Factors associated with children's fear and anxiety about dental practice: A review study

Abstract

Introduction: Children's fear and anxiety about receiving dental services is one of the major challenges in pediatric dentistry. This study was conducted to investigate the factors related to children's fear and anxiety about dental practices.

Materials and Methods: In this review study, we appraised related academic articles of resources in Google scholar, Scopus, pubmed and domestic databases including: SID (Scientific information database), and MagIran using the English keywords Fears, Dental fear, Anxiety, Dental Anxiety, Patient Anxiety, and using the MeSh browser between 2019-2020.

Results: The age of children in the studies ranged from 3 to 17 years. Research environments in the researches were the pediatric clinic of dental schools, schools and private dental offices. The variables that were studied in most studies were gender, age and history of dental treatment. The highest number of studies was performed to assess children's fear using the Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule (CFSS-DS). The main factors related to children's fear were age, role of parents, family attitude, experiences of others, history of dental treatment.

Conclusion: To promote children's oral health, it is necessary to identify the factors related to children's fear and anxiety about dental practices.

Keywords: Fear, Anxiety, Pediatric Dentistry, Pediatric Anxiety

SeyedehRaheleh Soheili[1]
Majid Mehran[2*]

1-Depatment of Community Oral Health, School of Dentistry, Alborz University of Medical Sciences, Alborz, Iran

2*-Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Shahed University, Tehran, Iran

How to cite this article:

Soheili SR, Mehran M. Factors associated with children's fear and anxiety about dental practice: A review study. Iran J Pediatr Dent 2022; 17(1):53- 74

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-17]

بررسی عوامل مرتبط با ترس و اضطراب کودکان از اعمال دندانپزشکی: یک مطالعه مروری

چکیده

مقدمه: ترس و اضطراب کودکان از دریافت خدمات دندانپزشکی یکی از چالش های عمده در دندانپزشکی کودکان است، این مطالعه با هدف بررسی عوامل مرتبط با ترس و اضطراب کودکان از اعمال دندانپزشکی انجام گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه مروری، مرور منابع در پایگاه های اطلاعاتی علمی SID Pubmed، Google scholar Scopus ، و پایگاههای اطلاعاتی داخل کشور شامل: پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی(Scientific information database) ، بانک اطلاعات نشریات کشور (MagIran) با استفاده از کلید واژه‌های انگلیسی Fears, Dental fear،Anxiety، Dental Anxiety، Patient Anxiety ، و با بهره گیری از مرورگر MeSh بین سال‌های ۲۰۱۹ – ۲۰۱۰ مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: سن کودکان، در مطالعات بررسی شده از دامنه ۳ تا ۱۷ سال بود. در مطالعات بررسی شده بخش کودکان دانشکده های دندانپزشکی، مدارس و مطب خصوصی دندانپزشکی به عنوان محیط پژوهش در نظر گرفته شده بود. متغیرهای که در بیشتر مطالعات بررسی شده بود، جنسیت، سن و سابقه درمان دندانپزشکی بود. بیشترین تعداد مطالعات جهت بررسی میزان ترس کودکان با استفاده از پرسش نامه Dental Subscale of the Children's انجام شده بود. سن، نقش والدین، نگرش CFSS-DS(Fear Survey Schedule) خانواده، تجربیات دیگران، سابقه درمان دندانپزشکی عوامل اصلی مرتبط با ترس کودکان بود

نتیجه گیری: برای ارتقاء سلامت دهان و دندان کودکان شناسایی عوامل مرتبط با ترس و اضطراب کودکان از اعمال دندانپزشکی ضروری می باشد.

کلید واژه: ترس، اضطراب، دندانپزشکی کودکان، اضطراب کودکان

سیده راحله سهیلی[۱]
مجید مهران[۲*]

۱- گروه آموزشی سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز،البرز، ایران

*۲-استادیار گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان،دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

دریافت مقاله ۱۳۹۸/۸/۲

پذیرش مقاله ۱۴۰۰/۷/۲۴

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-17]

مقدمه

ترس عموماً به عنوان پاسخ یک فرد به یک واقعه تهدیدآمیز یا وضعیت خطرناک برای محافظت زندگی تعریف می شود (۱). ترس بیمار می تواند یک مشکل اساسی در تمام شاخه های پزشکی از جمله دندانپزشکی باشد، ترس و اضطراب از اعمال دندانپزشکی(Dental fear and anxiety= DFA) به عنوان "ترس غیر طبیعی یا ترس از مراجعه به دندانپزشک برای مراقبت های پیشگیرانه یا درمانی و اضطراب بی دلیل نسبت به روش های دندانپزشکی" تعریف شده است (۲). با وجود اینکه دندانپزشکان دومین گروه بزرگ از ارائه دهندگان خدمات سلامت هستند (۳)، اما DFA یک دلیل رایج برای اجتناب از درمان دندانپزشکی است که موجب تاخیر و یا لغو قرار ملاقات دندانپزشکی میشود و در طول زمان موجب آسیب به سلامت دهان و دندان و مداخلات پیچیده تر میشود و ممکن است پیامدهای روانی، شناختی و رفتاری داشته باشد. DFA باعث می شود تا بیماران در طول درمان دندانپزشکی به طور کامل همکاری نکنند. علاوه بر این، افراد مضطرب تمایل دارند که درد و ناراحتی ناشی از معالجه دندان را بیش از حد ارزیابی کنند، دندانپزشکان باید اضطراب و پیامدهای آن را در اعمال دندانپزشکی درک کنند و بدانند چگونه می توان برای جلب اعتماد بیماران رفتاری را نشان داد که نشان دهنده برقراری رابطه با بیمار برای اجرای راهکارهایی با هدف به حداقل رساندن اضطراب ناشی از درمان دندانپزشکی باشد (۲و۴). DFA به عنوان یکی از مهمترین دلایل اجتناب و سهل انگاری از مراقبت منظم از دندان و درمان های دندانپزشکی گزارش شده است و در بین ترس های رایج، در رتبه چهارم قرار گرفته است و شدت آن از عصبی بودن تا نگرانی از انجام درمان های دندانپزشکی متفاوت است (۱). DFA یک مشکل فراگیر است و به علت تاخیر یا عدم مراجعه به دندانپزشک علاوه بر تاثیر منفی بر سلامت دهان و دندان، تأثیر نامطلوبی بر سلامت جسمی و روانی بیمار خواهد گذاشت (۵). سلامت دهان و دندان کودکان از اهمیت بسزایی برخودار است و ارائه خدمات به کودکانی که دچار مشکل دندانی میشوند، ضروری می باشد. ترس و اضطراب کودکان از دریافت خدمات دندانپزشکی نیز یکی از چالش های عمده در دندانپزشکی کودکان است، و مدیریت رفتار کودک از این نظر از مشکلات دندانپزشکی کودکان می باشد به همین دلیل کاهش و تسکین ترس و اضطراب کودکان و کمک به برقراری ارتباط بهتر برای انجام اعمال دندانپزشکی از عوامل اصلی موفقیت درمان می باشد. (۳و۶). چندین عامل شخصی، تعاملی و همچنین محیط زیست، باعث ایجاد ترس و اضطراب از اعمال دندانپزشکی در کودکان می شود، سه عامل اصلی DFA در کودکان، شامل عوامل فردی (مربوط به بلوغ و خلـق و خـوی کـودک)، عوامل بیرونی (از طریق یادگیری اجتمـاعی از خـواهر، برادر، والدین، خویشاوندان و دوستان) و عوامل مربوط به گروه دندانپزشکی می باشد (۳، ۴ و ۷). کودکان یک ساله تا پنج سال به طور مداوم بیشترین مشکل را با دریافت مراقبت های بهداشتی نشان می دهند (۳)، بررسی های مناطق مختلف جهان نشان می

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-17]

دهد که شیوع DFA، در کودکان و نوجوانان از حدود ۵٪ تا نزدیک به ۲۰٪ متغیر است (۱). کودکان ممکن است به دلیل ترس از دندانپزشک، برای درمان های دندانپزشکی همکاری نکنند (۸). برای ارائه خدمات دندانپزشکی بهتر، نباید در اعمال بالینی خصوصاً در دندانپزشکی کودکان شیوع DFA را نادیده گرفت، باید راهکارهایی برای ارزیابی، پیشگیری و کنترل اضطراب دندانپزشکی به کار گرفته شود تا امکان درمان بهتر در کودکان، نوجوانان و والدین آنها فراهم شود. یک رویکرد مناسب جهت درمان دندانپزشکی در مورد کودکان و نوجوانان دارای DFA می تواند در ایجاد یک تجربه خوب دندانپزشکی و ایجاد یک رابطه قابل اعتماد بین دندانپزشکان کودکان، بیماران و والدین موثر باشد (۲). DFA به عنوان یک احساس طبیعی در مراحل رشد شناخته شده است و در میان کودکان اتیولوژی پیچیده و چند وجهی دارد، که عوامل بسیاری در ایجاد آن نقش دارد (۸).

اضطراب و ترس کودکان ارتباط نزدیکی با رفتار آنها در هنگام مراجعه به دندانپزشک دارد و ارزیابی سطح اضطراب و ترس کودکان بسیار مهم است (۹). اندازه گیری اضطراب دندانی در کودکان نه تنها برای ارائه خدمات بالینی با کیفیت بالا بلکه در تحقیقات نیز حائز اهمیت است. (۱۰). شناسایی و تعیین عواملی که باعث ایجاد وضعیت ترس و اضطراب می شود نیاز اصلی برای کنترل این وضعیت و در نتیجه کاهش رفتار منفی کودک در طول درمان می باشد (۹) با توجه به اهمیت ارائه خدمات دندانپزشکی به کودکان و تاثیر DFA به عنوان یک عامل مهم و بازدارنده ارائه خدمات این مطالعه با هدف بررسی و مرور مطالعات در زمینه عوامل مرتبط با ترس و اضطراب کودکان از اعمال دندانپزشکی انجام گرفت.

روش بررسی:

مطالعه حاضر یک مطالعه مروری (Review Scoping) می باشد، که مقالات مرتبط به صورت مرور منابع در پایگاه های اطلاعاتی علمی Pubmed،Google scholar و پایگاههای اطلاعاتی داخل کشور شامل: پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی SID (Scienctific information database) جستجو و مورد بررسی قرار گرفت. با استفاده از کلید واژه‌های انگلیسی Fears, Dental fear ،Anxiety، Dental Anxiety، Patient Anxiety ، با بهره گیری از مرورگر Mesh و کلید واژه های معادل آن در فارسی به صورت ترکیبی از کلمات، به ترتیب مقالات انگلیسی و فارسی جستجو شد. محدودیت زمانی جهت جستجو مقالات بین سال‌های ۲۰۱۹ – ۲۰۱۰ در نظر گرفته شد. و جستجو مقالات در پایگاه های نامبرده با استفاده از فیلتر جستجو از نظر زمان انتشار مقالات، زمان انجام مطالعه و هم چنین استفاده از کلید واژه‌های مناسب با توجه به موضوع و اهداف مطالعه انجام گرفت.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-17]

انتخاب مقالات مناسب در این مطالعه در سه مرحله انجام شد: ۱- بررسی عناوین مقالات ۲- بررسی چکیده مقالات ۳- بررسی متن کامل مقالات

جهت انتخاب مقالات مناسب بر اساس دارا بودن معیارهای مطالعه ابتدا عناوین مقالات بررسی شد و در این مرحله مقالات مرتبط انتخاب می شدند و عنوان مقالات مناسب در جدول طراحی شده جهت بررسی مقاله در مراحل دوم و سوم قرار می گرفت و مقالاتی که مرتبط نبودند در لیست مقالات قرار نمی گرفتند. سپس چکیده مقالاتی که براساس عنوان انتخاب شده بود، مورد بررسی قرار گرفت، در این مرحله با بررسی چکیده مقالاتی که معیارهای مطالعه را داشتند، جهت بررسی نهایی انتخاب می شد، سپس متن کامل مقاله مطالعه می شد و اطلاعات، روش بررسی و نتایج هر یک از مطالعات بررسی می گردید.

معیار انتخاب مقالات در این مطالعه بررسی میزان ترس کودکان در رابطه با مراجعه به دندانپزشک، انجام اعمال دندانپزشکی و عوامل مربوط به ترس کودکان در این موارد بود، و معیار خروج مقالات مرتبط نبودن موضوع با بررسی میزان ترس کودکان از انجام اعمال دندانپزشکی، بررسی اثر دارو جهت آرام بخشی کودکان و کاهش استرس، انجام درمان های تحت بی هوشی به علت عدم همکاری مرتبط با ترس کودکان، مطالعات مقایسه ای در گروه های خاص از کودکان، مقایسه دو یا چند روش بررسی میزان ترس کودکان از انجام اعمال دندانپزشکی، مطالعات مرتبط با طراحی پرسشنامه های بررسی میزان ترس کودکان از انجام اعمال دندانپزشکی بود، در مواردی که جهت بررسی میزان ترس کودکان طراحی پرسشنامه انجام شده بود و هم چنین از پرسشنامه طراحی شده جهت سنجش و اندازگیری میزان ترس و اضطراب کودکان و عوامل مرتبطه با ترس در یک مقاله انجام شده بود، به لیست مقالات مرتبط با مطالعه حاضر اضافه می شد و منظور از مقالات طراحی پرسشنامه غیر مرتبط، مقالاتی است که فقط طراحی پرسشنامه را در این حوزه انجام داده اند.

یافته ها: در مطالعه حاضر جهت جستجو مقالات مرتبط در پایگاه های اطلاعاتی علمی، نتایج جستجوی مقالات انگلیسی و فارسی تعداد ۱۳۶۱۶۰ به دست آمد که با حذف و خروج مقالات به علت تکراری بودن مقالات در پایگاه های مختلف جستجو و به علت غیرمرتبط بودن عنوان مقالات با موضوع مورد پژوهش، تعداد ۲۲۳ مقاله انتخاب شد که با بررسی چکیده این مقالات و خروج از مطالعه به علت عدم ارتباط چکیده با موضوع مورد پژوهش و نداشتن معیارهای انتخاب مقاله، متن کامل ۶۰ مقاله بررسی شد که با انتخاب نهایی مقالات پس از بررسی متن کامل مقالات، ۱۷ مقاله نهایی و برگزیده شد. به علت کم بودن تعداد مقالات فارسی جستجو مقالات در پایگاه ها SID بدون فیلتر کردن جستجو

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-17]

از نظر زمان انتشار مقالات انجام گرفت، اما با توجه به تعداد زیاد مقالات انگلیسی استفاده از فیلتر جستجو از نظر زمان انتشار مقالات، زمان انجام مطالعه انجام گرفت و با اعمال محدودیت زمانی مقالات منتشر شده از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۹ بررسی شد.

سن کودکان جهت بررسی DFA ، در مطالعات بررسی شده از دامنه ۳ تا ۱۷ سال به تفکیک مطالعات مختلف به ترتیب زیر بود:

۳ –۶ سال، ۴ – ۶ سال، ۳–۸ سال، ۴ – ۸ سال، ۶ – ۸ سال، ۵–۱۰ سال، ۸–۱۲ سال، ۱۰–۱۴ سال، ۸ – ۱۷ سال

بیشترین تعداد مطالعات جهت بررسی میزان ترس کودکان در سنین ۳ –۶ (۳ مطالعه)، ۴– ۱۲(۲ مطالعه) و ۶–۱۲(۲ مطالعه) انجام شده بود، و علاوه بر انتخاب گروه هدف از سنین مختلف کودکان، والدین، پدر یا مادر و درمانگر نیز به عنوان گروه هدف همراه (مشترک) در مطالعات مختلف مورد مطالعه قرار گرفته بود.

محیط پژوهش در مطالعات مختلف متفاوت بود، در مطالعات بررسی شده بخش کودکان دانشکده های دندانپزشکی ، مدارس و مطب خصوصی دندانپزشکی به عنوان محیط پژوهش در نظر گرفته شده بود، بیشترین محیط پژوهش بخش کودکان دانشکده های دندانپزشکی (۱۲ مطالعه) بود و یک مطالعه با در نظر گرفتن مطب خصوصی دندانپزشکی به عنوان کمترین محیط برای پژوهش در حیطه DFA انتخاب شده بود.

متغیر های بررسی شده عبارت بودند از: سن، جنسیت، سابقه درمان دندانپزشکی ، تاریخ آخرین مراجعه و نوع خدمت/ خدمات دندانپزشکی دریافت شده، سابقه بستری در بیمارستان، تاریخ آخرین مراجعه به پزشک، ترتیب تولد، تعداد فرزندان خانواده، نوع مدرسه، قرار ملاقات با درمان تهاجمی، تاریخچه درد، تشخیص بروکسیسم و گزارش تروما دندان بود. متغیرهای که در بیشتر مطالعات بررسی شده بود، جنسیت (۱۵ مطالعه)، سن (۱۲ مطالعه) و سابقه درمان دندانپزشکی (۶مطالعه) بود.

بیشترین تعداد مطالعات جهت بررسی میزان ترس کودکان با استفاده از پرسش نامه های

Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule)CFSS-DS) (۸ مطالعه)

Corah dental anxiety scale)CDAS) (۴ مطالعه)

Frankle's behavior rating scale (۳ مطالعه)

(Modified Venham Picture Test) VPT (۲ مطالعه)

Modified Child Dental Anxiety Scale)MDAS) (۲ مطالعه)

(State-Trait Anxiety Inventory)STAI

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-17]

(Venham Clinical Anxiety Scale)VCAS

(Venham Clinical Cooperation Scale) VCCS

(Strength and Difficulties ties Questionnaire)SDQ

انجام شده بود، که جهت پاسخ به سوالات از مقیاس Visual Analogue Scale(VAS) در سنین پایین استفاده گردیده بود.

و پرسش نامه های استفاده شده جهت بررسی وضعیت سلامت والدین مقیاس تغییر یافته اضطراب دندانپزشکی برای ارزیابی ترس، پرسشنامه های مربوط به بلوغ عاطفی و آزمون سلامت عمومی (GHQ) و استفاده از معیارهای DSMIV برای سنجش ویژگی های روانی، رفتاری و شخصیتی مادران از طریق مصاحبه روانپزشکی بود.

جدول شماره ۱ اطلاعات مربوط به نتایج بررسی میزان ترس کودکان و ارتباط متغیر های بررسی شده را نشان میدهد

جدول شماره ۱: اطلاعات هریک از مقالات بررسی شده

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-17]

ردیف	عنوان مطالعه	گروه هدف	محل انجام مطالعه	معیار های ورود به مطالعه /خروج از مطالعه	نوع مطالعه	متغیرها	ابزار مطالعه	نتایج
1	بررسی ترس از دندانپزشکی کودکان ۸-۳ ساله مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی شهید صدوقی یزد (۷)	کودکان ۸-۳ ساله	کودکان مراجعه کننده به بخش دندانپزشکی کودکان دانشکده دندانپزشکی شهید صدوقی یزد	کودکان با دامنه سنی ۳-۸ سال، سالم و بدون هیچگونه نقص ذهنی و جسمی وارد مطالعه شده و کودکانی که همکاری ضعیفی داشتند، از مطالعه خارج شدند.	توصیفی- مقطعی	خصوصیات فردی کودک (سن، جنس، ترتیب تولد و سابقه درمان دندانپزشکی)	پرسش نامه ترس کودکان زیر شاخص دندانپزشکی (CFSS-DS) برای پاسخ به سوالات از معیار Visual Analogue Scale (VAS) به صورت شکلک	نتایج مطالعه در مورد میانگین نمره ترس طبق مقیاس CFSS-DS در کودکان مورد بررسی نشان داد که میانگین نمره فوق، ۱۰/۵۵±۴۵/۶۰ با حداقل میزان ۲۱ و حداکثر میزان ۶۶ بوده است؛ که کودکان مطالعه حاضر استرس و ترس نسبتا بالایی نسبت به اقدامات دندانپزشکی دارند. بین میانگین نمره ترس بر حسب هیچ کدام از متغیرهای سن، جنسیت و سابقه درمان دندانپزشکی تفاوت آماری معناداری وجود ندارد. نتایج مطالعه در مورد میانگین نمره ترس طبق مقیاس CFSS-DS بر حسب چندمین فرزند خانواده بودن در کودکان مورد بررسی نشان داد که میانگی نمره مذکور در کودکانی که فرزند دوم خانواده بوده اند، ۹/۶۵±۴۶/۰۳ بوده که نسبت به سایر کودکان بیشتر است.
2	رابطهٔ ترس از دندانپزشکی در کودکان ۶ تا ۸ ساله با ترس والدین آنها (۱۱)	کودکان ۶ تا ۸ ساله و والدین آنان	درمانگاه دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان	کودکان سالم و بدون مشکل روحی روانی	همبستگی	خصوصیات فردی کودک(سن، جنس، چندمین فرزند، سابقهٔ کاردندانپزشکی)خصوصیات فردی والدین از جمله جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات وشغل والدین	مقیاس بررسی ترس کودکان زیر شاخص دندانپزشکی برای ارزیابی ترس کودکان، مقیاس تغییر یافته اضطراب دندانپزشکی برای ارزیابی ترس والدین و مقیاس رتبه ای رفتاری	بین نمرهٔ ترس کودکان براساس مقیاس ترس کودکان زیرشاخص دندانپزشکی و نمرهٔ ترس والدین براساس مقیاس تغییریافته ترس دندانپزشکی رابطهٔ معنادار مستقیم وجود داشت، به عبارت دیگر هرچه ترس دندانپزشکی در والدین بیشتر شود، ترس دندانپزشکی در کودکان نیز بیشتر می شود. میانگین نمره ترس در دختران و پسران با هم تفاوت معنادار نداشت. بین نمرهٔ ترس کودکان و میزان همکاری آنها با دندانپزشک براساس مقیاس رتبه ای رفتار و فرانکل رابطه معکوس

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-17]

								معنادار وجود داشت.
3	تهیه نسخه فارسی پرسشنامه بررسی ترس کودکان- زیر شاخه دندانپزشکی در دانش‌آموزان دختر ۱۲-۸ ساله تهران (۱۲)	دانش آموزان دختر ۸ تا ۱۲ ساله	از ۷ مدرسه منطقه ۶ شهر تهران	بر اساس سلامت ذهنی کودک و اخذ رضایت آگاهانه از والدین انتخاب شدند	بررسی روش ها	سن، سابقه بستری در بیمارستان، تاریخ آخرین مراجعه به پزشک، سابقه مراجعه به دندانپزشکی، تاریخ آخرین مراجعه و نوع خدمت/ خدمات دندانپزشکی دریافت شده	پرسشنامه بررسی ترس کودکان- زیر شاخه دندانپزشکی (CFSS-DS)	در این مطالعه بین نمره ترس از اعمال دندانپزشکی با زمان آخرین مراجعه به پزشک و سابقه درمان دندانپزشکی اختلاف آماری معنی داری وجود داشت. بالاترین نمره ترس به ترتیب مربوط به سؤالات آمپول زدن، دیدن مته دندانپزشک (وسیله تراش دندان) و حالت خفگی به دلیل پریدن آب در گلو بود و کمترین نمره هم مربوط به سؤالات افرادی که روبوش سفید پوشیدهاند، وقتی دهانت را باید برای معاینه باز کنی و وقتی یک غریبه باید برای معاینه به شما دست بزند بود.
4	بررسی ارتباط بلوغ عاطفی مادر با اضطراب کودکان حین درمان های معمول دندانپزشکی (۱۳)	کودکان ۳ تا ۶ ساله و مادران	کودکان مراجعه کننده به بخش کودکان - مطالعه را کودکان ۶ دانشکده دندانپزشکی تبریز	مراجعه اول به دانشکده دندان پزشکی و سن ۳ تا ۶ سال ، عدم وجود بیماری های سیستمیک خاص یا بستری شدن در بیمارستان.همچنین افرادی از جامعه آماری که دارای سابقه ی تجربه ناخوشایند پزشکی ،سابقه تزریق داخل دهانی، (PTSD (Post Traumatic Stress	توصیفی- مقطعی	رفتار کودک اضطراب کودک بلوغ عاطفی مادر عدم ثبات ناسازگاری فقدان استقلال فروپاشی واپس روی	اضطراب کودکان با استفاده از مقیاس venham و ارزیابی رفتار کودک حین درمان دندانپزشکی با استفاده از شاخص فرانکل مورد سنجش قرار گرفته پرسشنامه های مربوط به بلوغ عاطفی و PTSD توسط مادر کودک	از بین نمونه پژوهش حدود ۱۴ درصد از کودکانی که اولین بار به دندانپزشکی مراجعه کرده بودند، رفتار کاملا منفی و ترس شدید نسبت به دندانپزشک نشان می دادند، حدود ۲۱ درصد رفتار منفی و ترس از دندانپزشک داشتند، حدود ۳۷ درصد رفتار مطلوبی داشته و ترس چندانی از دندانپزشک نشان ندادند و نهایتا حدود ۲۷ درصد رفتارشان در سطح کاملا مثبت و مطلوب بود.همچنین وضعیت نمونه مورد رفتار کودک با پنج مولفه بلوغ عاطفی و نمره کل بلوغ عاطفی همبستگی ضعیفی دارد که معنادار نیست. اضطراب کودک با مولفه های عدم ثبات، بلوغ عاطفی، ناسازگاری، فقدان استقلال، فروپاشی و واپس روی همبستگی مثبت ضعیفی دارد که این رابطه معنادار نیست و به

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-17]

				Disorder مورد مطالعه قرار نگرفتند				لحاظ آماری تایید نمی شود ..
5	بررسی میزان اضطراب ناشی از اعمال مختلف دندانپزشکی در کودکان ۱۰-۱۲ساله ی شهر شهرکرد در سال ۱۳۹۱(۱۴)	دانش آموزان پایه های تحصیلی چهارم، پنجم و ششم ابتدایی	دانش آموزان پایه های تحصیلی چهارم، پنجم و ششم ابتدایی شهر شهرکرد در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۹۲	تحصیل در پایه های چهارم، پنجم یا ششم ابتدایی و نیز سلامت جسمانی و ذهنی کامل کودک و توان مندی جهت پاسخ به پرسش نامه ی مربوط	مقطعی	جنسیت مراجعه به دندانپزشک	مقیاس اصلاح شده ی تصویری اضطراب از دندانپزشکی کودکان Modified Child Dental Anxiety Scale Figurated (MCDASF)	در جامعه ی مورد مطالعه آمپول زدن به دندان و کشیدن دندان بیش تر از تمیز کردن با برس و پر کردن دندان تجربه شده بود به لحاظ آماری اضطراب در مورد خوابیدن کودک روی صندلی دندانپزشکی، رفتن به دندانپزشکی، نگاه کردن دندان پزشک به دهان کودک، تمیز کردن دندان ها با برس و پر کردن دندان به طور معنی داری کم و در مورد آمپول زدن به لثه به طور معنی داری زیاد بود. اضطراب برای کشیدن دندان در حد متوسط بود
6	ارزیابی رفتارکودکان درکلینیک های دندانپزشکی و ارتباط آن با ویژگی های شخصیتی مادران (۱۵)	کودکان ۳ تا ۶ سال همراه با مادر خود	مراجعین به کلینیک دندانپزشکی دانشگاه مشهد		توصیفی – مقطعی	گروه سنی وضعیت اشتغال مادر	سنجش رفتار کودکان بر اساس طبقه بندی فرانکل انجام، ویژگی های روانی رفتاری و شخصیتی مادران از طریق مصاحبه روانپزشکی و با توجه به معیارهای Diagnostic and) Statistical Manual of Mental Disorders (DSMIV) و استفاده از آزمون سلامت عمومی General health) questionnaire ,GHQ)	کودکان مادران وسواسی بالاترین نمره و کودکان مادران شخصیت نرمال کمترین را نشان دادند، ارزیابی آماری نشان داد که بین شخصیت مادر و شغل وی، ارتباط معنی داری وجود میانگین نمرات رفتاری کودکان در جلسات معاینه و درمان، با جنس آنان ارتباط معنی داری نشان نداد. در جلسه اول حدود نیمی از کودکان دارای رفتار کاملا مثبت و کمتر از ده درصد کودکان دارای رفتار منفی یا کاملا منفی بودند

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-17]

7	استرس دندانپزشکی در کودکان ۶ تا ۱۲ ساله و عوامل موثر بر آن (۱۶)	کودکان ۶-۱۲ ساله	بیماران مراجعه کننده به بخش اطفال دانشکده دندانپزشکی /1381	نتوشته است.	توصیفی -تحلیلی	جنسیت ، سن ، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، شغل پدر،شغل مادر، سابقع مراجعه به دندانپزشک، مرتبه تولد کودک، تعداد فرزندان خانواده	پرسشنامه (CFSS-DS	نیمی از کودکان بیان داشتند که نمی ترسند، ۲۳ نفر دلیل ترس خود را صدمه دیدن بیان کردند، میانگین میزان استرس در پسران بیش از دختران بود ولی از نظر آماری معنادار نبود، در مورد مراجعه به دندانپزشک، افرادی که مراجعه داشتند استرس بالای برخوردار بودند که از لحاظ آماری معنادار نبود. میزان استرس در پدران کمتر بود و کودکانی که به همراه پدرانشان مراجعه داشتند استرس کمتری داشتند ولی از نظر آماری معنادار نبود.
8	بررسی ارتباط بین توانمندیهای پردازش حسی کودکان پیش دبستانی با اضطراب و همکاری آنها در مراجعه کنندگان به دانشکده دندانپزشکی مشهد (۱۷)	کودکان ۴ تا ۶ ساله	مراجعه کننده به بخش کودکان دانشکده دندانپزشکی مشهد ۹۴ - ۹۳	۱ برخورداری از سلامت جسمانی و روانی کامل - ۲ داشتن حداقل یک دندان مولر شیری مندیبل که نیاز به درمان با بی حسی موضعی)ترمیم یا درمان پالپ(داشته باشد. ۳ رضایت آگاهانهی کتبی والدین - معیارهای عدم ورود به مطالعه :۱ کودکان نیازمند درمان اورژانس درمان پالپ یاکشیدن دندان، ۲ داشتن سابقهی بستری شدن در - بیمارستان، ۳ سطح اضطراب بالای والدین در مصاحبهی اولیه،	پژوهش توصیفی تحلیلی	جنسیت ، سن	جهت ارزیابی مشکلات پردازش حسی کودکان از پرسشنامه ی نیمرخ حسی استفاده شد و سطح اضطراب و همکاری آنان در مراحل تزریق و تراش حفره با شاخصهای Venham Clinical Anxiety Scale (VCAS) و Venham Clinical Cooperation Scale (VCCS)	سطح اضطراب و همکاری نمونه ها در دختران و پسران در مراحل تزریق و تراش با یکدیگر تفاوت معنی داری نداشتند. تفاوت معنی داری بین متغیرهای پردازش حسی در بین دختران و پسران و همچنین بین گروههای سنی وجود نداشت. میانگین رتبه ای اضطراب بیماران در مرحله تزریق با پردازش شنیداری، پردازش حسی مربوط به تون/استقامت و برون ده رفتاری پردازش حسی ارتباط معنی داری داشت. نمره های اضطراب در گروه "بیشتر از دیگران"پردازش حسی بالاتر از سایر گروهها بود. همچنین مشاهده شد که در مرحله تزریق بین میانگین رتبه ای اضطراب بیماران و الگوی پردازش حسی "حساسیت حسی" ارتباط معنی دار وجود داشت.میانگین رتبه ای اضطراب در مرحله تراش در بین سطوح عملکردی با پردازش شنیداری، تعدیل ورودیهای بینایی مؤثر بر واکنشهای هیجانی و سطح فعالیت و برون ده رفتاری پردازش حسی تفاوت آماری معنی داری دارد. سطح همکاری در مرحله تراش به صورت معنی داری با

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-17]

					۴ عدم تمایل والدین برای شرکت در مطالعه و تکمیل پرسشنامهی نیمرخ حسی			پردازش حس شنیداری، پردازش دهلیزی، پردازش حس دهانی و نیز تعدیل ورودی های بینایی موثر بر واکنشهای هیجانی و سطح فعالیت مرتبط است
9	بررسی رابطه ی بین ترس و همکاری کودکان در هنگام انجام درمان های دندانپزشکی با سلامت عمومی والدین (۱۸)	کودکان ۴تا ۱۲ ساله همراه با پدر یا مادر	مطب خصوصی دندانپزشکی / 1397	توصیفی – مقطعی	از والدینی که تمایل به همکاری در طرح را داشتند استفاده شد. 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 مورد مطالعه قرار نمیگرفتند. کودکانی که تجربهی بد قبلی از دندانپزشکی داشتند یا نیاز به	سلامت عمومی والدین باترس و همکاری کودک نشانه های جسمانی اضطراب و بیخوابی اختلال در عملکرد اجتماعی افسردگی	پرسشنامه ی استاندارد ترس در شاخه دندانپزشکی CFSS-DS برای بررسی میزان همکاری کودک برای معاینات و اقدامات دندانپزشکی از شاخص همکاری فرانکل ویژگیهای شخصیتی و سلامت عمومی والدین با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی)GHQ(	۱۴/۲ ٪ از کودکان مذکر اظهار ترس داشتند. این در حالی بود که ۸/۱ ٪ از دختران اظهار ترس داشتند که در دوگروه تفوات معناداری از لحاظ آماری مشاهده نشد. در گروه سنی ۶-۴ سال، ۱۵/۵٪ و در گروه سنی ۱۲-۶ سال ۸/۳٪ از کودکان اظهار ترس داشتند که از لحاظ آماری محسوس نمیباشد. 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.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-17]

				درمان اورژانسی بین جلسات پیدا میکردند از مطالعه حذف شدند.				
10	Dental anxiety and behavioral problems: A study of prevalence and related factors among a group of Iranian children aged 6-12 (8)	کودکان ۶-۱۲ساله	بخش کودکان دانشکده دندانپزشکی زاهدان	کودکانی که نیازی به انجام عمل دندانپزشکی با استفاده از بی حسی موضعی ندارند و کودکان مبتلا به بیماری سیستمیک ، اختلال روانی و مشکلات رشدی از این مطالعه حذف شدند.	مقطعی	سن جنسیت	Corah dental anxiety scale (CDAS) modified child dental anxiety scale (MCDAS)	میانگین نمرات اضطراب دندانی کودک و رفتار مشارکتی به ترتیب ۲۰/۸۱ ((۶/۹۷ ±) و ۳.۰۴ (۰/۸۶ ±) بود. چهل و چهار کودک (۲۹/۳۳٪) اضطراب شدید داشتند. سن کودک و مراجعه منظم به دندانپزشک از عوامل پیش بینی کننده اضطراب از اعمال دندانپزشکی است (P<۰.۰۵). مشکلات رفتاری دندان در ۴۳ کودک (۲۸.۶۷٪) مشخص شده است. تجربه ناخوشایند قبلی دندانپزشکی عامل مهمی است که بر رفتار و همکاری کودک تأثیر می گذارد
11	The relationship between dental anxiety in children, adolescents and their parents at dental environment(2)	کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۷ ساله	کلینیک دندانپزشکی کودکان دانشگاه فدرال پارانا، برزیل	برای مشارکت ، کودکان و نوجوانان در ملاقات دندانپزشکی باید همراه والدین خود باشند. همه شرکت کنندگان باید سواد داشته باشند	مقطعی	سن جنسیت	Corah's DAS State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	همبستگی مثبت و معناداری بین اضطراب و نمرات اضطراب در والدین و همچنین در بین کودکان وجود داشت. در مقابل، هیچ ارتباطی بین سطح اضطراب نوجوانان و والدین آنها وجود ندارد. تحصیلات والدین با اضطراب یا نمرات اضطراب از اعمال دندنپزشکی ارتباط معنی داری نداشت. در نمرات اضطراب (کودکان و نوجوانان و والدین) بین خانواده های کم درآمد و متوسط تفاوت معنی داری وجود داشت همچنین تمایل به تفاوت معنادار در نمرات اضطراب دندانی کودکان و نوجوانان بین خانواده های با درآمد متوسط و متوسط مشاهده شد هر دو نمره اضطراب و اضطراب اعمال

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-17]

								دندنپزشکی در بین دختران بیشتر بود ، اما این تفاوت معنی دار نبود
12	Dental anxiety in middle school children and their caregivers: Prevalence and severity(1)	دانش آموزان کلاس های ۷ و ۸	چهار مدرسه راهنمایی جده	رضایت آگاهانه	مقطعی	سن جنسیت کلاس ۷ یا ۸ نوع مدرسه	Dental Anxiety Scale (DAS).	تقریباً ۳۴٪ از کودکان شرکت کننده اضطراب دندانپزشکی زیاد و شدیدی داشتند. کودکان بیشتر در مورد کشیدن دندانها مضطرب بودند در حالی که مراقبان از درمان کانال ریشه مضطرب بودند. اضطراب دندانپزشکی با جنس و نوع مدرسه ارتباط معنی داری داشت (هر یک از آنها ۰.۰۵ = **P**). اضطراب دندانپزشکی در دختران نسبت به پسران اختلاف معنی داری نشان دادند (۰/۰۵ = **p**) و همچنین نسبت به بیشتر روش های خاص دندانپزشکی در پرسشنامه ارائه شده مضطرب تر بودند. کودکان در مدارس دولتی نسبت به مدارس خصوصی اضطراب شدیدی نشان دادند (۰/۰۵ = **p**). اضطراب دندانپزشکی در کودکان دبیرستانی بسیار زیاد و با اضطراب مراقبین آنها ارتباط دارد و با جنسیت و نوع مدرسه همراه است.
13	Prevalence of dental anxiety and fear among five to ten year old children: a behaviour based cross sectional study.(6)	کودکان ۵-۱۰ ساله و والدین آنها	دانشکده دندانپزشکی کریشنا ، قاضی آباد ، هند		مقطعی	سن جنسیت	Children's Fear Survey Schedule (CFSS-DS	شیوع تخمین اضطراب دندانی در کودکان ۵ تا ۱۰ ساله در جمعیت مورد مطالعه ۶/۶٪ بود. میانگین نمره کل CFSS-DS ۲۳ بود و میانگین کل نمره CFSS-DS ۲۴ بود. شیوع اضطراب دندانی در کودکان ۵ ساله ۷/۷٪ ، ۷/۶٪ ۶/۷ سال ، ۶/۶٪ در ۷ سال بود. ۶.۵٪ در ۸ سال ، ۶.۳٪ برای کودکان ۹ ساله و ۵.۸٪ در کودکان ۱۰ سال. تفاوت آماری معنی داری در نمره اضطراب دندان مشاهده نشد. بیشترین شرایط تحریک کننده ترس ، مشاهده تزریقات ، انجام ترش توسط دندانپزشک ، مواجه یک غریبه و سر و صدای ترس توسط

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-17]

								دندانپزشک بود
14	Dental Fear and Concomitant Factors in 3-6 Year-old Children(19)	کودکان ۳ تا ۶ ساله والدین آنها	کلینیک دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان ، رشت ، ۲۰۰۹	معیارهای ورود به مطالعه نداشتن اختلالات روانپزشکی یا معلولیت بود.		سن جنسیت سطح تحصیلات والدین	Child Fear Survey Schedule- Dental Subscale (CFSS-DS) “Strength and Difficulties ties Questionnaire” (SDQ Corah’s Dental Anxiety Scale (DAS	میانگین نمره ترس دندان کودکان ۳۲/۱۵ سال و شیوع آن ۲۲٪ بود. بالاترین رتبه ها مربوط به تزریق و تراش دندان برای هر دو جنس بودند. نمره کاهش ترس دندانی کودکان> ۳۸٪ است. بین اضطراب عمومی کودک و اضطراب رابطه معنی داری وجود ندارد همبستگی معنی داری بین سنین ۵-۶ سال و ترس از دندان وجود داشت. بین ترس دندانی کودک و اضطراب عمومی او همبستگی مثبتی مشاهده شد اما بین ترس دندانپزشکی کودکان و ترس دندانپزشکی مادران یا اضطراب عمومی رابطه معنی داری مشاهده نشد. ارزیابی رفتار با مقیاس رفتاری فرانکل نشان داد که رفتار مثبت در ۸.۵٪ ، مثبت ۴۳.۵٪ ، ۳۶/۵ درصد منفی و ۱۱/۵ درصد قطعاً منفی بودند. رتبه بندی رفتارهای منفی Frankl با ترس دندان کودکان) و اضطراب دندانپزشکی مادر رابطه معنی داری نشان داد میانگین اختلاف ۳.۴۴). با این حال ، رابطه بین نگرش منفی رفتاری و اضطراب عمومی کودکان معنی دار نبود. سطح تحصیلات والدین تأثیر منفی بر اضطراب کودکان نشان نداد.
15	Fear and/or anxiety of children and parents associated with the dental environment(9)	کودکان ۴ تا ۱۲ سال و والدین این کودکان.	دانشگاه سائو لوئیس ، در ایالت Maranhão شمال شرقی برزیل .	بیمار بودن در کلینیک دندانپزشکی کودکان و حضور والدین.	توصیفی و آینده نگر ، مقطعی	سن و جنسیت سن والدین	Dental Anxiety Scale (DAS) proposed by Corah	میانگین اضطراب کودکان پسر ۲/۸۹٪ بود (۰.۵۳ ±) ، در حالی که برای کودکان دختر ۲/۸۵ ۲. ۰/۸۵ ± بود.تفاوت آماری معنی داری بین جنسیت وجود نداشت. سطح اضطراب کودکان ۵۲٪ کم ، ۴۴٪ متوسط و ۴٪ شدید بودند.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-17]

16	Anxiety in Children submitted to Dental Appointment(20)	کودکان ۴ تا ۸ سال	کلینیک های دانشگاه فرانسیسکو	سن بین ۴ تا ۸ سال ، هیچ تاخیری در شناخت نقص در تولد ، نقایص هنگام تولد ، اختلالات عصبی و یا روانی که قبلاً تشخیص داده شده اند یا درمان و عدم نیازهای ویژه.	مشاهده ای	اضطراب کودکان، جنسیت، تجربه دندانپزشکی مناسب، گزارش تروما دندان، قرار ملاقات با درمان تهاجمی، تاریخچه درمان، تشخیص بروکسیسم،	modified Venham Picture Test (VPT) Modified Corah's Dental Anxiety Scale (MDAS)	میانگین سنی کودکان مبتلا به اضطراب ۱/۲ .۲ ۷/۲ سال و کودکان بدون اضطراب ۱ ۷. ۷/۴ سال بود و تفاوتی بین گروه ها مشاهده نشد (P = ۰.۴۱۰).
17	Prevalence of dental anxiety in 10-14 years old children and its implications(5)	دانش آموز (دانش آموز دختر و پسر) بین سنین ۱۰- ۱۴ سال	مدارس مناطق شمالی ، جنوبی ، شرقی و غربی شهر Belgaum				Children's Fear Survey Schedule - Dental Subscale (CFSS-DS)	تعداد کودکانی که ترس از دندان را تجربه کرده بودند ۱۰۵ نفر (۴۲٪) بودند. مشخص شد که نمرات شاخص DMFS با افزایش نمرات CFSS-DS به طور مستقیم افزایش می یابد. بالاترین نمرات ترس برای تزریق، تراش دندان و احساس خفگی وجود داشت. اگر نوع درمان خاص را تجربه کرده باشند ، کودکان نسبت به موارد خاص درمان دندانپزشکی اضطراب کمتری داشتند. شرکت کنندگان زن نسبت به شرکت کنندگان در مردان اضطراب بیشتری داشتند. نمرات ترس دندان با افزایش سن و تجربه کاهش یافت.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-17]

بحث:

عدم مراجعه به دندانپزشکی به عوامل مختلفی از جمله DFA نسبت داده شده است، اگرچه ترس خفیف یک رفتار عادی در رشد کودک است، اما با وجود پیشرفت در کنترل درد و روش های درمانی DFA در طول ۵۰ سال گذشته نسبتاً ثابت مانده است (۱۹). DFA در کودک اغلب به عنوان یک رفتار نامناسب یا مخرب ظاهر می شود. متأسفانه بسیاری از دندانپزشکان عمومی مایل نیستند که کودکان کم سن را به ویژه هنگامی که بیش از انجام اقدامات درمانی ساده لازم است و کودک رفتارهای مختل کننده را نشان می دهند، درمان کنند (۱۰). در این مطالعه مروری DFA در کودکان بررسی شد، که بیشترین تعداد مطالعات جهت بررسی میزان ترس کودکان در سنین ۳ -۶ (۳ مطالعه)، ۵-۱۰ (۲ مطالعه)، ۴- ۱۲(۲ مطالعه) و ۶-۱۲(۲ مطالعه) انجام شده بود، DFA یک مشکل شایع است که افراد را در هر سنی درگیر می کند و به نظر می رسد بیشتر در کودکی و نوجوانی بروز می کند. DFA نه تنها برای کودک و خانواده نگران کننده است، بلکه با پیامدهای ضعیف سلامت دهان و دندان و افزایش هزینه خدمات دندانپزشکی نیز همراه است، بنابراین شیوع بیماری های دهان و دندان و تجربیات ناخوشایند دندانپزشکی در کودکانی که دارای رفتار اضطراب و عدم همکاری بیشتری هستند، در مقایسه با کودکان غیر مضطرب بیشتر است (۳). سن کودک به عنوان یکی از مهمترین عوامل موثر بر DFA می باشد. در کودکان ۳-۶ ساله، DFA به عنوان بخشی از اضطراب عمومی است. با افزایش سن کودک، تغییراتی در خصوصیات شناختی و اجتماعی – عاطفی ، مسئولیت ها و کنترل خود به دست می آید. در این سنین ترس از جدایی والدین، ترس از موقعیت های عجیب و غریب و شخص، ترس از آسیب جسمی و اضطراب عمومی کاهش می یابد. این توانایی ها کودکان ۶ ساله را برای ورود به محیط اجتماعی مانند مدرسه آماده می کند. انتظار می رود کودکان بزرگتر از ۶ سال هنگام مراجعه به دندانپزشک مشکلات مدیریتی رفتاری کمتری از خود نشان دهند (۸)، در حالی که سنین ۶ تا ۸ سالگی نیز دورهٔ انتقالی مهمی برای کودک محسوب می شود و همراه اضطراب زیاد است و کودک سعی در کم کردن وابستگی خود از خانواده دارد. کودک با ورود به مدرسه و برخورد با همتاهای خویش وارد فعالیت های اجتماعی می شود. حس قدرت نمایی، ریاست و پیروزی، و نیز حس کنجکاوی در این گروه سنی زیاد است. اعتماد به نفس کودک در حال افزایش است. رابطهٔ عاطفی و وابستگی کودک و والدین نیز در این سنین تغییرات قابل توجهی پیدا می کند (۲۱). در بررسی مقالات علاوه بر انتخاب گروه هدف از سنین مختلف کودکان، والدین، پدر یا مادر و درمانگر نیز به عنوان گروه هدف همراه در مطالعات مختلف مورد مطالعه قرار گرفته بود، نقش والدین در تجربه دندانپزشکی کودکان یکی از نکات مهمی است که مدت ها متخصصین دندانپزشکی کودکان را به خود مشغول کرده است. این موضوع از لحاظ عملی، برای کودکان گروه سنی کودکان

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-17]

۶ ۳–ساله، اهمیت چشمگیرتری دارد (۱۵). تجربه غیرمستقیم در ایجاد اضطراب بسیار مهم است، یعنی تماس با تجربیات دیگران درباره مراجعه به دندانپزشک می تواند یک اثر تحریک کننده داشته باشد بنابراین والدین می توانند نقش مهمی در طول درمان و رفتار فرزندانشان در مراجعه به دندانپزشک داشته باشند (۹). نگرش منفی خانواده نسبت به درمان دندانپزشکی و ترس از دندانپزشکی در خانواده یکی از دلیل شایع برای ایجاد ترس دندانپزشکی است. عملکرد خانواده و توانایی والدین در ایجاد ارتباط با ثبات و مثبت با فرزندانشان به عنوان عامل اصلی برای کم کردن ترس دندانپزشکی محسوب می‌شود (۸). دندانپزشکان برای شناخت بهتر بیماران کودک و خانواده هایشان باید به اتیولوژی چند عاملی اضطراب توجه کنند. در واقع، ارزیابی اضطراب باید بخشی از خدمات دندانپزشکی به کودکان و نوجوانان باشد و برای ارائه خدمات دندانپزشکی بهتر، نباید شیوع DFA را خصوصاً در دندانپزشکی کودکان نادیده گرفت (۳). محیط پژوهش در مطالعات مختلف متفاوت بود، در مطالعات بررسی شده بخش کودکان دانشکده های دندانپزشکی ، مدارس و مطب خصوصی دندانپزشکی به عنوان محیط پژوهش در نظر گرفته شده بود، بیشترین محیط پژوهش بخش کودکان دانشکده های دندانپزشکی (۱۲ مطالعه) بود و یک مطالعه با در نظر گرفتن مطب خصوصی دندانپزشکی به عنوان کمترین محیط برای پژوهش در حیطه DFA انتخاب شده بود. در محیط های درمانی به ویژه کلینیک ها یا مطب های دندانپزشکی عواملی خاصی می توانند کودکان را در سطح عاطفی منفی قرار دهد، این عوامل ممکن است دستگاه های دندانپزشکی، روش های درمانی، درد ناشی از درمان، ترس ناشی از این درمان ها و برخورد با بزرگسالان ناآشنا که به عنوان کارکنان در کلینیک دندانپزشکی فعالیت می کنند، باشند. انتخاب محیط های درمانی برای بررسی DFA در کودکان از دو نظر قابل بررسی است،

۱- در محیط های درمانی به دلیل مواجه کودک با دندانپزشک، محیط، دستگاه های دندانپزشکی و... کودک ترس و اضطراب خود را نسبت به عواملی که با آن مواجه داشته است بیان می کند، در مطالعه ای که برای مقایسه DFA کودکان در منزل، مطب و مهدکودک انجام شده بود، میانگین نبض کودکان در محیط کلینیک دندانپزشکی از محیط مهد کودک بالاتر بود و کودکان در کلینیک دندانپزشکی نسبت به مهد کودک اضطراب بیشتری داشتند، که این اختلاف به دلیل تفاوت و تاثیر محیط بوده است (۲۲)، با توجه به اینکه محیط نیز می تواند بر میزان DFA تاثیرگذار باشد، پس در محیط های درمانی باید راهکارهای کاهش DFA برای درمان کودکان را در نظر داشت، در این رابطه، تکنینک Tell-Show-Do(بگو–نشان بده–انجام بده) به عنوان یکی از دستورالعمل های هدایت رفتاری در کودکان با مشکلات دندانی که توسط انجمن دندانپزشکان کودکان آمریکا منتشر شده است، می تواند یکی از این راهکارها جهت آماده سازی کودکان برای حضور در مطب با

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-17]

هدف کاهش اضطراب و آشفتگی و بویژه کاهش DFA در رابطه با ترس کودکان از دستگاه های دندانپزشکی و افزایش همکاری برای درمان باشد (۲۳).

۲- به دلیل اینکه کودکان توانایی کمتری برای کنترل ترس و اضطراب خود و درک کمتر نسبت به حضور در محیط های درمانی دارند ممکن است که با شرکت در مطالعه توانایی بیان درست احساسات خود را نداشته باشد و یا ممکن است محققان به دلیل شرایط روحی کودک برای اندازگیری و بررسی عوامل مرتبط با DFA در محیط های درمانی با مشکل مواجه شوند و مواردی که میزان DFA توسط والدین ارزیابی شود ممکن است که تصورات والدین در گزارش DFA کودک تاثیر گذار باشد. سابقه درمان دندانپزشکی یکی از متغیرهای بود که در بیشتر مطالعات مورد بررسی قرار گرفته بود، سابقه درمان دندانپزشکی ممکن است که تاثیر مثبت یا منفی بر DFA داشته باشد، در صورتی که در مراجعات قبلی کودکان به دندانپزشکی تجربه استرس زا برای کودک اتفاق افتاده باشد، عدم همکاری کودک در جلسات بعدی و افزایش DFA مشاهده می شود. شروع احساس ترس و اضطراب در مورد درمان دندانپزشکی می تواند با آسیب پذیری فردی و تجربیات آسیب زا در درمان های قبلی دندانپزشکی همراه باشد. تجربه اول مراجعه به دندانپزشک اغلب به عنوان یکی از عوامل مستعد مرتبط با DFA عمل می کند بنابراین، متخصصان دندانپزشکی باید راه هایی را برای کاهش مواجهه با محرک هایی که باعث اضطراب می شوند پیدا کنند و درمان را به یک تجربه مثبت تبدیل کنند. این امر نیاز دندانپزشک برای شناختن بیماران، درک خصوصیات فردی کودکان و تعامل با بیماران را تقویت می کند. برقراری ارتباط و ایجاد رابطه رضایت بخش حرفه ای برای ایجاد اعتماد، و کنترل میزان اضطراب بیمار ضروری است، بیماران اغلب به دلیل DFA تا لحظه احساس درد یا ناراحتی از مراجعه به دندانپزشک خودداری می کنند. از این نظر DFA علاوه بر آسیب به سلامت دهان و از دست دادن دندان، باعث احساس اضطراب، شرم و فرومایگی نیز می شود، به همین دلیل برقراری ارتباط با بیمار علاوه بر ایجاد احساس امنیت و حمایت بیشتر مزایایی برای درمان بهتر و تسهیل درمان دندانپزشکی به همراه دارد (۲۰). در رابطه با ارزیابی DFA پرسشنامه ها متداولترین ابزار ارزیابی هستند (۳) که بیشترین تعداد مطالعات جهت بررسی میزان ترس کودکان با استفاده از پرسش نامه ها(Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule (CFSS-DS انجام شده بود، که بررسی میزان ترس کودکان با پرسش نامه های مختلف قابل مقایسه نمی باشد هم چنین به علت متفاوت بودن سنین کودکان در مطالعات مختلف و تفاوت در محیط پژوهش مقایسه میزان ترس کودکان امکان پذیر نمی باشد، اما توجه به تاثیر متغیر های موثر از جمله سن کودکان جهت کاهش DFA از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-17]

نتیجه گیری: DFA چالش اساسی و مانع مهمی برای استفاده از خدمات بهداشت دهان و دندان، درمان های دندانپزشکی، و حتی مدیریت رفتاری کودکان می باشد. برای ارتقاء سلامت دهان و دندان کودکان و کاهش DFA شناسایی عوامل مرتبط ضروری می باشد تا با شناسایی عوامل مرتبط بر DFA مداخلات و اقدامات لازم انجام گیرد.

منابع

1- Alaki S, Alotaibi A, Almabadi E, Alanquri E. Dental anxiety in middle school children and their caregivers: Prevalence and severity. J Dent Oral Hyg. 2012 ;4(1):6-11.
2- Assunção CM, Losso EM, Andreatini R, de Menezes JN. The relationship between dental anxiety in children, adolescents and their parents at dental environment. J Indian SocPedodPrev Dent 2013;31(3):175-9.
3- Schnell J. Communication Strategies for Reducing Patient Anxiety in Pedodontics Dentistry. On J Dent & Oral Health. 2019;1(5).
4- Dahlander A, Soares F, Grindefjord M, Dahllöf G. Factors Associated with Dental Fear and Anxiety in Children Aged 7 to 9 Years. Dent J (Basal). 2019 ;7(3):68.
5- Kakkar M, Wahi A, Thakkar R, Vohra I, Shukla AK. Prevalence of dental anxiety in 10-14 years old children and its implications. J DentAnesthPain Med. 2016;16(3):199-202.
6- Chhabra N, Chhabra A, Walia G. Prevalence of dental anxiety and fear among five to ten year old children: a behaviour based cross sectional study. Minerva stomatol. 2012 ;61(3):83-9.
7- Ghandharimotlagh M, Fotouhi F, Ghandharimotlagh B, Jouya H. Evaluation of dentistry fear in 3-8 years old children referred to ShahidSadoughi Dental School in Yazd. Iran J Pediatr Dent. 2019; 15 (1) :29-40.
8- Paryab M, Hosseinbor M. Dental anxiety and behavioral problems: A study of prevalence and related factors among a group of Iranian children aged 6-12. J Indian SocPedodPrev Dent 2013;31(2):82-6

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-17]

9- Leal AM, Serra KG, Queiroz RC, Araújo MA, Maia Filho EM. Fear and/or anxiety of children and parents associated with the dental environment. Eur J Paediatr Dent. 2013;14(4):269-72.

10- Al-Namankany A, De Souza M, Ashley P. Evidence-based dentistry: analysis of dental anxiety scales for children. Br Dent J. 2012 ;212(5):219-22.

11- 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. 2014;14(54):84-90.

12- Safari S, Gholami M, Razeghi S. Development of a persian version of the children's fear survey schedule-dental subscale (cfss-ds) among 8-12 year-old female students in Tehran. jdm. 2018; 31 (2) :98-108

13- Maljaei E, Erfanparast L, Azima N, Babapour J, Hosseinpour K. The Correlation between Mother's Emotional Maturation with Children's Anxiety During Routine Dental Procedures. J Res Dent Sci. 2019;16(1): 60-66.

14- Nilchiyan F, Mohammadi A. Assessment of the level of dental anxiety in 10-12 year-old students in Shahr-e-kord city in 2012. J Isfahan Dent Sch. 2013; 9(5):451-8.

15- Neamatollahi H, Tabatabaie S, Shakerimanesh F. Evaluation of the relationship between behavior of children in pediatric dental clinic and their mothers' personality. Journal of Mashhad Dental School. 2004;28(1):111-8.

16- Ghasem Pour M, Haji Ahmadi M, Pourya Vali M. Dental experiments induced anxiety in 6-12 year old children and relative factors. JBUMS. 2004; 6 (5) :12-16.

17- Nematollahi H, Nasehi A. Evaluation of the Correlation between Sensory Processing Abilities and Anxiety with Cooperation of Preschool Children Referred to Mashhad Dental School. Journal of Mashhad Dental School. 2019;43(2):179-96.

18- Baghi S, AmarehM ,Heirat R, Hajivandi A, Alizadeh Y. Evaluation of relationship between the children's dental fear and cooperation during dental treatment with the parents' general health. Iran J Pediatr Dent. 2018 ;13(2):37-42..

19- Salem K, Kousha M, Anissian A, Shahabi A. Dental fear and concomitant factors in 3-6 year-old children. J Dent Res Dent Clin Dent Prospects. 2012;6(2):70-4.

20- Ollé LA, Araujo C, Casagrande L, Bent LW, Santos BZ, Dalpia DM. Anxiety in children submitted to dental appointment. Pesqui Bras OdontopediatriaClínIntegr. 2016;16(1):167-175.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-17]

21- Stigers JI. Nonpharmacologic management of children's behaviors.In: Dean JA. Mcdonald and Avery's Dentistry for the child and adolescent. Eleventh ed. Elsevier; 2022.P 341-43.

22- Kilinc G, Akay A, Eden E, Sevinc N, Ellidokuz H. Evaluation of children’s dental anxiety levels at a kindergarten and at a dental clinic. Braz Oral Res. 2016;30(1): S1806.

23- American Academy of Pediatric Dentistry:Behavior guidance for the pediatric dental patient. The Reference Manual of Prdiatric Dentistry. Chicago, III.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2021:306-24.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-17]