Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Autumn 2023, Volume 10, Issue 1 10.22034/IJRN.10.1.4

The Effectiveness of Classical Cognitive Behavioral Therapy on Behavioral Adaptation, Anxiety and Dental Fear of Children

Maryam Hosinzadeh[1], Ali Khademi[2*], Majid Mahmood Aliloo[3], Farnaz Farshbaf Manisefat[4]

1- Ph.D student of General Psychology, Islamic Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran.
2- Associate Professor of Islamic Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran.
3- Professor of Psychology Department, Tabriz University, Tabriz, Iran.
4- Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran.

Corresponding Author: Ali Khademi: Associate Professor of Islamic Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran.
Email: ali.khademi56@yahoo.com

Received: 2023/3/4 Accepted: 2023/6/20

Abstract

Introduction: The aim of the present study was to evaluate the effectiveness of classical cognitive behavioral therapy on children's behavioral adaptation, anxiety and fear of dentistry.

Methods: This research was in terms of practical purpose and in terms of research design, it was a semi-experimental type of pre-test and post-test with a control group. The statistical population of this research was made up of all children aged 7-11 who referred to the dental clinic during 2019 and were suffering from fear and anxiety. 30 children were selected from among the referring children in the available way and were randomly divided into two experimental (15 people) and control (15 people) groups. So that the experimental group received cognitive behavioral therapy for 10 sessions of 90 minutes once a week for 3 months; While the control group did not receive training. To collect data, children's fear questionnaire- dental sub-index, dental anxiety questionnaire and behavioral adaptation scale were used. Data analysis was done with the statistical method of multivariate covariance analysis.

Result: The results of the research showed that there is a significant difference between the experimental group and the control group in terms of the variables of behavioral adaptation, dental anxiety and fear of children ($P<0.01$).

Conclusions: In fact, cognitive-behavioral therapy causes fear and anxiety and increases children's behavioral adaptation in dentistry.

Keywords: Anxiety, Fear, Behavioral adaptation, Cognitive-behavioral therapy, Dentistry.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.1.4]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی
پاییز ۱۴۰۲، دوره ۱۰، شماره ۱
10.22034/IJRN.10.1.4

اثربخشی درمان شناختی رفتاری کلاسیک بر سازگاری رفتاری، اضطراب و ترس دندانپزشکی کودکان

مریم حسین زاده[۱]، علی خادمی[۲*]، مجید محمودعلیلو[۳]، فرناز فرشباف مانی صفت[۴]

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران.
۲- دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران.
۳- استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
۴- استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران.

نویسنده مسئول: علی خادمی: دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران.
ایمیل: ali.khademi56@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۳/۱۲ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۳/۳۰

چکیده

مقدمه: ترس از محیط دندانپزشکی از جمله اضطراب ها و ترس های کودکان است که به شکل رفتارهای منفی مانند ترس، اضطراب و خشم بروز می کند. این رفتارهای منفی در واقع ناشی از اضطراب جدایی، مواجهه با وسایل دندانپزشکی و نیز تجربه درمانهای گوناگون پزشکی است. هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی رفتاری کلاسیک بر سازگاری رفتاری، اضطراب و ترس دندانپزشکی کودکان بود.

روش کار: این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش را تمامی کودکان ۱۱-۷ ساله مراجعه کننده به کلینیک دندانپزشکی در طول سال ۹۹ که دچار ترس و اضطراب بودند، تشکیل می دادند. از بین کودکان مراجعه کننده به شیوه در دسترس تعداد۳۰ کودک انتخاب و به طور تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. به طوری که گروه آزمایشی درمان شناختی رفتاری را به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای هفته ای یک جلسه و طی ۳ ماه دریافت کرد؛ در حالی که گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه بررسی ترس کودکان- زیرشاخص دندانپزشکی (کاتبرت و ملامد)، پرسشنامه اضطراب دندانپزشکی ونیهام و همکاران) و مقیاس رفتاری سازگاری (فرانکل) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل از نظر متغیرهای سازگاری رفتاری، اضطراب و ترس دندانپزشکی کودکان تفاوت معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۱$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج حاصله می توان از درمان شناختی- رفتاری برای کاهش آشفتگی های ناشی از درمان دندانپزشکی در کودکان استفاده نمود.

کلیدواژه ها: اضطراب، ترس، سازگاری رفتاری، درمان شناختی- رفتاری، دندانپزشکی.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.1.4]

مقدمه

آمارها نشان می‌دهد که از هر ۵ کودک ۱ نفر از دندان‌پزشک می‌ترسد (۱). هدف دندان‌پزشکی کودکان پیشگیری و درمان بیماری‌های دهانی به‌منزله اساس سلامت مطلوب دهان در طول زندگی است (۱). یکی از دلایل مهم پرهیز بیماران از مراجعه به مراکز خدمت دندان‌پزشکی و در پی آن افزایش وخامت سلامت دهان و دندان، ترس و اضطراب دندان‌پزشکی ا است. اضطراب دندان‌پزشکی در درازمدت از میزان بهداشت دهانی و نیز کیفیت زندگی فرد می‌کاهد، آسیب اجتماعی زیادی را به همراه دارد و در پایان سبب عفونت درمان‌نشده حفره دهان می‌شود (۱). یکی از روش‌های ارتقای سطح بهداشت دهانی و بهبود سازگاری، بررسی ترس و اضطراب دندان‌پزشکی و عوامل مرتبط با آن است (۲). اگر اختلالات اضطرابی کودکان درمان نشود، تا بزرگسالی ادامه می‌یابد که نه‌تنها رنج افراد مبتلا را طولانی‌تر می‌کند بلکه هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را نیز افزایش می‌دهد (۳).

از نظر تاریخی اضطراب در دندانپزشکی، به انتظاری که بیمار از درد دارد نسبت داده شده است (۴). در طول قرن های گذشته، کنترل درد یکی از عوامل پیشرفت در کاهش اضطراب بوده است. یکی از دشواری های خانواده ها و جامعه دندان پزشکان به ویژه دندان پزشکانی که با کودکان سروکار دارند ترس کودکان از درمان های دندانپزشکی است. در تحقیقات انجام شده متغیرهای مختلفی برای اضطراب و ترس از دندانپزشکی در کودکان مطرح شده که برخی از این علت ها شامل اضطراب مادری، آگاهی از مشکل دندانی، تجربیات دندانپزشکی گذشته صدای ناشناخته و بوهای عجیب و نامأنوس بود (۴). ژدر مطالعه مروری گسترده که در این زمینه صورت گرفته است میزان شیوع ترس و اضطراب دندانپزشکی حدود ۹ درصد بود (۵). همچنین در مطالعه دیگری شیوع ترس دندانپزشکی ۱۰ درصد گزارش شده است (۶).

مطب دندانپزشکی، اغلب برای کودک محیطی همراه با ترس و اضطراب بوده که گاه با وجود واکنش های دفاعی از سوی او، انجام هر گونه درمان را از سوی دندانپزشک و کادر درمانی دشوار و یا حتی ناممکن می نماید (۷). بروز اضطراب در کودک و تکرار این پدیده در جلسات درمانی پیاپی، بی گمان کارایی دندانپزشک را تحت تاثیر قرار داده و احتمال موفقیت وی را در انجام درمان کاهش می دهد (۸).

عدم آگاهی از منشا اضطراب و رفتارهای ناهنجار کودک حین درمان، غالبا دلیل اصلی شکست درمان می باشد. بعضی از عواملی که باعث بروز واکنش های منفی از سوی کودک در هنگام درمان می شوند عبارتند از محیط غریب و افراد ناشناس، ترس جدایی از والدین و از دست دادن کنترل،که این عوامل باعث بروز واکنش های منفی از سوی کودک در هنگام درمان می شوند (۹). اضطراب از دندانپزشکی در کودکان سالیان زیادی است که به عنوان یک مشکل در کنترل بیماران بیان می شود. اثر این ترس می تواند تا نوجوانی ادامه داشته باشد و سبب پرهیز از اعمال دندانپزشکی گردد (۱۰) که برآیند آن از بین رفتن سلامت دهان است.

ترس از محیط های دنداپزشکی در حین معاینه به صورت رفتارهای منفی (خشم، ترس، درد و اضطراب) ظهور می نماید. این رفتارها در واقع ناشی از جدایی از مادر، مواجهه با وسایل دندانپزشکی و همچنین شیوه های گوناگون درمان های دندانپزشکی هستند. چنانچه کودک در موقعیت تشخیص یا درمان، به اندازه کافی همکاری ننماید، هزینه و وقت زیادی صرف می گردد. از سوی دیگر ضربه عاطفی از پیامدهای ناگوار این مسئله است (۹). در کلینیک های دندانپزشکی به کمک شیوه های مختلف مانند وعده دادن یا تهدید، کودک را وادار به همکاری می نمایند و اغلب هیچ گونه مداخله حرفه ای براساس دانش جدید انجام نمی گیرد. ترس، اضطراب و مشکل کنترل رفتاری (سازگاری) در کودکان ماهیت پیچیده ای دارند و فاکتورهای مختلفی به عنوان عوامل احتمالی در ایجاد آنها عنوان شده اند. مواردی چون سن، جنست، سرشت و ویژگی های شخصیتی، سلامت عمومی و دهانی، سابقه درمان های دندانپزشکی در گذشته، ترس عمومی و مشکلات روانشناختی از جمله مهمترین عوامل هستند که مورد بررسی قرار گرفته اند (۱۱). با توجه به وجود ترس و اضطراب دندانپزشکی و مشکل رفتاری و سازگاری این کودکان که برای بیمار و دندانپزشک به دنبال دارد؛ می تواند به علت اجتناب از مراجعه به دندانپزشک موجب پوسیدگی دندان، از دست دادن دندان های شیری و دائمی و مشکلات روانشناختی به دنبال داشته باشد (۱۲)؛ لذا با توجه به این عوامل توجه به مداخله روانشناختی در این زمینه وجود دارد.

یکی از درمان های مؤثر روان شناختی که روی طیف وسیعی از اختلال های رفتاری هیجانی اثربخش می باشد،

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.1.4]

درمـان شـناختی- رفتـاری اسـت (۱۲). روش شـناختی- رفتـاری رویکـرد نسـبتا جدیـدی در روانشناسـی اسـت کـه بـر گسـترش شـیوه هـای بازآمـوزی و تغییـر رفتـار بـا فرآیندهـای شـناختی تاکیـد دارد. هـدف از ایـن روش هـا ایجـاد تغییـر در رفتـار و احسـاس فـرد بـه وسـیله تاثیـر گـذاری روی الگوهـای فکـری و رفتـاری مـی باشـد. در ایـن روش فـرض اساسـی ایـن اسـت کـه آشـفتگی هـای روانشـناختی نتیجـه افـکار و رفتـار غیـر منطقـی اسـت (۱۳). درمـان شـناختی رفتـاری تلفیقـی از رویکـرد هـای شـناختی و رفتـاری اسـت. در ایـن نـوع درمـان بـه بیمـار کمـک مـی شـود تـا الگوهـای تفکـر تحریـف شـده و رفتارهـای ناکارآمـد خـود را تشـخیص دهـد. بـرای اینکـه بتوانـد ایـن افـکار تحریـف شـده و ناکارآمـد خـود را تغییـر دهـد از بحـث هـای منظـم و تکالیـف رفتـاری دقیقـاً سـازمان یافتـه ای اسـتفاده می- شـود (۱۴). انـگارۀ اصلـی در مـدل هـای شـناختی اختـلال هـای هیجانـی، ایـن انـگاره اسـت کـه آنچـه مسـئول ایجـاد هیجـان هـای منفـی از قبیـل اضطـراب، خشـم یـا غمگینـی اسـت، خـود رویدادهـا نیسـتند بلکـه انتظـار و تفسـیر افـراد از آن رویدادهاسـت (۱۵). بـه طـوری کـه در ایـن راسـتا ویلسـون (۱۶) در مطالعـه خـود نشـان داد کـه درمـان شـناختی رفتـاری در کاهش آشـفتگی هـای ناشـی از دندانپزشـکی در کـودکان تأثیـر قابـل ملاحظـه ای دارد. ابوالقاسـمی و همـکاران (۲۰۰۷) در پژوهـش دیگـری گـزارش کردنـد کـه گـروه هـای شـناختی- رفتـاری، پلاسـیبو و کنتـرل تفـاوت معنـی داری از نظـر تـرس، خشـم، درد و ضربـان نبـض داشـتند. همچنـین نتایـج نشـان داد کـه روش مداخـلات شـناختی- رفتـاری در مقایسـه بـا پلاسـبو، تـرس، خـشم، درد و ضربـان نبـض کـودکان را هنـگام درمـان هـای دندانپزشـکی بـه طـور معنـی داری کاهـش مـی دهـد (۱۷). پوریـت و همـکاران (۲۰۱۷) در پژوهشـی کـه بـر روی ۵۶ کـودک سـنین ۱۶-۹ سـاله انجـام دادنـد، دریافتنـد کـه درمـان شـناختی رفتـاری مقبولیـت زیـادی بیـن کـودکان دارد و در کاهـش اضطـراب دندانپزشـکی مؤثـر اسـت. درمـان شـناختی- رفتـاری بـر سـازگاری کـودکان تأثیـر داشـته و میـزان سـازگاری کـودکان را افزایـش مـی دهـد (۱۸). در پژوهشـی دیگـر کریـر و همـکاران (۲۰۱۰) نشـان دادنـد کـه درمـان شـناختی- رفتـاری بـر اضطـراب و تـرس کـودکان در دندانپزشـکی تأثیـر دارد و باعـث کاهـش مشـکلات روانشـناختی ایـن کـودکان از دندانپزشـکی مـی شـود (۱۹). سـیلک و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهـش خـود نشـان داد کـه آمـوزش های شـناختی- رفتـاری مرتبـط بـا شناسـایی و برخـورد مناسـب بـا هیجانـات، سـبب مـی شـود کـه کـودک در مواجهـه بـا اسـترس هـای زندگـی، سـازگاری و انطبـاق بیشـتری داشـته باشـد و در نتیجـه کمتـر بـه افسـردگی، ناامیـدی و دیگـر پیامدهـای منفـی زندگی مثـل اضطـراب مبتـلا شـود (۲۰). بلیـک و هنریـک (۲۰۱۲) در مطالعـه دیگـری نشـان دادنـد کـه تکنیـک هـای شـناختی بـه مراجعـان یـاد مـی دهـد کـه افـکار نگرانـی و تـرس خـود را شناسـایی کننـد و آنهـا را بـه طـور عینـی مـورد آزمـون قـرار دهنـد و از ایـن طریـق آشـفتگی هـای روانـی خـود را کاهـش دهنـد (۲۱).

بـا توجـه بـه اینکـه بهداشـت دهـان و دنـدان مسـئله مهمـی در سـلامت افـراد و بـه ویـژه کـودکان مـی باشـد کـه گاهـی عـدم مراجعـه بـه مطـب دندانپزشـکی بـه دلیـل تـرس و اضطـراب، باعـث افزایـش مشـکلات و پیشـرفت بیمـاری هـای دنـدان آنهـا مـی شـود. کـودکان در مقایسـه بـا بزرگسـالان رفتارهـای ناسـازگای در مطـب دندانپزشـکی و در مواجهـه بـا ابزارهـای دندانپزشـکی از خـود نشـان مـی دهنـد و مقاومـت زیادتـری در برابـر اعمـال دنـدان پزشـکی از خـود نشـان مـی دهنـد. برخـی کـودکان خشـم و پرخاشـگری بیشـتری دارنـد و رفتارهـای آنهـا ممکـن اسـت باعـث شـود بـرای درمـان مراجعـه نکـرده و مشـکلات و بیمـاری هـای آن هـا در اثـر عـدم معالجـه بیشـتر شـود. معمـولاً روش هـای درمانـی حرفـه ای روان شـناختی برای کـودکان دچـار تـرس و اضطـراب خیلـی مـورد توجـه نبـوده و کمتـر اسـتفاده شـده اسـت. در حالـی کـه توجـه بـه بهداشـت دهـان و دنـدان و انجـام کمکهـای حرفـه ای جهـت کمـک بـه آنهـا اهمیّـت زیـادی دارد. از آنجایـی کـه اکثـر کـودکان مشـکل خرابـی دنـدان دارنـد و بـا عـدم مراجعـه یـا مقاومـت در برابـر درمـان هزینـه هـای زیـادی بـر خانـواده خـود تحمیـل مـی کننـد؛ لـذا بررسـی سـلامت روانشـناختی کـودکان و جنبـه هـای هیجانـی تـرس دندانپزشـکی در کـودکان از اهمیـت خاصی برخـوردار اسـت و انجـام پژوهـش را نشـان مـی دهـد. همچنیـن از آنجایـی کـه مطالعـه کمـی در خصـوص روش هـای درمانـی متـداول روانشـناختی و مداخلـه هـای حرفـه ای از جملـه درمـان شـناختی- رفتـاری بـرای ایـن کـودکان بـه ویـژه در ارتبـاط بـا سـازگاری رفتـاری، تـرس و اضطـراب انجـام پذیرفتـه اسـت؛ لـذا هـدف از ایـن مطالعـه اثربخشـی درمـان شـناختی رفتـاری کلاسـیک بـر سـازگاری رفتـاری، اضطـراب و تـرس دندانپزشـکی کـودکان بـود.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.1.4]

روش کار

روش مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه این پژوهش را تمامی کودکان ۱۱-۷ ساله مراجعه کننده به کلینیک دندانپزشکی رشد در طول سال ۹۹ که دچار ترس و اضطراب بودند، تشکیل دادند. از بین کودکان مراجعه کننده به شیوه در دسترس تعداد۳۰ کودک انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. به طوری که گروه آزمایشی درمان شناختی- رفتاری را به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای هفته ای یک جلسه و طی ۳ ماه دریافت کرد؛ در حالی که گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. گزارش والدین مبنی بر وحشت از محیط کلینک در کودک، تأیید علایم اضطرابی بر اساس مصاحبه بالینی و دامنه سنی ۱۱-۷ سال معیارهای ورود آزمودنی ها به مطالعه و ابتلا به هر نوع اختلال روانپزشکی دیگر یا بیماری جسمانی نیز معیار خروج آزمودنی ها از مطالعه حاضر بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش از جمله، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهشو رعایت اصل رازداری و پرهیز از سوگیری رعایت گردید.

در پژوهش حاضر برای جمع آوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامۀ بررسی ترس کودکان- زیر شاخص دندانپزشکی : 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 درجۀ ۱ مربوط به احساس آرامش و درجه ۵ مربوط به اضطراب است. نمرۀ کل شامل محاسبه نمره های هر ۵ پرسش است که امتیاز کلی هر فرد از ۱۵ تا ۷۵ متغیر می باشد. اپژوهش ها نشان دادند که پرسشنامۀ بررسی ترس کودکان ـ 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 و روایی صوری آن نیز توسط اساتید مطرح در زمینه دندانپزشکی و روانشناسی تأیید گردید (۲۲). همچنین پایایی درونی این پرسشنامه (آلفای کرونباخ) ۰/۸۵و پایایی بازآزمایی این پرسشنامه ۰/۷۴ گزارش شده است (۲۳). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب دندانپزشکی : برای سنجش میزان اضطراب کودک به کار می رود. تست تصویری وینهام یک ابزار خود گزارشی برای تعیین اضطراب است که در آن از ۸ کارت تصویری استفاده می شود. بر روی هر کارت دو تصویر که یکی مضطرب و دیگری غیر مضطرب می‌باشد نقاشی شده است این هشت کارت به نوبت به کودک نشان داده می شود و از او خواسته می شود تا بگوید کدام یک از دو تصویر به بهترین نحو بیانگر احساس درونی او می باشد اگر کودک تصویر مضطرب را انتخاب کند نمره اضطراب او یک و اگر تصویر غیر مضطرب را انتخاب نماید نمره اضطراب او صفر خواهد شد. سپس نمرات اضطراب جمع بسته خواهد شد و نمرات جمع شده بین صفر تا هشت قرار خواهد گرفت اگر نمره کودک ۴ و بالاتر باشد به عنوان کودک مضطرب در نظر گرفته خواهد شد (۲۴). وینهام و کرمر در سال ۱۹۸۰ این تست را برای وضعیت اضطراب کودکان از دندانپزشکی ساختند و در پژوهش خود پایایی تست را از طریق پایایی بازآزمون ۰/۷۰ گزارش کردند و همسانی درونی آزمون از طریق کودر ریچاردسون با ضریب ۰/۸۸ نشانه بالا بودن ثبات داخلی آزمون داشت. همچنین وینهام و کرمر (۱۹۸۰) روایی محتوایی این مقیاس را مورد تأیید قرار دادند (۲۴). همچنین ابوالقاسمی و همکاران (۲۰۰۷) روایی این پرسشنامه را با نظرخواهی از اساتید روانشناسی تأیید کرده و ضریب پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

مقیاس رفتاری سازگاری : این پرسشنامه را 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: رتبۀ ۱کاملاً منفی: سرپیچی از درمان، به شدت گریه می کند، ترسو است ویا هرگونه شواهدی از منفی گرایی شدید . رتبۀ ۲ منفی: تمایل به قبول درمان ندارد، همکاری ندارد، شواهدی از رفتار منفی نشان میدهد ولی چشمگیر نیست (کج خلقی- کناره

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.1.4]

گیری). رتبۀ ۳ مثبت: درمان را قبول می کند، همزمان محتاط هم هست، تمایل بر موافقت با دندانپزشک دارد، همزمان شرط می گذارد، ولی از دستورهای دندانپزشک هم پیروی و با او همکاری می کند. رتبۀ ۴کاملاً مثبت: رابطۀ خوبی با دندانپزشک دارد، به اعمال دندانپزشکی علاقه مند است، می خندد و لذت می برد (۲۵). پژوهش ها این شاخص را به عنوان یکی از ابزارهای ارزیابی رفتار کودک حین درمان دندانپزشکی با بالاترین روایی و پایایی گزارش کرده اند (۲۶). به طوری که روایی صوری پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شده است. شاکری منش و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه خود روایی محتوایی مقیاس را تأیید و پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کردند (۳). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

داده ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره در نسخه ۲۵ نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

یافته های جمعیت شناختی نشان دادند که میانگین سنی گروه مداخله ۹/۰۲ و انحراف معیار آن ۲/۱۱ و میانگین و انحراف معیار گروه کنترل نیز ۸/۸۹ و ۲/۳۷ بود که تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت. همچنین ۷۱٪ سابقه درمان دندانپزشکی داشته و ۲۹٪ سابقه درمان دندانپزشکی نداشتند.

شاخص های پراکندگی و تمایل مرکزی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و نوع آزمون در جداول ذیل نشان داده شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار مقادیر سازگاری رفتاری، اضطراب وترس کودکان به تفکیک گروه و زمان آزمون

متغیر	گروهها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سازگاری رفتاری	پیش آزمون	۲/۶۶	۰/۸۹	۲/۲۶	۰/۷۰
	پس آزمون	۳/۱۳	۰/۵۱	۱/۹۳	۰/۷۹
اضطراب	پیش آزمون	۵/۸۰	۱/۶۹	۶/۶۰	۰/۹۱
	پس آزمون	۴/۱۳	۱/۵۰	۶/۷۳	۰/۹۳
ترس	پیش آزمون	۶۲/۸۰	۶/۱۰	۶۳/۱۳	۵/۳۱
	پس آزمون	۴۵/۲۶	۶/۵۱	۶۱/۶۰	۴/۸۲

به منظور انجام تحلیل کوواریانس ابتدا پیش فرض همگونی شیب خط رگرسیون با آزمون F اثرات تقابلی بررسی شد و نتایج حاصل از F محاسبه شده برای متغیرهای سازگاری رفتاری (F=۰/۰۰۴، P>۰/۰۵)، اضطراب (F=۳/۴۸، P>۰/۰۵) و ترس (F=۱/۸۸، P>۰/۰۵) حاکی از رعایت این پیش فرض بود. بعلاوه آزمون برابری واریانس از طریق آزمون لون (سازگاری رفتاری، F=۰/۶۷، P>۰/۰۵، اضطراب؛ F=۳/۲۱، P>۰/۰۵ و ترس F=۳/۶۲، P>۰/۷۰) حاکی از برقرار بودن این پیش فرض های برای متغیرهای وابسته بود. همچنین نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرونوف نشان داد که داده ها نرمال هستند (P<۰/۰۵)؛ بنابراین بر اساس این مفروضه ها و پیش شرط های آزمون تحلیل کواریانس که محقق شده اند، برای تحلیل از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری سازگاری رفتاری، اضطراب و ترس دندانپزشکی کودکان در گروه درمان شناختی-رفتاری و کنترل

منبع تغییر	لامبدای ویلکز	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
گروه	۰/۲۱	۲۷/۴۳	۳	۲۳	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۲ آماره چند متغیره لامبدای ویلکز برابر ۰/۲۱ ، مقدار F برابر ۲۷/۴۳ و سطح معنی‌داری برابر ۰/۰۰۱ است. با توجه به کوچکتر بودن سطح معنی‌داری از ۰/۰۵ نتیجه می‌گیریم که در کل پس از تعدیل نمرات

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.1.4]

پیش‌آزمون، میزان نمرات پس‌آزمون متغیرهای سازگاری رفتاری، اضطراب و ترس دندانپزشکی کودکان در گروه کنترل و درمان شناختی- رفتاری دارای تفاوت معنی‌داری می‌باشند.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری متغیرهای سازگاری رفتاری، اضطراب و ترس دندانپزشکی کودکان در گروه درمان شناختی- رفتاری و کنترل

منبع تغییر	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر گروه	سازگاری رفتاری	۷/۷۲۷	۱	۷/۷۲۷	۱۶/۲۹۵	۰/۰۰۱	۰/۳۹۵
	اضطراب	۴۲/۴۴۶	۱	۴۲/۴۴۶	۲۷/۴۱۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۳
	ترس	۱۹۱۱/۷۸۶	۱	۱۹۱۱/۷۸۶	۶۷/۰۹۰	۰/۰۰۱	۰/۷۲۹
خطا	سازگاری رفتاری	۱۱/۸۵۵	۲۵	۰/۴۷۴			
	اضطراب	۳۸/۷۱۱	۲۵	۱/۵۴۸			
	ترس	۷۱۲/۳۹۸	۲۵	۲۸/۴۹۶			

نتایج تحلیل کواریانس انجام شده بر روی نمرات سازگاری رفتاری، اضطراب و ترس دندانپزشکی در دو گروه درمان شناختی- رفتاری و کنترل در جدول ۳ ارائه شده است. در این تحلیل نمره های پیش آزمون تحت کنترل آماری قرار گرفته است. یعنی اثر نمره های پیش آزمون از روی نمرات سازگاری رفتاری، اضطراب و ترس دندانپزشکی برداشته شده و سپس دو گروه براساس واریانس باقیمانده مقایسه شدند.

همان طور که نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان می دهد، بین نمره سازگاری رفتاری دندانپزشکی گروه درمان شناختی-رفتاری و کنترل تفاوت معناداری دیده می شود ($F =۱۶/۲۹، P> ۰/۰۵$). مطابق با جدول ۳ در گروه درمان شناختی-رفتاری، نمرات سازگاری رفتاری دندانپزشکی ($M= ۳/۰۹۹$) به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل ($M= ۱/۹۶۸$) است. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود درمان شناختی-رفتاری باعث افزایش سازگاری رفتاری دندانپزشکی کودکان می‌شود.

نتایج تحلیل کواریانس نشان می دهد، بین نمره اضطراب دندانپزشکی گروه درمان شناختی-رفتاری و کنترل تفاوت معناداری دیده می شود ($F =۲۷/۴۱، P>۰/۰۵$). مطابق با جدول ۳ در گروه درمان شناختی-رفتاری ، نمرات اضطراب دندانپزشکی ($M= ۴/۱۰۸$) به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل ($M=۶/۷۵۸$) است. به عبارتی اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری ، اثربخشی معنی داری را در کاهش اضطراب دندانپزشکی در پس آزمون داشته است.

همچنین نتایج تحلیل کواریانس نشان می دهد، بین نمره ترس دندانپزشکی گروه درمان شناختی-رفتاری وکنترل تفاوت معناداری دیده می شود ($F =۶۷/۰۹، P>۰/۰۵$). مطابق با جدول ۳ در گروه درمان شناختی-رفتاری، نمرات ترس دندانپزشکی ($M= ۴۴/۵۴۱$) به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل ($M= ۶۲/۳۲۵$) است. به عبارتی اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری، اثربخشی معنی داری را در کاهش ترس دندانپزشکی در پس آزمون داشته است.

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه درمان شناختی- رفتاری بر سازگاری رفتاری، اضطراب و ترس دندانپزشکی کودکان بود. یافته پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر سازگاری کودکان تأثیر داشته و میزان سازگاری کودکان را افزایش می دهد. این یافته با نتایج پژوهش های کریر و همکاران (۱۹) و ویلسون (۱۶) همسو است. به طوری که در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری می تواند میزان سازگاری کودکان در کلنیک های دندانپزشکیی را بهبود بخشد.

در تبیین این یافته می توان گفت که الگوهای رفتاری آموختنی هستند و از طریق درمان شناختی- رفتاری می توان اسنادهای منفی و بازخوردهای منفی و تحریف شده و اهداف غیرواقع بینانه را با رفتارهای سازگارانه و اهداف واقع بینانه تعدیل و جایگزین نمود و این امر می تواند به افزایش سازگاری در کودکان منجر شود (۱۹). برنامه شناختی- رفتاری، با از بین بردن سوگیری در توجه و تحریف در پردازش اطلاعات شناختی، می تواند چرخه های معیوب ایجاد شده را بشکند و میزان سازگاری را بهبود بخشد. به طوری که کودکان در جریان تمرین ها یاد گرفتند که دنیای درونی و بیرونی را بپذیرند، به عنوان شخص سوم فقط به مشاهده آنها پرداخته و در مورد آنها قضاوت نکنند.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.1.4]

آنها دریافتند که استنباط هایشان در مورد رویدادهای درونی و بیرونی ضرورتاً درست نیست، چیزی که از آن می ترسند ضرورتاً واقعی نیست؛ به عبارت دیگر، افکارشان فقط فکر هستند و نه چیز دیگر. کودکان در خلال برنامه تمرین کردند که توجه را به تجارب واقعی بیاورند. آنها یاد گرفتند که وقتی توسط افکارشان هدایت می شوند و افکارشان آنها را از واقعیت دور می کند، توجهشان را به زمان حال برگردانند و به این ترتیب سوگیری های توجه و تحریفات شناختی را از واقعیات تشخیص دهند و در برابر آنها عکس العمل مناسب نشان دهند. بنابراین از این طریق میزان سازگاری کودکان نیز بهبود می یابد (۱۶).

درمان شناختی رفتاری همچنین با افزایش آگاهی و انعطاف پذیری روانی، درست هنگامی که کودک احساس می کرد، دیگر کاری از دست او برنمی آید، انتخاب های دیگری را پیش روی او قرار داد. این درمان، سبب شد که کودک، با درک افکار منفی و پردازش های ناکارآمد حاصل از سوگیری شناختی ناشی از درد در دندانپزشکی، آگاهی یافته و از درآمیختگی اعمال خود با این افکار جلوگیری نماید و میزان سازگاری شان نیز بهبود یابد. با آگاهی و انعطاف پذیری روانی، کودک یاد می گیرد که با هیجانات و افکار منفی، مقابله ی مسئله مدار نموده و در نتیجه با چالش با افکار منفی و پردازش های شناختی ناکارآمد، بر بهبود سازگاری شان شود.

یافته پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب کودکان تأثیر داشته و میزان اضطراب کودکان را کاهش می-دهد. این یافته با نتایج پژوهش های سیلک و همکاران (۲۰) و پوریت و همکاران (۱۸) همسو است. به طوری که درمان شناختی- رفتاری نقش مهمی در کاهش میزان اضطراب در کودکان دارد. آموزش های مرتبط با شناسایی و برخورد مناسب با هیجانات، سبب شد که کودک در مواجهه با استرس های زندگی، سازگاری و انطباق بیشتری داشته باشد و در نتیجه کمتر به افسردگی، ناامیدی و دیگر پیامدهای منفی زندگی مثل اضطراب مبتلاء شود. در واقع، کودکانی که دارای درک هیجانی بالاتری می شوند، به گونه ای زندگی می کنند که پیامدهای منفی کمتری را تجربه کنند و در ایجاد و حفظ روابط نیز مهارت دارند و این عوامل باعث کاهش اضطراب می گردد (۲۰).

درمان شناختی رفتاری بر این فرض قرار دارد که کودکان دارای اضطراب الگوهای ناسازگارانه درک و پاسخ دهی به محیط را یاد گرفته اند و همچنین فاقد راهبردهای مقابله ای مؤثر هستند. از این دیدگاه، کودک مبتلا به اختلال اضطراب به خاطر اینکه بجای رفتار سازنده، مستعد درک تهدید، پاسخ اجتنابی و ناتوانی است، از نگرانی و اضطراب مفرط رنج می برد. بعد از سال ها شناسایی تهدیدهای بالقوه و پاسخدهی به صورت اضطراب، نگرانی و اجتناب، این مراجعان الگوهای پاسخدهی خودکار و مداوم را پیدا می کنند. افکار، احساسات و رفتارهای اضطرابی مداوم و تکرار شونده هستند، بنابراین در نهایت این زنجیره کاملاً خارج از آگاهی قرار می گیرد. با توجه به این که اصلی ترین ملاک اختلال اضطراب عامل نگرانی می باشد لذا با استفاده از درمان شناختی و رفتاری و محتوای شناختی جلسات درمانی و تغییر ادراکی کودکان سبک پردازش آنها تغییر می کند و در نتیجه با روش های تحلیل منطقی راهبردهای جدیدی برای حل مسائل کودکان مطرح می شود. نظر به اینکه اضطراب اختلالی است که از تعامل مؤلفه های فیزیولوژی، شناختی و رفتاری به وجود می آید درمان جامع شناختی رفتاری می تواند اثربخشی بالایی در مورد آن داشته باشد (۱۸).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر ترس کودکان تأثیر داشته و میزان ترس کودکان را کاهش می دهد. این یافته با نتایج پژوهش های ابوالقاسمی و همکاران (۱۷) و بلیک و هنریک (۲۱) همسو است. در این راستا پژوهش ها نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری می تواند میزان ترس در در آنها کاهش دهد.

تکنیک های شناختی به مراجعان یاد می دهد که افکار نگرانی و ترس خود را شناسایی کنند و آنها را به طور عینی مورد آزمون قرار دهند. درمانگر سعی می کند که بیمار را با اطلاعات جدیدی روبرو کند، که قبلاً آنها را نادیده گرفته است. این تکنیک ها به مراجعان کمک می کند که تفسیرها و برداشت های نادرست خود از رویدادهای محیطی را تعدیل و تصحیح کنند و دیدگاه های جدیدی را ایجاد کنند. مراجعان یاد می گیرند که پیچیدگی و ابهام ویژگی اکثر موقعیت های زندگی است، و بنابراین یاد می گیرند که این ابهام و عدم قطعیت را تحمل کنند و از لحاظ شناختی انعطاف پذیری بیشتری داشته باشند. در نهایت مراجعان این دیدگاه های شناختی جدید را به عنوان پاسخ مقابله ای متفاوتی در برابر رویدادهای ترس آور بکار می برند و لذا درمان شناختی- رفتاری می تواند میزان ترس را در

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.1.4]

کودکان کاهش دهد (۱۷).

هدف درمان شناختی- رفتاری ارتقای مهارت های شناختی و رفتاری افراد از طریق افزایش خودآگاهی، تسهیل در خود ادراکی بهتر و بهبود خود کنترلی است و همچنین با توجه به اینکه درمان شناختی- رفتاری به واسطه ی توجه به تغییر مثبت و موثر در پایه های شناختی، با اثرات بلندمدت بیشتری همراه است، بنابراین در شناخت درمانی کودکان، همانند شناخت درمانی بزرگسالان بر فعال بودن و هدفمند بودن تاکید می شود و به جهت عمل گرا بودن کودکان، یادگیری عملی برای آنها بهتر و نشاط آورتر است و از طریق ارتباط دادن مهارت های انطباقی با عملکردهای عینی و ملموس، کودکان برای یادآوری و انجام رفتار مطلوب در موقعیت های متفاوت آماده می شوند و از این طریق ترس شان کاهش می یابد (۲۱).

این پژوهش با محدودیت هایی مواجه بود. از آنجایی که یافته‌های پژوهش بر اساس مقیاس و استفاده از پرسشنامه بود و شرکت کنندگان ممکن است به صورت واقعی به سؤالات پاسخ ندهند و این ممکن است نتایج پژوهش را به مخاطره بیاندازد. این پژوهش بر روی کودکان ۱۱-۷ سال مراجعه کننده به کلینیک های دندانپزشکی انجام گردید که در تعمیم یافته ها بر روی سایر کودکان باید احتیاط نمود. با توجه به اینکه روش نمونه گیری به صورت دردسترس بوده و لذا از لحاظ روش-شناختی با محدودیت مواجه بود.

نتیجه گیری

بر اساس یافته های به دست آمده پیشنهاد می شود که در جلسات درمان واقعی صرف نظر از دیدگاه نظری یا سبک مشاوره ای و درمانی اتخاذ شده به منظور بهینه سازی درمان این اختلال، طرحی برای افزایش درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ارزش مراجعان و کودکان مدنظر قرار گیرد تا از این طریق مشکلات روانشناختی این کودکان کاهش یابد. بر اساس یافته به دست آمده پیشنهاد می‌شود مراکز درمانی و بیمارستان ها برنامه هایی در جهت توانمندسازی، افزایش مهارت‌های زندگی و قدرت سازگاری کودکان تدارک بینند تا ضمن افزایش سطح سازگاری، قدرت مقابله‌ی موثر آنان در برابر تنش‌ها و فشارهای روانی بهبود یابد. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، به درمانگران و متخصصان پیشنهاد می گردد به عنوان بخشی از روند درمان به بررسی و شناسایی سبک خودکار درمان شناختی- رفتاری در فرد مبتلا پرداخته و در صورت لزوم آموزش مهارتهای درمان را در برنامه کار خود قرار دهند.

سپاسگزاری

از کلیه کسانی که در اجرای این تحقیق همکاری داشتند، کمال تشکر و قدردانی را داریم. لازم به ذکر است که این مقاله حاصل رساله دانشجویی نویسنده اول مقاله بوده و کد اخلاق IR.IAU.URMIA.REC.1399.012 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه می باشد.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله اعلام می دارند، هیچ گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

References

1. Lin CS, Wu SY, Yi CA. Association between anxiety and pain in dental treatment: A systematic review and meta-analysis. Journal of Dental Research 2017, 96(2), 153-62. https://doi.org/10.1177/0022034516678168
2. Van Starrenburg, M.L., Kuijpers, R.C., Kleinjan, M., Hutschemaekers GJ, Engels RC. Effectiveness of a cognitive behavioral therapy-based indicated prevention program for children with elevated anxiety levels: A randomized controlled trial. Prevention Science 2017, 18(1), 31-9. https://doi.org/10.1007/s11121-016-0725-5
3. Shakerimanesh L, Hajiarbabi F, Peivandi Yazdi A. The Effects of Coping Cat Program on Anxiety, Emotion Regulation, and Resilience in Children Referring to Dentistry: A Case Study. Intern Med Today 2021; 27 (3): 318-341. [Persian] http://dx.doi.org/10.32598/hms.27.3.3269.1
4. Dean J. (2016). McDonald and Avery's Dentistry for the Child and Adolescent. 10th ed. St.Louis: Mosby. https://www.sciencedirect.com/book/9780323287456/mcdonald-and-averys-dentistry-for-the-child-and-adolescent
5. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. Int Journal Paediatr Dent 2007, 17(6): 391-406. https://doi.org/10.1111/j.1365-263x.2007.00872.x
6. Shim YS, Kim AH, Jeon EY, An SY. Dental fear & anxiety and dental pain in children and adolescents; a systemic review. *Journal Dent*

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.1.4]

Anesth Pain Med 2015 15(2): 53-61. https://doi.org/10.17245/jdapm.2015.15.2.53

7. Radis FG, Wilson S, Griffen AL, Coury DL. Temperament as a predictor of behavior during initial dental examination in children. Pediatric Dentistry 1994; 16(2): 121-27 https//:www.semanticscholar.org/paper/Temperament-as-a-predictor-of-behavior-during-in-Radis-Wilson٠/٧٩cb٣bcc٣٩٢٨٩٤af٢ed٨b٥٢٤fdcf١b٧٢٦٢be٦٣٤ .
8. Kent GG. Thinking about anxiety.Br dent Journal 1990 169(5): 133-5. https://kar.kent.ac.uk/19832/1/Borkovec%20Ray%20St%C3%B6ber%20%281998%29%20COTR.pdf
9. Kain ZN, Mayes LC, Weisman SJ, Hofstadter MB. Social adaptability,cognitive abilitys,and other predictors children reactions to surgery. Journal of Clinical Anesthesia 2000 12: 549-54. https://doi.org/10.1016/s0952-8180(00)00214-2
10. Frere CL, Crout R, Yorty J, McNeil DW. Effects of audiovisual distraction during dental prophylaxis. *Journal Am DentAssoc* 2001, 132(7), 1031-8. https://doi.org/10.14219/jada.archive.2001.0309
11. Agarwal M, Das UM. Dental anxiety prediction using Venham Picture test: a preliminary cross-sectional study. *Journal Indian Soc Pedod Prev Dent* 2013, 31(1): 22-4. https://doi.org/10.4103/0970-4388.112397
12. Kilinç G, Akay A, Eden E, Sevinç N, Ellidokuz H. Evaluation of children's dental anxiety levels at a kindergarten and at a dental clinic. *Braz Oral Res* 201630(1): S1806- 83242016000100701. https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2016.vol30.0072
13. Hughes J N. Cognitive Behavior Therapy with Children in Schools. New York: Pergamon press, 1999.
14. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry (9th Ed.). New York: Williams & Wilkins, 2003.
15. Hawton K, Salkovskis K, Clark K. Cognitive-behavioral treatment for psychiatric problems: Thranslated by: Farmand.A; Arjmand, 2015.
16. Wilson KA. Pharmacologic behavior management for pediatric dental treatment. Pediatric Clinics of North America 2000; 47(5):1159-75.
17. Abolghasemi A, Hajjaran M, Kiamarsi A. The effectiveness of cognitive-behavioral interventions in reduction of distress resulting from dentistry procedures. jdm 2007; 20 (2) :150-155. [Persian] .
18. Porritt J, Rodd H, Morgan A, Williams C, Gupta E, Kirby, J Marshman Z. Development and Testing of a Cognitive Behavioral Therapy Resource for Children's Dental Anxiety. JDR Clinical & Translational Research 2017, 2(1): 23–37.
19. Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. Do CBT-based interventions alleviate distress following bereavement? A review of the current evidence. International Journal of Cognitive Therapy 2010; 3(1): 77-93
20. Silk JS, Pramana G, Sequeira SL, Lindhiem O, Kendall PC, Rosen D, et al. Using a Smartphone App and Clinician Portal to Enhance Brief Cognitive Behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders. Behavior Therapy 2020; 51(1):69-84.
21. Bilek E L, Ehrenreich-May J. An Open Trial Investigation of a Transdiagnostic Group Treatment for Children With Anxiety and Depressive Symptoms. Behavior therapy 2012, 43: 887-897.
22. Pinkham JR. Pediatric Dentistry: Infancy through Adolescence. 4 th ed. Philadelphia: W. B. Saunders Co, P. 30, 2017. https://drmirkarimi.ir/wp-content/uploads/2017/07/Pediatric-Dentistry-infancy-through-adolescence-5th-edition.pdf
23. Javadinejad S, Farajzadegan Z, Sherkat S, Shokri Mozhdehi M. Reliability and Validity of the Modified Retranslated Persian Version of Child Dental Anxiety Scale in Comparison with Corah's Dental Anxiety Scale and Venham Picture Test. J Res Dent Sci 2014; 11 (2) :112-115. [Persian] http://dorl.net/dor/20.1001.1.20084676.1393.11.2.10.2
24. Venham LL, Gaulin-Kremer E, Munster E, Bengston-Audia D, Cohan J. Interval rating scales for children,s dental anxiety and uncooperative behavior. Pediatr Dent 1980 2(3): 195-202. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6938934/
25. McDonald RE, Dean JA, Avery D R. Dentistry for the child and adolescent.9 nd ed. Meryland, Mosby, 2011 https://www.sciencedirect.com/book/9780323057240/mcdonald-and-avery-dentistry-for-the-child-and-adolescent
26. Frankle SN, Shiere FR, Fogels HR. Should the parent remain with the child in dental operatory? Journal of Dentistry for Children 1962, 29, 150-163. https://www.scienceopen.com/document?vid=14206fe2-37d0-49d8-aac8-5b95736fecd1

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.1.4]