوامل زیادی بر آن تاثیر می‌گذارند و عواملی همچون جنس، سن، سابقه بستری شدن در بیمارستان، اضطراب

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.29252/ijpd.13.2.37]

آشکار کودک و اضطراب مادر اثر قابل توجهی بر این ترس و اضطراب دارند (۳). این عوامل را می‌توان در سه گروه اصلی شامل عوامل فردی (مربوط به بلوغ و خلق و خوی کودک)، عوامل بیرونی (مربوط به والدین و خواهر و برادر ودوستان کودک) و عوامل مربوط به گروه دندانپزشکی قرار داد (۲). در ارتباط با عوامل بیرونی، ترس از طریق یادگیری اجتماعی از خواهر و برادر، خویشاوندان و دوستان انتقال می‌یابد. والدین نیز علاوه بر انتقال احساس ترس به کودکان، گاهی با بیان تجربیات منفی خود به نمونه‌ای زنده و کاملا منفی برای کودکان تبدیل می‌شوند (٤). در مطالعات مختلف انجام شده تاکید شده است که ویژگی‌های شخصیتی والدین و روش‌های تربیت کودک، تعیین کننده اولیه شخصیت و رفتارهای اجتماعی کودک تلقی می شود (۵). رفتار کودکان در مطب دندانپزشکی، قویا به خواسته‌ها، ترجیحات و شیوه ی زندگی والدین وابسته است. عدم موفقیت والدین در تعیین حد در رفتار کودکان، اصلی ترین مشکل تربیتی کودکان است (٦). اضطراب و ترس پیامدهایی را برای بیمار و دندانپزشک به دنبال دارد به این صورت که اضطراب از دندانپزشکی می‌تواند موجب عدم رسیدگی به بهداشت دهان همچنین بروز مشکلاتی مانند درد، عفونت، از دست دادن دندان‌های شیری و دائمی و به هم ریختگی سیستم دندانی کودک شود. اضطراب هر چند در درجات اندک، می‌تواند باعث مراجعات نامنظم و عدم پیگیری درمان گردد، این اضطراب در سطح وسیع‌تر باعث مشکلات عدیده‌ای همچون اختلال در خواب، افکار منفی و احساس اعتماد به نفس پایین می‌شود (۷). انجام درمان موفق دندانپزشکی برای کودکان نه تنها به مهارت دندانپزشک بستگی دارد، بلکه نیازمند برقراری ارتباط با کودک و نیز حفظ همکاری می‌باشد (۸). تکنیک‌های مختلفی برای کنترل اضطراب دندانپزشکی وجود دارد که شامل استفاده از داروهای خواب‌آور و آرام‌بخش، روش‌های کنترل رفتار و تلفیقی از هر دو روش می‌باشد. همچنین استفاده از روش‌های آروماتراپی در بعضی از موارد در کنترل اضطراب موثر بوده‌است (۷). یکی از روش‌های بررسی میزان استرس کودکان استفاده از پرسشنامه Children Fear Survey Schedule Dental Subscale (CFSS-DS) است که یک پرسشنامه استاندارد و دقیق که شامل ۱۵ سوال است، برای ارزیابی استرس دندانپزشکی در کودکان می‌باشد (۹). از طرف دیگر سلامت روانی والدین نیز می‌تواند در تربیت کودکان و آمادگی ذهنی آن‌ها برای حضور در محیط دندانپزشکی موثر باشد و معمولاً برای بررسی این امر از پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q) که متشکل از ۲۸ سوال است و به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه‌ی اخیر می‌پردازد، استفاده می‌شود (۱۰). برای بررسی میزان همکاری کودکان از مقیاس رتبه ای رفتار فرانکل استفاده می‌شود (٦). در پژوهشی، بدست آمد که ترس والدین می‌تواند بر روی ترس دندانپزشکی کودک و درجه همکاری او با دندانپزشک تاثیر بگذارد (۲). در پژوهشی دیگر، ویژگی‌های روانی رفتاری مادر، در اولین جلسه ملاقات با دندانپزشک، بیشترین تاثیر را بر رفتار کودک در کلینیک دندانپزشکی نشان می‌دهد (۱). در تحقیقی، ترس کودکان قویا با پوسیدگی‌های درمان نشده و تجربه‌ی درمان دندانپزشکی و با میزان ترس والدین بدست آمد (۱۱). در پژوهشی دیگر، میزان تجربه پوسیدگی کودکان به سطح تحصیلات والدین (بخوصوص مادران) وابسته‌است (۱۲). در این مطالعه ما به ارتباط بین ترس و همکاری کودکان در دندانپزشکی با سلامت عمومی والدین پرداخته‌ایم تا با استفاده از نتایج آن میزان همکاری کودکان را افزایش دهیم.

روش بررسی: در این پژوهش توصیفی –مقطعی ۱۹۳ کودک از مراجعین به یک مطب خصوصی دندانپزشکی به همراه پدر یا مادر انتخاب شدند و هر کودک توسط دندانپزشک معاینه و درمان شد . در این مطالعه کودکان ٤تا۱۲ ساله که به همراه والدین خود به مطب دندانپزشکی اطفال (با ظاهر و وسایلی که برای کودکان جذاب بود) مراجعه کردند، مورد ارزیابی قرارگرفتند. از والدینی که تمایل به همکاری در طرح را داشتند استفاده شد. همچنین کودکان در بین جلسات اول (ویزیت) و دوم (درمان) در مطب دیگری ویزیت یا درمان نشده بودند. کودکانی که دارای مشکل ذهنی و جسمی بوده وکودکانی که نیاز به کار دندانپزشکی زیر بیهوشی داشتند از مطالعه حذف شدند. والدینی که توانایی خواندن و نوشتن نداشتند یا کودکان خود را صرفا برای ویزیت و معاینه اول آورده بودند

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.2.37]

مورد مطالعه قرار نمی‌گرفتند. کودکانی که تجربه‌ی بد قبلی از دندانپزشکی داشتند یا نیاز به درمان اورژانسی بین جلسات پیدا می‌کردند از مطالعه حذف شدند. در ابتدا برای ارزیابی ترس از دندانپزشکی با استفاده از پرسشنامه ی استاندارد Children Fear Survey Schedule Dental Subscale (CFSS-DS) که در سال ۱۹۸۲ ارایه شد ازکودکی که قبلا سابقه حضور در مطب را داشته است پرسش می‌شد. این پرسشنامه شامل ۱۵ مورد از وضعیتهای مختلف دندانپزشکی است و نسبت به شاخص‌های دیگر ارزیابی استرس از دقت بالایی برخوردار است. در روش ارزیابی این پرسشنامه هر پرسش ۵ جواب دارد که درجه۱ مربوط به احساس آرامش و درجه ۵ مربوط به اضطراب است. نمره کل مربوط به جمع نمره های ۱۵ سوال می‌باشد که امتیاز کلی هر فرد از ۱۵ تا ۷۵ متغیر است. امتیاز مساوی یا بالای ۳۵ نشان دهنده ی استرس دندانپرشکی در کودکان باشد. پژوهش‌ها نشان دادند که پرسش نامه‌ی بررسی ترس کودکان–زیرشاخه دندانپزشکی از پویایی و روایی بالایی برای اندازه گیری استرس دندانپرشکی کودکان برخوردار هستند (۹, ۱۳–۱۷). برای بررسی میزان همکاری کودک برای معاینات و اقدامات دندانپزشکی از شاخص سنجش رتبه‌ای رفتار فرانکل استفاده می‌شد که در سال ۱۹۶۲ توسط فرانکل معرفی شده است. این شاخص، رفتارهای مشاهده شده حین درمان دندانپزشکی را به ٤ دسته تقسیم می‌کند و در طی مراحل درمانی متخصص دندانپزشکی کودکان آن را ثبت می‌کند، که توصیف و توضیح به شرح زیر است:
رتبه ۱، کاملا منفی: سرپیچی از درمان، به شدت گریه می‌کند، ترسو است و یا هر گونه شواهدی از منفی گرایی شدید.
رتبه ۲، منفی: تمایل به قبول درمان ندارد، همکاری نمی‌کند، شواهدی از رفتار منفی نشان می‌دهد ولی چشم گیر نیست (کج خلقی–کناره گیری)

رتبه ۳، مثبت: درمان راقبول دارد، همزمان محتاط هست، تمایل بر موافقت با دندانپزشک دارد، همزمان شرط می‌گذارد، ولی از دستورات دندانپزشک هم پیروی و با او همکاری می کند.

رتبه ٤، کاملا مثبت: رابطه ی خوبی با دندانپزشک دارد، به اعمال دندانپزشکی علاقه دارد، می‌خندد و لذت می‌برد(۱۸).

پژوهش‌ها این شاخص را به عنوان یکی از ابزارهای ارزیابی رفتار کودک حین درمان دندانپزشکی با بالاترین روایی و پایایی گزارش کرده‌اند (۱۹). در نهایت ویژگی‌های شخصیتی و سلامت عمومی والدین با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) بررسی گردید. این پرسشنامه اولین بار توسط گلدبرگ (۱۹۷۲)، تنظیم گردید. پرسشنامه اصلی دارای ٦۰ سوال بود که ما در اینجا از فرم ۲۸ سوالی که توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی شده است، استفاده کردیم که به نظر محققین این پرسشنامه از روایی و پایایی بالایی برخوردار است (۱۰). پرسشنامه با سوال‌های مربوط به علایم جسمانی شروع می‌شد و در ادامه سوال هایی که بیشتر علایم روانشناسی را مطرح می‌کنند ارایه شد. پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی از ٤ خرده آزمون تشکیل شده بود که هر کدام از آن‌ها دارای ۷ سوال بود. سوال‌های هر خرده آزمون به ترتیب پشت سر هم آمده است، به نحوی که از سوال ۱ تا ۷ مربوط به خرده آزمون نشانه‌های جسمانی، از سوال ۸ تا ١٤ مربوط به خرده آزمون اضطراب و بی‌خوابی، سوال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به خرده آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی و از۲۲ تا ۲۸ مربوط به خرده آزمون افسردگی بود. در خورده آزمون نشانه‌های جسمانی وضعیت سلامت عمومی و علایم جسمانی که فرد در یک ماه گذشته تجربه کرده بود مورد بررسی قرار گرفت. نمراتی که افراد به دست می‌آوردند، در سه گروه تقسیم شد. اگر نمره فرد بین ۰–۹ باشد، فرد دارای سلامت جسمی است. بین ۱۰–۱۵ فرد دارای سلامت جسمی متوسط است، یعنی این افراد کم و بیش دچار علایم جسمی ناشی از شرایط نامطلوب روانی می‌باشد و در نهایت بین ١٦–۲۱ نشان دهنده شدت علایم بیماری‌های روان تنی است. در خورده آزمون اضطراب و بی خوابی از علایم و نشانه‌های بالینی اضطراب شدید، تحت فشار بودن، عصبانیت و دلشوره، بی‌خوابی و داشتن وحشت و هراس ارزیابی به عمل آمد. نمرات افراد بین ۰–۹ یعنی فرد از لحاظ آرامش و کنترل اضطراب در وضعیت

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.29252/ijpd.13.2.37]

مطلوبی است. بین ۱۰-۱۵ یعنی فرد گاهی با مشکلات اضطرابی مواجه می‌شود و بین ۱۶-۲۱ فرد دارای اضطراب شدید در موقعیت‌های مختلف است که متوجه می‌شود و فرد باید روش‌های کنترل اضطراب را فرا بگیرد. در خورده آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی، توانایی فرد در انجام کار های روزمره، داشتن قدرت تصمیم‌گیری، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن در زندگی و لذت بردن از فعالیت‌های روز مره مورد بررسی قرارگرفت. نمرات بین ۰- ۹ یعنی فرد از سلامت کامل در روابط میان فردی و ارتباطات اجتماعی برخوردار بود. ۱۰-۱۵ یعنی سلامت نسبی در روابط میان فردی و ارتباطات اجتماعی و در نهایت ۱۶-۲۱ یعنی فرد دارای مشکلاتی در روابط اجتماعی است و نیاز به یادگیری مهارت‌های میان فردی است و در آخر در خورده آزمون افسردگی، علایم ویژه افسردگی از جمله احساس ناامیدی، احساس بی ارزش بودن زندگی، داشتن افکار خودکشی و آرزوی مردن، احساس بی ارزشی و ناتوانی در انجام کارها مورد ارزشیابی قرارگرفت. نمرات بین ۰-۹ نشانه سرزندگی و نشاط در زندگی روزمره، ۱۰-۱۵ نشانه این است که فرد گاهی اوقات دچار افسردگی می‌شود که تغییر در روش زندگی به این افراد توصیه می‌شود و نمره ۱۶-۲۱ افرادی هستند که گاه دچار افسردگی می‌شود. لذا مراجعه به متخصص روان شناس اکیدا توصیه می‌شود. مجموع امتیازات افراد در نهایت این گونه می‌شود: ۰-۲۱ فرد به لحاظ سلامت روانی در وضعیت مطلوب به سر می‌برد. ۲۲-۴۲ سلامت روانی فرد در برخی حوزه‌ها در معرض تهدید و آسیب قرار دارد. ۴۲-۶۳ سلامت روانی در بسیاری از موارد آسیب دیده و فرد باید حتی به فکر بهبود شرایط زندگی و سلامت روانی خود باشد. ۶۴ -۸۴ یعنی وضعیت وخیم سلامت روانی، که مراجعه به متخصص روان شناسی اکیدا توصیه می‌شود. ترجمه رفرنس اصلی این پرسش نامه‌ها از سوی محقق مورد تحقیق قرار گرفته و تایید گردیده است (۲۰). در پایان از روش‌های آماری ارتباط بین ترس و همکاری کودک با سلامت عمومی والدین مورد بررسی قرارگرفت. نتایج بعد از جمع‌آوری توسط نرم افزار SPSS ویرایش ۲۴ برای مقایسه میانگین‌ها در دو گروه از آزمون t و بیش از دو گروه از آنالیز واریانس استفاده گردید. همچنین برای بررسی ارتباط متغیرهای گروه بندی شده در جداول دو بعدی از آزمون خی دو (کای استوار) استفاده شد.

یافته ها: در این مطالعه توصیفی- مقطعی تعداد ۱۹۳ کودک ۴ تا ۱۲ ساله به تفکیک ۱۰۷ دختر (۵۵/۴ ٪) و ۸۶ پسر (۴۴/۶ ٪) مورد بررسی قرار گرفتند. طبق پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده، ارتباط بین ترس وهمکاری کودک و سلامت عمومی والدین مورد بررسی قرارگرفت. با توجه به نتایج جدول در گروه کودکانی که ترس دارند، سلامت عمومی والدین ۶۸/۲ ٪ و در گروهی که ترس ندارند، سلامت عمومی والدین ۶۵/۹٪ می‌باشد که تفاوت معناداری در دو گروه مشاهده نمی‌شود (P=0.830). در رابطه با همکاری و سلامت عمومی، کودکان با همکاری کاملاً منفی، ۶۶/۷٪ والدین سلامت عمومی دارند و همکاری منفی، ۷۳/۹٪ سلامت عمومی در والدین مشاهده می‌شود. در همکاری مثبت، ۷۲/۹٪ و در همکاری کاملاً مثبت، ۵۹/۸٪ والدین از سلامت عمومی برخوردارند که تفاوت معناداری در این ۴ دسته مشاهده نمی شود (P=0.286). نتایج بررسی سلامت عمومی والدین و ترس و همکاری به طورکامل در جدول ۱ آورده شده‌است. در بررسی‌های انجام شده بین خرده آزمون‌های سلامت عمومی و ترس، در خرده آزمون نشانه‌های جسمانی، در افراد دارای سلامت جسمانی (گروه ۰-۹)، کسانی که ترس نداشتند، ۱۴۸ (۹۰/۲ ٪) نفر و کسانی که ترس داشتند ۱۶ (۹/۸ ٪) نفر بودند. درگروه افراد با سلامت جسمی متوسط (۱۰-۱۵)، تعداد ۱۸ (۷۵/۰ ٪) نفر ترس نداشتند و ۱۶ (۹/۸ ٪) نفر ترس داشتند و در آخر، در گروه افراد با سلامت جسمانی نامطلوب (۱۶-۲۱)، تعداد ۴ (۱۰۰/۰ ٪) نفر فقط ترس نداشتند که این یافته ها از لحاظ آماری معنادار نبود (P=0.070). سایر یافته‌ها در جدول ۲ آورده شده است.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.2.37]

جدول شماره ۱: مقایسه‌ی سلامت عمومی والدین باترس و همکاری کودک

متغیر		سلامت عمومی		P-value
		ندارد	دارد	
ترس	دارد	(٪ ۳۱/۸) ۷	(٪ ٦٨/٢) ١٥	۰/۸۳۰
	ندارد	(٪ ٣٤/١) ٥٨	(٪ ٦٥/٩) ١١٢	
همکاری (فرانکل)	-۲/۰۰	(٪۳۳/۳) ۱	(٪٦٦/٧) ٢	۰/۲۸٦
	-۱/۰۰	(٪۲٦/١) ٦	(٪٧٣/٩) ١٧	
	+۱/۰۰	(٪۲۷/۱) ۱۹	(٪٧٢/٩) ٥١	
	+۲/۰۰	(٪٤٠/٢) ٣٩	(٪٥٩/٨) ٥٨	

جدول شماره ۲: مقایسه‌خرده‌آزمون‌های سلامت عمومی با ترس

متغیر (خرده آزمون)		ترس		P-value
		ندارد	دارد	۰/۰۷۰
نشانه‌های جسمانی	۹-۰	(٪۹۰/۲) ۱۴۸	(٪۹/۸) ۱۶	
	۱۵-۱۰	(٪۷۵/۰) ۱۸	(٪۲۵/۰) ۶	
	۲۱-۱۶	(٪۱۰۰/۰) ۴	(٪۰/۰) ۰	
اضطراب و بی‌خوابی	۹-۰	(٪۸۸/۰) ۱۳۹	(٪۱۲/۰) ۱۸	۰/۵۹۵
	۱۵-۱۰	(٪۹۱/۲) ۳۱	(٪۸/۸) ۳	
	۲۱-۱۶	(٪۰/۰) ۰	(٪۰/۰) ۰	
اختلال در عملکرد اجتماعی	۹-۰	(٪۸۷/۶) ۱۵۶	(٪۱۲/۴) ۲۲	۰/۱۶۲
	۱۵-۱۰	(٪۱۰۰/۰) ۱۴	(٪۰/۰) ۰	
	۲۱-۱۶	(٪۰/۰) ۰	(٪۰/۰) ۰	
افسردگی	۹-۰	(٪ ۸۸/۴) ۱۶۰	(٪۱۱/۶) ۲۱	۰/۸۰۰
	۱۵-۱۰	(٪ ۹۰/۹) ۱۰	(٪۹/۱) ۱	
	۲۱-۱۶	(٪ ۰/۰) ۰	(٪۰/۰) ۰	

در بررسی‌های انجام شده بین خرده آزمون‌های سلامت عمومی و همکاری، در خرده آزمون نشانه‌های جسمانی، در افراد دارای سلامت جسمانی (گروه ۰-۹)، کسانی که همکاری کاملا منفی داشتند، ۲ (۱/۲٪)، همکاری منفی ۲۰ (۱۲/۱ ٪)، همکاری مثبت ٦٣ (۳۸/۲ ٪) و همکاری کاملا مثبت ۸۰ (٤٨/٥ ٪) بودند. درگروه افراد با سلامت جسمی متوسط (۱۰-۱۵)، ۱ (٤/٢ ٪) نفر همکاری کاملا منفی، ۳ (۱۲/۵ ٪) افراد همکاری منفی، ۷ (۲۹/۲ ٪) افراد همکاری مثبت و ۱۳ (٥٤/٢ ٪) افراد همکاری کاملا مثبت را از خود نشان دادند و در آخر، در گروه افراد با سلامت جسمانی نامطلوب (۱٦-۲۱)، فقط ٤ (۱۰۰/۰ ٪) افراد همکاری کاملا مثبت را نشان دادند، که این یافته ها از لحاظ آماری معنادار نبود (P=0.443) سایر یافته‌ها در جدول ۳ آورده شده است.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.2.37]

جدول شماره ۳: مقایسه‌خرده‌آزمون‌های سلامت عمومی با همکاری(فرانکل)

متغیر (خرده‌آزمون)		همکاری(فرانکل)				P-value
		-۲/۰۰	-۱/۰۰	+۱/۰۰	+۲/۰۰	۰/٤٤۳
نشانه‌های جسمانی	۹-۰	۲ (٪۱/۲)	۲۰ (٪۱۲/۱)	٦۳ (٪۳۸/۲)	۸۰ (٪٤۸/۵)	
	۱۵-۱۰	۱ (٪٤/۲)	۳ (٪۱۲/۵)	۷ (٪۲۹/۲)	۱۳ (٪۵٤/۲)	
	۲۱-۱٦	۰ (٪۰/۰)	۰ (٪۰/۰)	۰ (٪۰/۰)	٤ (٪۱۰۰/۰)	
اضطراب و بی‌خوابی	۹-۰	۲ (٪۱/۳)	۲۰ (٪۱۲/٦)	۵۹ (٪۳۷/۱)	۷۸ (٪٤۹/۱)	۰/۷۳۵
	۱۵-۱۰	۱ (٪۲/۹)	۳ (٪۸/۸)	۱۱ (٪۳۲/٤)	۱۹ (٪۵۵/۹)	
	۲۱-۱٦	۰ (٪۰/۰)	۰ (٪۰/۰)	۰ (٪۰/۰)	۰ (٪۰/۰)	
اختلال در عملکرد اجتماعی	۹-۰	۳ (٪۱/۷)	۲۱ (٪۱۱/۷)	٦۸ (٪۳۸/۰)	۸۷ (٪٤۸/٦)	۰/۳۰۰
	۱۵-۱۰	۰ (٪۰/۰)	۲ (٪۱٤/۳)	۲ (٪۱٤/۳)	۱۰ (٪۷۱/٤)	
	۲۱-۱٦	۰ (٪۰/۰)	۰ (٪۰/۰)	۰ (٪۰/۰)	۰ (٪۰/۰)	
افسردگی	۹-۰	۳ (٪۱/٦)	۲۲ (٪۱۲/۱)	٦۷ (٪۳٦/۸)	۹۰ (٪٤۹/۵)	۰/۸۱۷
	۱۵-۱۰	۰ (٪۰/۰)	۱ (٪۹/۱)	۳ (٪۲۷/۳)	۷ (٪٦۳/٦)	
	۲۱-۱٦	۰ (٪۰/۰)	۰ (٪۰/۰)	۰ (٪۰/۰)	۰ (٪۰/۰)	

رابطه ترس کودکان با جنسیت و سن کودکان و همچنین میزان تحصیلات والدین آن‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت. ۱٤/۲٪ از کودکان مذکر اظهار ترس داشتند، این در حالی بود که ۸/۱٪ از دختران اظهار ترس داشتند که در دوگروه تفاوت معناداری از لحاظ آماری مشاهده نشد (P=0.193). در گروه سنی ٦-٤ سال، ۱۵/۵٪ و در گروه سنی ۱۲-٦ سال ۸/۳٪ از کودکان اظهار ترس داشتند که از لحاظ آماری محسوس نمی‌باشد (P=0.123). کودکانی که والدینشان دارای مدرک تحصیلی سیکل یا دکتری بودند، ترسی ابراز نکردند، اما ۷/۷٪ از کودکان با والدین دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۲۰/۰٪ با مدرک فوق دیپلم، ۱۲/۳٪ با مدرک لیسانس و ۱۸/۵٪ از والدین با مدرک فوق لیسانس هنگام انجام پروسه‌های دندان‌پزشکی ترس از خود نشان دادند. این نتایج از لحاظ آماری معنا دار نبودند (P=0.426). نتایج کامل در جدول ٤ ذکر شده است. در جدول شماره ۵ نیز ارتباط بین همکاری کودکان با جنسیت و سن کودکان و همچنین میزان تحصیلات والدین آن‌ها مورد بررسی قرار گرفته است. در این جدول، قیاس صورت گرفته بین جنسیت کودکان و همکاری آن‌ها نشان داد که در کودکان مذکر همکاری کاملاً منفی۱/۲٪، همکاری منفی ۹/۳ ٪ بوده است. همکاری مثبت،۳۷/۲ ٪ و همچنین همکاری کاملاً مثبت نیز ۵۲/۳٪ گزارش شد. این قیاس در کودکان مونث نیز انجام گرفت که در جدول اشاره شده‌است، اما ارتباط معنا داری بین جنسیت و همکاری کودکان دیده نشد (P=0.750). در کودکان ٦-٤ ساله، همکاری کاملاً منفی ۳/۵٪، منفی ۱۸/۸٪، مثبت ٤۰/۰٪ و همکاری کاملاً مثبت نیز ۳۷/٦٪ بود. در کودکان ۱۲-٦ ساله نیز نیز به ترتیب همکاری کاملاًمنفی ۰/۰٪، منفی ٦/۵٪، مثبت ۳۳/۳٪ و همکاری کاملا مثبت نیز ٦۰/۲٪ بود که ازلحاظ آماری ارتباط معنی دار بود (P=0.02). مقایسه‌ی انجام شده بین تحصیلات والدین و همکاری کودکان نیز به طور کامل در جدول ۵ ذکر شده است.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.2.37]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.2.37] [Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

جدول شماره ۴: مقایسه ارتباط بین ترس کودک با سن و جنسیت کودکان و همچنین میزان تحصیلات والدین

متغیر		ترس		P-value
		ندارد	دارد	۰/۱۹۳
جنسیت کودک	مذکر	۷۹ (٪۹۱/۹)	۱۵ (٪۸/۱)	
	مونث	۹۱ (٪۸۵/۸)	۷ (٪۱٤/۲)	
سن کودک	٤-٦	۷۱ (٪۸٤/۵)	۱۳ (٪۱۵/۵)	۰/۱۲۳
	۱۲-٦	۹۹ (٪۹۱/۷)	۹ (٪۸/۳)	
تحصیلات والدین	سیکل	۸ (٪۱۰۰/۰)	۰ (٪۰/۰)	۰/٤۲٦
	دیپلم	٦۰ (٪۹۲/۳)	۵ (٪۷/۷)	
	فوق‌دیپلم	۱۲ (٪۸۰/۰)	۳ (٪۲۰/۰)	
	لیسانس	٦٤ (٪۸۷/۷)	۹ (٪۱۲/۳)	
	فوق‌لیسانس	۲۲ (٪۸۱/۵)	۵ (٪۱۸/۵)	
	دکتری	٤ (٪۱۰۰/۰)	۰ (٪۰/۰)	

جدول شماره ۵: مقایسه ارتباط بین همکاری کودک با سن و جنسیت کودکان و همچنین میزان تحصیلات والدین

متغیر		همکاری (فرانکل)				P-value
		-۲/۰۰	-۱/۰۰	+۱/۰۰	+۲/۰۰	۰/۷۵۰
جنسیت کودک	مذکر	۱ (٪۱/۲)	۸ (٪۹/۳)	۳۲ (٪۳۷/۲)	٤۵ (٪۵۲/۳)	
	مونث	۲ (٪۱/۹)	۱۵ (٪۱٤/۰)	۳۸ (٪۳۵/۵)	۵۲ (٪٤۸/٦)	
سن کودک	٦-٤	۳ (٪ ۳/۵)	۱٦ (٪۱۸/۸)	۳٤ (٪٤۰/۰)	۳۲ (٪۳۷/٦)	۰/۰۲
	۱۲-٦	۰ (٪۰/۰)	۷ (٪٦/۵)	۳٦ (٪۳۳/۳)	٦۵ (٪٦۰/۲)	
تحصیلات والدین	سیکل	۰ (٪۰/۰)	۱ (٪۱۲/۵)	۲ (٪۲۵/۰)	۵ (٪٦۲/۵)	۰/۸۷۲
	دیپلم	۱ (٪۱/۵)	۱۰ (٪۱۵/٤)	۲۷ (٪٤۱/۵)	۲۷ (٪٤۱/۵)	
	فوق‌دیپلم	۰ (٪۰/۰)	۳ (٪۱۸/۸)	۵ (٪۳۱/۳)	۸ (٪۵۰/۰)	
	لیسانس	۲ (٪۲/۷)	۵ (٪٦/۸)	۲٤ (٪۳۲/۹)	٤۲ (٪۵۷/۵)	
	فوق‌لیسانس	۰ (٪۰/۰)	٤ (٪۱٤/۸)	۱۱ (٪٤۰/۷)	۱۲ (٪٤٤/٤)	
	دکتری	۰ (٪۰/۰)	۰ (٪۰/۰)	۱ (٪۲۵/۰)	۳ (٪۷۵/۰)	

بحث: این پژوهش که به منظور بررسی ارتباط بین ترس و همکاری کودکان ٤ تا ۱۲ ساله با سلامت عمومی والدین مراجعه کننده به مراکز درمانی خصوصی دندانپزشکی کودکان در سال ۱۳۹۷ انجام شد، نشان داد که بین سلامت عمومی والدین و ترس وهمکاری کودکان از دندانپزشکی ارتباط معنی داری وجود ندارد. نتایج این مطالعه در مقایسه با مطالعات مشابه دیگر، غیرهمسو بود. در مطالعه‌ای که جوادی نژاد و همکاران در سال ۹۲ بر روی ارتباط ترس از

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.2.37]

دندانپزشکی کودکان ٦ تا ٨ ساله با ترس والدین آن‌ها انجام دادند، نشان دادند که ارتباط بین ترس کودکان از دندانپزشکی و ترس والدین ارتباطی معنا دار است (٢١). علت اختلاف را یکی می‌توان به متفاوت بودن سن کودکان و در نتیجه اختلافات رشدی – تکاملی کودکان و همچنین عدم بررسی سلامت کلی والدین و صرفا اکتفا به ترس آن‌ها از دندانپزشکی عنوان کرد. بازه سنی افرادی که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند، محدود بوده و در نتیجه سازش پذیری آن‌ها با محیط پیرامون کمتر است. در مطالعه‌ای دیگر که طباطبایی و همکاران از طبقه بندی فرانکل و پرسشنامه‌های GHQ و DSMIV برای ارزیابی رفتارکودکان درکلینیک‌های دندانپزشکی و ارتباط آن با ویژگی های شخصیتی مادران، استفاده کردند، به این نتیجه رسیدند که ویژگی‌های روانی رفتاری مادر، در اولین جلسه ملاقات با دندانپزشک، بیشترین تاثیر را بر رفتار کودک در کلینیک دندانپزشکی نشان می‌دهد. این مطالعه بر روی ١٠٤ کودک گروه سنی ٣ تا ٦ سال همراه با والدین و به صورت تصادفی انتخاب شدند (١)، آن‌ها دراین مطالعه کودکانی را بررسی کردند که در سنی قرار داشتند که بیشترین وابستگی را به مادران خود داشته و درنتیجه بیشترین تاثیر را از مادران خود می پذیرند. در این مطالعه کودکانی مورد بررسی قرار گرفتند که در بازه‌ی سنی قرار داشتند که بیشترین وابستگی را به مادران خود دارند که می‌تواند درنتایج مطالعه تاثیر سو بگذارد. در مطالعه‌ای که محقق انجام داده، علاوه بر موارد ذکر شده، تاثیر سن و جنس کودکان و همچنین میزان تحصیلات والدین بر روی ترس و همکاری کودکان مورد ارزیابی قرار گرفت. همکاری کودکان در گروه‌های سنی بررسی شده نیز نشان داد که با افزایش سن کودکان میزان همکاری خوبی بین کودکان مشاهده می شود. این یافته از لحاظ آماری نیز معنی دار بود. دلیل این امر را می‌توان رشد فکری آن‌ها و آگاهی بیشتر آن‌ها از اقدامات و درمان‌های دندانپزشکی دانست و همچنین رویارویی بیشتر این کودکان با درمان‌های مختلف دندانپزشکی نسبت به کودکان با سن کمتر برشمرد. از نظر جنس کودکان نیز، تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد. طبق بررسی‌های آماری انجام شده، میزان تحصیلات والدین بر میزان ترس و همکاری کودکان تاثیر قابل توجهی نداشت. از نتایج بدست از این تحقیق، این چنین بر آمد که کودکان ١٢-٤ ساله همکاری خوبی را نشان دادند اما در مقایسه ترسشان، یافته معنی داری پیدا نشد. جهت کاهش ترس و اضطراب کودکان وهم چنین افزایش میزان همکاری آن‌ها می‌توان موارد زیر را مطرح کرد: درمان‌های دندانپزشکی و مراجعه به مطب را به عنوان تنبیهی برای کودکان خود قلمداد نکنیم. بامراجعه‌ی منظم به دندانپزشکی می‌توان از انجام پروسه‌های طولانی مدت و دردناک، پیشگیری کرد. افزایش مهارت دندانپزشکان به خصوص دندانپزشکان اطفال در جهت شناخت و همچنین غلبه بر ترس و اضطراب کودکان نیز می‌تواند تاثیر قابل توجهی بر روند همکاری کودکان مراجعه کننده به دندانپزشکان بگذارد. در پایان باید اشاره نمود که این مطالعه به صورت مقطعی انجام شده و ممکن است در زمان‌های مختلف و یا در شهرهای مختلف نتایج متفاوتی بدست بیاید. همچنین در گروه‌های سنی و بازه‌های سنی مختلف نتایج متفاوتی بدست بیاید و پیشنهاد می‌شود که بررسی ترس و همکاری کودکان در جلسات مختلف و با درمان‌های متفاوت دندانپزشکی بررسی شود که این امر می‌تواند نتایج دقیق تری در اختیار بگذارد.

نتیجه گیری: در این مطالعه به بررسی ارتباط بین ترس و همکاری کودکان ٤ تا ١٢ ساله با سلامت عمومی والدین مراجعه کننده به مراکز درمانی خصوصی دندانپزشکی کودکان در سال ١٣٩٧ پرداختیم و تفاوت معناداری در

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.2.37]

ارتباط با سلامت عمومی والدین و ترس همکاری کودکان مشاهده نشد و کودکان با والدین دارای سلامت عمومی خوب نسبت به کودکان با والدین با سلامت عمومی ناکافی، ترس کمتری را نشان ندادند. اما نشان داده شد که کودکان بزرگتر همکاری قابل قبول و بهتری را نشان می‌دهند.

Refrences

1. Tabatabei SM, Nematollahi H, Shakerimanesh F. Evaluation of children's behavior in dentistry clinics and their relationship with mothers personality traits. Jornal of faculty of dentistry of Mashahd. 2004(5):65-9.
2. Tahmourespour S, Ghasemi D, Yazdi F . The Relationship Between 6 to 8 year Oldchildren's dental fear and their parents' fear. JSR. 2014;14(54):84-90.
3. Pakdaman F, Mehrabi M, Davoudi I, editors. Relationship between mother's anxiety and dental fear with child anxiety control. 6th International Congress on Child and Adolescent Psychiatry; 2013: Tabtiz university of medical sciences.
4. Klingberg G, Raadal M, Arnrup K. Dental fear and behavior management problems. Pediatric dentistry: A Clinical approach. 2009;2:32.
5. Shahvani M. developmental psychology of adolescence. 2005:256-78.
6. Dock M. CHAPTER 14 - Pharmacologic Management of Patient Behavior A2 - Dean, Jeffrey A. In: Avery DR, McDonald RE, editors. McDonald and Avery Dentistry for the Child and Adolescent (Ninth Edition). Saint Louis: Mosby; 2011. p. 253-76.
7. Jabarifar SE, Ahmadi Rozbahani N, Hosseini L. A Comparative Evaluation of Fear and Anxiety in (3-6) Year Old Children Following Treatment under General Anesthesia and Outpatient Dental Treatment. Journal of Mashhad Dental School. 2014;38(1):9-16.
8. Jafarzadeh Samani M, Hajiahmadi M, Yousefi S, Binande ES. Evaluation of the General dentists' attitudes toward non-pharmacological methods of controlling pediatrics' behavior in Isfahan. Journal of Dental Medicine. 2013;26(2):124.۳۰-
9. Ghasempour M, Hajiahmadi M, Pouriaye vali M. Dental Stress in 12-12 Year Old Children and its Influencing Factors. Jornal of Babol University ofMedical Sciences. 1383(3):12-6.
10. Taghavi M. Justifiability and validity of general health questionnaire (GHQ). Sixth European Cognitive Assessment Conference; 2-5 Sep; Aachen Germany2001.
11. Olak J, Saag M, Honkala S, Nõmmela R, Runnel R, Honkala E, et al. Children's dental fear in relation to dental health and parental dental fear. Stomatologija. 201.۳۱-۲۶:(۱)۱۵;۳

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.2.37]

12. Nematollahi H, Mehrabkhani M, Esmaily H-O. Dental Caries Experience and its Relationship to Socio-Economic Factors in 2-6 Year Old Kindergarten Children in Birjand–Iran in 2007. Journal of Mashhad Dental School. 2008;32(4):325-32.

13. Aartman I, Hoogstraten J, Schuurs A. Self-report measurements of dental anxiety and fear in children: a critical assessment. ASDC journal of dentistry for children. 1998;65(4):252-8, 29-30.

14. Pinkham JR. Personality development. Managing behavior of the cooperative preschool child. Dental clinics of North America. 1995;39(4):771-87.

15. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry: Williams & Wilkins Co; 1988.

16. Klingberg G. Reliability and validity of the Swedish version of the Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule, CFSS-DS. Acta Odontologica Scandinavica. 1994;52(4):255-6.

17. Cuthbert M. A screening device: children at risk for dental fears and management problems. J Dent Child. 1982;49:432-6.

18. Dean JA. McDonald and Avery's Dentistry for the Child and Adolescent-E-Book: Elsevier Health Sciences; 2015.

19. Frankl S. Should the parent remain with the child in the dental operatory? J Dent Child. 1962;29:150-63.

20. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley monograph. 1972;21.

21. Javadinejad S, Tahmourespour S, Ghasemi D, Yazdi F. The Relationship Between 6 to 8 year Oldchildren's dental fear and their parents' fear. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2013;14(4):85-91.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.2.37]