

## استرس دندانپزشکی در کودکان ۱۲-۶ ساله و عوامل موثر بر آن

دکتر مریم قاسمیپور<sup>۱\*</sup>، دکتر محمود حاجی احمدی<sup>۲</sup>، دکتر محمدرضا پوریای ولی<sup>۳</sup>

۱- استادیار گروه دندانپزشکی کودکان دانشکده دندانپزشکی بابل ۲- عضو هیأت علمی گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی بابل  
۳- دندانپزشک عمومی

**سابقه و هدف:** کنترل استرس کودکان در طی اعمال دندانپزشکی یکی از مهمترین و اولین فاکتورهای موفقیت در درمان محسوب می‌شود. این مطالعه به منظور تعیین میزان استرس و همچنین عوامل موثر بر آن در کودکان مراجعه کننده به بخش اطفال دانشکده دندانپزشکی بابل انجام شد.

**مواد و روشها:** این مطالعه توصیفی، تحلیلی به روش مقطعی بر روی تمامی بیماران مراجعه کننده به بخش اطفال دانشکده دندانپزشکی بابل، که سن بین ۶-۱۲ سال داشتند در بهار ۱۳۸۱ انجام شد. روش نمونه گیری سرشماری بوده و داده‌ها از طریق پرسشنامه استاندارد (CFSS-DS) که روایی و پایایی آن با کمک یک مطالعه مقدماتی سنجیده شده بود (پایایی ۰/۸۵ و روایی ۰/۹۰) جمع آوری و سپس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** از میان افراد مورد مطالعه ۵۵ نفر پسر (۵۲/۴٪) و ۵۰ نفر دختر (۴۷/۶٪) بودند. میانگین نمرات استرس در میان کودکان  $25/4 \pm 12/9$  بود که رابطه معنی داری با متغیرهای زمینه‌ای مثل سن، جنس، شغل و سطح تحصیلات والدین، سابقه مراجعه به دندانپزشکی، مرتبه تولد، تعداد فرزندان خانواده و میزان استرس همراه بیمار وجود نداشت. در این مطالعه تعداد ۱۴ نفر (۱۳/۳٪) نمره استرس ۳۸ و بالاتر را بدست آوردند که نشان دهنده استرس بالا در این افراد بود. **نتیجه گیری:** میانگین نمرات استرس در این مطالعه و فراوانی افراد با استرس بالا نسبت به سایر مطالعات پایین تر بود. همچنین با افزایش سن تا ۱۱ سالگی از میزان استرس کاسته می‌شد که می‌تواند بدلیل رشد سایکولوژیک و افزایش درک کودک در سنین بالاتر باشد.

**واژه‌های کلیدی:** اضطراب دندانپزشکی، ترس دندانپزشکی، کودکان ۱۲-۶ ساله.

### مقدمه

بیماران مراجعه کننده به دندانپزشکی خصوصاً کودکان در بسیاری از موارد ترسهای ناشناخته ای را نشان می‌دهند. کنترل استرس کودکان در طی اعمال دندانپزشکی یکی از مهمترین و اولین فاکتورهای موفقیت در درمان محسوب می‌شود. برای بررسی میزان استرس کودکان می‌توان از پرسشنامه (Childrens CFSS-DS)

(Fear Survey Schedule Dental Subscale) که یک پرسشنامه

استاندارد و دقیق برای ارزیابی استرس دندانپزشکی در کودکان می‌باشد، استفاده کرد (۴-۱). درصد کودکانی که دچار استرس می‌باشند (برطبق جدول CFSS-DS نمره استرس بیشتر از ۳۸ دارای استرس در نظر گرفته می‌شود) در مطالعات مختلف متفاوت است. Tenberg و همکارانش (۱۹۹۸) در پژوهشی که در هلند بر

روی ۱۵۰ کودک ۱۲-۴ ساله انجام دادند، میانگین کلی نمره استرس را ۲۷ گزارش کردند. (۲). Klingberg و همکارانش در سال ۱۹۹۴ مطالعه‌ای را در جمعیت شهری کشور سوئد بر روی ۴۵۰۵ کودک ۶-۴ ساله و ۱۱-۹ ساله به انجام رساندند میانگین میزان استرس با توجه به پرسشنامه CFSS-DS ۲۳/۱ بود (۵). در ایران نیز شفیی در همدان در سال ۱۳۷۸ میانگین استرس را در ۹۹ کودک ۱۲-۶ ساله مراجعه کننده به بخش اطفال دانشکده دندانپزشکی همدان ۳۴/۷ بدست آورد (۶). لذا مطالعه حاضر در مورد عوامل و در صورت امکان نحوه و میزان تأثیر آنها بر ایجاد استرس در واقع اولین گام در راستای ایجاد و توسعه روش‌های بهینه درمان اختصاصی برای بیماران خردسال با رویکردهای روانشناسی می‌باشد. مطالعه حاضر به منظور برداشتن این گام نخست طراحی شده است.

## مواد و روشها

این مطالعه توصیفی - تحلیلی به روش مقطعی بر روی تمامی بیماران مراجعه کننده به بخش اطفال دانشکده دندانپزشکی (مشمول بر ۱۰۵ بیمار) به انجام رسید. روش نمونه گیری به صورت سرشماری بود و کلیه بیماران ۱۲-۶ ساله مراجعه کننده به بخش اطفال دانشکده در بهار ۱۳۸۱ مورد بررسی قرار گرفتند. بدین منظور از پرسش نامه CFSS-DS جهت بررسی میزان استرس تجربه شده استفاده شد.

پرسشنامه CFSS-DS پرسشنامه استاندارد است که استرس کودک را با استفاده از ۱۵ مورد که در برگیرنده تمام وضعیتهای دندانپزشکی می‌باشد. بر اساس پاسخ ثبت شده در هر مورد، نمراتی از ۱ تا ۵ منظور خواهد شد و بر طبق آن امتیاز کلی هر فرد از ۱۵ تا ۷۵ متغیر می‌باشد، که امتیاز مساوی یا بالاتر از ۳۸ نشان دهنده استرس دندانپزشکی در کودک می‌باشد.

در پرسشنامه آماده شده جهت جمع‌آوری اطلاعات علاوه بر پرسشنامه CFSS-DS یکی از سؤالات پرسشنامه Simple scale نیز برای درک علت استرس کودک به کار برده شده است که دارای شش گزینه مختلف از علل استرس

کودک از دندانپزشکی می‌باشد و کودک می‌تواند به راحتی دلیل استرس خود را از کلینیک دندانپزشکی بیان کند. همچنین مشخصات فردی همانند جنس، سن، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، شغل پدر، شغل مادر، سابقه مراجعه به دندانپزشک و مرتبه تولد کودک و تعداد فرزندان خانواده در آن گنجانده شده است. همچنین در تحقیقی که بصورت مطالعه مقدماتی بر روی ۳۰ کودک شرکت کننده در مطالعه در دو بار آزمون با فاصله زمانی ۴ هفته صورت گرفت، میزان پایایی (۸۵٪) و روایی (۹۰٪) پرسشنامه تعیین گردید.

تمامی این پرسشنامه‌ها توسط دانشجویان پرستاری دندانپزشکی که آموزش‌های لازم را در زمینه تکمیل پرسشنامه دیده بودند، تکمیل شد. ضمناً پرسشنامه مشابهی صرفاً حاوی سؤالاتی برای تعیین میزان استرس توسط والدین طفل بر شد. سپس متغیرهایی که از توزیع نرمال برخوردار بودند با استفاده از آزمون T-test و ANOVA و در مورد امتیازهای استرس که از توزیع نرمال برخوردار نبودند از آزمونهای نان پارامتری ویلکاکسون، من - ویتنی و کروسکال والیس جهت تجزیه و تحلیل استفاده شد و  $p < 0/05$  معنی دار تلقی شد.

## یافته‌ها

تکمیل پرسشنامه‌ها برای ۱۰۵ بیمار مراجعه کننده به بخش اطفال دانشکده دندانپزشکی انجام شد. از این میان ۵۵ نفر پسر (۵۲/۴٪) و ۵۰ نفر دختر (۴۷/۶٪) بودند. بیشترین تعداد مراجعه کنندگان در سن ۶ سال بودند (۳۳ نفر). در ضمن از میان بیماران مراجعه کننده ۷۵ نفر (۷۱/۴٪) سابقه مراجعه به دندانپزشک را داشتند و ۳۰ نفر تاکنون به دندانپزشک مراجعه نکرده بودند. در مورد تحصیلات والدین در پدران ۵۷ نفر و در مادران ۶۳ نفر زیر دیپلم و بی سواد دیده می‌شد و تنها ۱۲ نفر پدران و ۷ نفر مادران تحصیلات لیسانس و بالاتر داشتند. در مورد شغل والدین نیز ۷۵ نفر از پدران (۷۱/۴٪) شغل آزاد و بقیه شغل دولتی داشتند و مادران در ۹۷ مورد

(۹۲/۴٪) خانه‌دار و بقیه شاغل بودند. در مورد تعداد فرزندان خانواده، بیشتر خانواده‌ها دو بچه (۴۹/۵٪) و تنها ۱ خانواده هفت فرزند داشت. در مورد رتبه تولد بیشترین میزان (۱۲ نفر) مربوط به فرزند اول، ۵۰ نفر (۴۷/۵٪) و کمترین میزان مربوط کسانی بود که نه فرزند اول و نه فرزند آخر بودند. (۱۱/۵٪) بود. در مورد دلایل ترس کودکان نیز بیش از نیمی از کودکان ۵۳ نفر (۵۰/۵٪) گزینه من نمی‌ترسم را گزارش کرده بودند و تنها ۲۳ نفر بودند (۲۱/۹٪) که دلیل ترسشان (من از اینکه صدمه ببینم می‌ترسم) بود. میانگین نمرات استرس در بیماران ۱۲/۹±۲۵/۴ بود و در مجموع ۱۴ نفر بودند که نمره ۳۸ و بالاتر را بدست آورده بودند (۱۳/۳٪). میانگین میزان استرس در پسران (۲۶/۵) بیشتر از دختران (۲۴/۳) بود که این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. در مورد رابطه میزان استرس و سابقه مراجعه به دندانپزشک، افرادی که سابقه مراجعه به دندانپزشک را داشتند از میزان استرس بالاتری برخوردار بودند که لحاظ آماری معنی‌دار نبود.

میانگین نمرات استرس والدین نشان می‌دهد که این میزان در پدران نسبت به مادران کمتر است اما اختلاف معنی‌داری وجود ندارد. در مجموع این میانگین ۱۹/۱ می‌باشد. هر چند در کودکانیکه همراه پدرانشان آمده بودند میانگین نمرات استرس کمتر بود ولی این اختلاف معنی‌دار نبود. در سایر موارد نیز از جمله شغل والدین، سطح تحصیلات والدین، مرتبه تولد و تعداد فرزندان خانواده رابطه معنی‌داری با استرس کودکان یافت نشد.

## بحث

در این مطالعه میانگین نمرات استرس در کودکان ۱۲/۹±۲۵/۴ بود. مطالعات مشابهی که در ایران و نقاط مختلف جهان در این خصوص صورت گرفته نتایج مشابه و بعضاً متفاوتی دارند. Carson میانگین استرس را ۲۵/۶ و شفیع میانگین را ۳۴/۷ گزارش نمود (۶ و ۷). TenBerge در هلند فراوانی افراد دارای استرس را ۶٪ و Folayan در نیجریه با مطالعه‌ای بر روی ۸۱ کودک ۸-۱۳ ساله ۱۴/۸٪

گزارش نمود (۸ و ۹). در این مطالعه ۱۳/۳٪ از افراد مورد مطالعه دچار استرس بودند. دلایل اختلافات فوق می‌تواند مربوط به محدوده سنی متفاوت مطالعات مورد نظر و ثانیاً افراد پرسشگر و مسائل فرهنگی باشد، چون در مطالعات مختلف افراد مشاهده کننده متفاوت بودند که می‌تواند سبب بروز اختلافاتی در این زمینه شود.

در مطالعه حاضر میانگین نمرات استرس در پسران (۲۶/۵) از دختران (۲۴/۳) بیشتر بود البته این اختلاف جزئی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. Folayan به رابطه معنی‌داری بین میزان استرس و جنس دست نیافت (۹). اما شفیع (۶) اختلاف مشاهده شده را معنی‌دار گزارش نمود. Peretz نیز میزان استرس را در رده سنی ۱۸-۱۲ سال در دختران بیشتر از پسران گزارش کردند (۱۰) که همین تفاوت رده‌های سنی شاید دلیل بر اختلاف با این مطالعه باشد.

در این مطالعه میانگین نمرات استرس در سنین مختلف هر چند متفاوت بوده اما تفاوت معنی‌دار نبوده است. شفیع نیز بیشترین میزان استرس را در گروه سنی ۸-۶ سال و کمترین میزان استرس را در گروه سنی ۱۲-۱۰ سال گزارش می‌کند (۶). Raadl و همکارانش در مطالعه مشابهی رابطه معنی‌داری از لحاظ آماری بین سن کودک و میزان استرس بدست نیاوردند (۱۱) کودکانی که در هنگام کار دندانپزشکی دچار استرس می‌شوند، این استرس بیشتر فیزیولوژیک است تا سایکولوژیک و به همین دلیل سن نمی‌تواند عامل چندان مهمی در کاهش استرس باشد. Akyuz (۱۹۹۶) که قبل و بعد از کار دندانپزشکی ترمیمی در کودکان میزان کورتیزول بزاق را اندازه‌گیری کرده بود و افزایش معنی‌داری در ترشح کورتیزول پس از کار ترمیمی در اطفال مشاهده کرده بود (۱۲) چنین ادعایی داشت. در مورد رابطه میزان تحصیلات والدین و میزان استرس کودکان نیز با افزایش سواد پدر از میزان استرس کودک کاسته می‌شد، اما از لحاظ آماری این میزان معنی‌دار نبود. ولی در مطالعه شفیع این رابطه معنی‌دار گزارش شد (۶). مهمترین علت این امر را می‌توان به

رابطه بین استرس کودک و استرس همراه نیز رابطه معنی‌داری بدست نیامد. Corkey که تحقیقاتی در مورد عوامل خارجی مؤثر در استرس دندانپزشکی کودکان انجام داد رابطه معنی‌داری را بین میزان استرس کودک و والد گزارش نمود (۱۳). TenBerge و همکارانش در مطالعه روی کودکان ژاپنی رابطه‌ای بین ترس از دندانپزشکی در کودک و والدین نیافتند. آنها بیان داشتند که ترس والدین ممکن است بیشتر نقش ثانوی در ترس کودکان داشته باشد (۱۴)

در مورد دلایل ترس کودکان مورد مطالعه، بیش از نصف کودکان در سؤال دلایل ترس، گزینه «من نمی‌ترسم» را علامت زده‌اند. این در حالی است که شفیعی تنها ۱۲/۱٪ کودکان را با این جواب گزارش کرده است (۶). این موضوع با توجه به درصد افراد دارای استرس طبق این مطالعه (۱۳/۳٪) و مقایسه آن با مطالعه شفیعی (۴۶٪) می‌تواند قابل توجه باشد. بیشترین عامل استرس‌زا در کودکان مورد مطالعه (۲۱/۹٪) از صدمه دیدن بوده است شفیعی نیز این مورد را بیشترین عامل استرس‌زا با فراوانی ۴۵/۵٪ در اطفال گزارش کرد (۶).

### تقدیر و تشکر

بدینوسیله از زحمات دانشجویان پرستاری دندانپزشکی و مسئولین بخش دندانپزشکی کودکان که در انجام این تحقیق ما را یاری داده‌اند، تشکر میشود.

بالا رفتن سطح آگاهی خانواده، هنگامیکه والدین از سطح تحصیلات بالایی برخوردارند، نسبت داد. Folayan رابطه معنی‌داری بین سن و جنس و وضعیت اجتماعی اقتصادی کودکان و میزان استرس بیان نکرد (۹). کودکانی که پدرانشان شغل دولتی داشته نسبت به کودکانی که پدرانشان شغل آزاد داشتند، دارای استرس بیشتری بوده‌اند ولی این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار نبوده است البته این امر می‌تواند مربوط به تعداد کم پدران با شغل دولتی (۲۴/۱٪) به نسبت پدران با شغل آزاد (۷۵/۹٪) باشد. مطالعات شفیعی در همدان (۶) و Klingberg در سوئد (۵) نشان دادند کودکانی که پدرشان دارای شغل دولتی است دارای میانگین استرس کمتری نسبت به کودکانی که پدرشان شغل غیردولتی دارند، می‌باشند. در مورد مادران نیز مادران به دو گروه شاغل (۷/۸٪) و خانه‌دار (۹۲/۲٪) تقسیم شدند در این مورد نیز با توجه به عدم تناسب تعداد افراد دو گروه رابطه‌ای بین میزان استرس کودکان و شغل مادران پیدا نشد. اما شفیعی و Raadal رابطه معنی‌داری را گزارش کردند (۱۱ و ۶).

در این مطالعه ۷۱/۴٪ از کودکان سابقه مراجعه به دندانپزشک را داشتند. در این کودکان نسبت به گروه دیگر، کسانی که سابقه مراجعه به دندانپزشک را نداشتند (۲۸/۶٪) میزان استرس بالاتر بود که این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. رابطه معنی‌داری نیز بین رتبه تولد و تعداد فرزندان خانواده و استرس کودک وجود نداشت. در مورد

\*\*\*\*\*

**References**

1. Harold I, Kaplan MD. Synopsis of psychiatry, 8th ed, ST Louis Mosby 2000; P: 146.
2. Ten Berg M, Hoogstraten J. The dental subscale of children's fear survey schedule a factor analytic in the Netherlands. Com Den Oral Epi 1998; 26: 340-3.
3. Klingberg G. Reliability and validity of the Swedish version of the dental subscale of the children's fear survey schedule (CFSS- DS). ACTA Odontol Scand 1994; 52(4): 255-6
4. Aartman IH, Everdingen TV, Hoogstraten J, Schuur AH. Self report measurements of dental anxiety and fear in children: A critical assessment. ASDC J Dent Child 1998; 65(4): 229-30, 252-8.
5. Klingberg G, Bergren U, Norn GG. Dental fear in an urban Swedish child population: prevalence and concomitant factors. Com Dent Heal 1994; 11(4): 208- 14.
۶. شفیع ف. بررسی میزان استرس تجربه شده در کودکان مراجعه کننده به بخش اطفال دانشکده دندانپزشکی همدان براساس جدول CFSS-DF در سال ۱۳۷۸. پایان نامه دوره دکتری عمومی دندانپزشکی، سال تحصیلی ۱۳۷۹-۱۳۷۸.
7. Carson P, Freeman R. Assessing child dental anxiety: the validity of clinical observation. Int J Ped Dent 1997; 7(3): 171-6.
8. Ten Berge M, Veerkamp JS, Hoogstraten J, Prins PJ. Childhood dental fear in the Netherland: prevalence and normative data. Com Dent Oral Epidemol 2002; 30(2):101-7.
9. Folyan Mo, Idehen EE, Ufomata D. The effect of sociodemographic factors on dental anxiety in children seen in a suburban Nigerian hospital. Int J Paediatr Dent 2003; 13(1): 20-6.
10. Peretz B, Efrat J. Dental anxiety among young adolescent patient in Israel. Int J Ped Dent 2000;10:126-32.
11. Raadal M, Milgrom P, Weinstein P, Cauce AM. The prevalence of dental anxiety in children from low income families and its relationship to personality traits JADA 1995; 90(2): 94-101.
12. Akyuz S, Pince S, Hekin N. Children's stress during a restorative dental treatment: assessment using salivary cortisol measurements. J Clin Pediatr Dent 1994; 20(3): 219-23.
13. Corkey B, Freeman R. Predictors of dental anxiety in 6-12 years old children: Finding from a pilot study. J Dent Child 1994; 3(2): 20-5.
14. Ten Berge M, Veerkamp JS, Hoogstraten J, Prints PJ. Childhood dental fear in relation to parental child-rearing attitudes. Psychol Res 2003; 92(1) : 43-50.

---

\* آدرس نویسنده مسئول: بابل، دانشکده دندانپزشکی، بخش دندانپزشکی کودکان، تلفن: ۰۱۱۱-۲۲۲۹۵۹۱-۴.