

اثر بخشی مداخلات شناختی- رفتاری در کاهش آشفتگی ناشی از شیوه‌های دندانپزشکی کودکان

دکتر عباس ابوالقاسمی⁺ - محمود حجاران^{**} - آذر کیامرثی^{***}

*استادیار گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی

**کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهید بهشتی

***عضو هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه آزاد واحد اردبیل

Title: The effectiveness of cognitive-behavioral interventions in reduction of distress resulting from dentistry procedures in children

Authors: Abolghasemi A. Assistant Professor*, Hajjaran M. Psychologist**, Kiamarsi A. Faculty Member***

Address:*Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardebili

** Department of Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences

***Department of Psychology, Ardebil Azad University

Background and Aim: Dental anxiety is a common problem in pediatric dentistry and results in behaviors like fear and anger that can negatively affect dental treatments. Exposure to various dental treatments and distressful experiences are reasons for anxiety during dental treatments. The aim of this study was to evaluate effect of cognitive behavioral interventions in reduction of stress during dental procedures in children.

Materials and Methods: In this clinical trial, 42 boys and girls, undergoing dental treatments were selected from dental clinics in Tehran. Patients were assigned to cognitive-behavioral interventions, placebo and control conditions. The fear scale, anger facial scale, pain facial scale and physiologic measure of pulse beat were evaluated. One way ANOVA and Tukey test were used to analyze the results and $p < 0.05$ was the level of significance.

Results: Results showed significant differences between cognitive-behavioral interventions, placebo and control groups regarding fear, anger, pain and pulse beat. Comparison tests revealed that cognitive-behavioral interventions were more effective in reducing fear, anger, pain and pulse beat compared to the placebo or control.

Conclusion: According to the results of this study cognitive-behavioral interventions can be used to reduce distress of children undergoing dental procedures.

Key Words: Cognitive; Behavioral interventions; Placebo; Distress; Dentistry procedures

چکیده:

زمینه و هدف: ترس از محیط دندانپزشکی از جمله اضطراب‌ها و ترس‌های کودکان است که به شکل رفتارهای منفی مانند ترس، اضطراب و خشم بروز می‌کند. این رفتارهای منفی در واقع ناشی از اضطراب جدایی، مواجهه با وسایل دندانپزشکی و نیز تجربه درمان‌های گوناگون پزشکی است. مطالعه حاضر با هدف تعیین اثر بخشی مداخلات شناختی- رفتاری و پلاسیبو در کاهش آشفتگی ناشی از شیوه‌های دندانپزشکی کودکان انجام شد.

روش بررسی: در این کارآزمایی بالینی از تکنیک مداخلات شناختی- رفتاری استفاده شد. آزمودنی‌های این پژوهش شامل ۴۲ کودک مراجعه کننده به مطب دندانپزشکی بودند که دارای ترس از محیط دندانپزشکی بودند و به طور تصادفی به گروه‌های آزمایشی، پلاسیبو و کنترل تقسیم شدند (هر گروه ۱۴ آزمودنی). مقیاس ترس، مقیاس چهره‌ای خشم، مقیاس چهره‌ای درد و شاخص فیزیولوژیک ضربان نبض مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها توسط آنالیز واریانس یک طرفه و مقایسه چندگانه Tukey تحلیل و $p < 0.05$ به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد.

⁺ مؤلف مسؤول: نشانی: اردبیل - انتهای خیابان دانشگاه - دانشگاه محقق اردبیلی

تلفن: ۰۹۱۴۴۵۴۹۶۰۴ نشانی الکترونیک: abolghasemi1344@uma.ac.ir

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که گروه‌های شناختی- رفتاری، پلاسیبو و کنترل تفاوت معنی‌داری از نظر ترس، خشم، درد و ضربان نبض داشتند. همچنین آزمون چند مقایسه‌ای توکی نشان داد که روش مداخلات شناختی- رفتاری در مقایسه با پلاسیبو، ترس، خشم، درد و ضربان نبض کودکان را هنگام درمان‌های دندانپزشکی به طور معنی‌داری کاهش می‌دهد.

: با توجه به نتایج حاصله می‌توان از مداخلات شناختی- رفتاری برای کاهش آشفتگی‌های ناشی از درمان‌های دندانپزشکی در کودکان استفاده

نمود.

کلیدواژه‌ها: مداخلات شناختی؛ رفتاری؛ پلاسیبو؛ آشفتگی؛ درمان‌های دندانپزشکی

وصول: ۸۴/۰۹/۱۴ اصلاح نهایی: ۸۶/۰۱/۲۴ تأیید چاپ: ۸۶/۰۲/۰۴

مقدمه

ترس و اضطراب آثار گوناگونی را بر زندگی کودکان از خود به جای می‌گذارند. از جمله اضطراب‌ها و ترس‌های کودکان، ترس از محیط دندانپزشکی است که در حین معاینه به صورت رفتارهای منفی (مانند ترس، اضطراب، درد و خشم) ظهور می‌نماید. این رفتارها در واقع ناشی از جدایی از مادر، مواجهه با وسایل دندانپزشکی و همچنین شیوه‌های گوناگون درمان‌های دندانپزشکی هستند. چنانچه کودک در موقعیت تشخیص یا درمان، به اندازه کافی همکاری ننماید، هزینه و وقت زیادی صرف می‌گردد، از سوی دیگر ضربه عاطفی از پیامدهای ناگوار این مسئله است. در کلینیک‌های دندانپزشکی، به کمک شیوه‌های مختلف مانند وعده دادن و یا تهدید، کودک را وادار به همکاری می‌نمایند و اغلب هیچ‌گونه مداخله حرفه‌ای براساس دانش جدید انجام نمی‌گیرد. اخیراً رویکردهای جدیدی تحت عنوان پزشکی رفتاری کودکان (children behavioral medicine) مطرح شده است که در آن بر استفاده از روش‌های شناختی- رفتاری تأکید می‌شود (۱). روش‌های شناختی- رفتاری رویکرد نسبتاً جدیدی در روانشناسی است که بر گسترش شیوه‌های بازآموزی و تغییر رفتار با فرآیندهای شناختی تأکید دارند. هدف از این روش‌ها ایجاد تغییر در احساس و رفتار فرد به وسیله تأثیرگذاری روی الگوهای فکری و رفتاری می‌باشد. در این روش، فرض اساسی این است که آشفتگی‌های روانشناختی نتیجه افکار و رفتار غیرمنطقی است (۲).

پژوهش‌هایی پیرامون آماده‌سازی کودکان برای حضور در مطب با هدف کاهش اضطراب و آشفتگی و افزایش همکاری برای درمان انجام شده است. Melamed و Siegel اعتقاد دارند که دندانپزشک با روش «بگو، نشان بده، عمل کن» شیوه درمان را مشخص کرده، به صورت تجربی نمایش دهد و عملی سازد. آنها دو نکته ضروری را مورد توجه

قرار داده‌اند: ۱- اطلاعات درباره احساس، بینش و مفاهیم مرتبط با شیوه ۲- تقویت و الگوبرداری از همسالان برای افزایش کسب مهارت (۳).

مطالعات Shigetomi و Peterson نشان داد که حین درمان‌های دندانپزشکی ترس و اضطراب در کودکانی که دارای اطلاعات حسی و مهارت مقابله بودند، نسبت به گروه شاهد کمتر بود. آنها بعد از درمان دارای ضربان نبض کندتر و آشفتگی رفتاری کمتری بودند (۴). Jay و همکاران در تحقیق خود بروز اضطراب و ترس کمتری را در بیمارانی که در حین عمل ترمیم دندان آموزش تن آرامی می‌گرفتند یا پینگ پونگ ویدئویی بازی می‌کردند، ملاحظه نمودند (۵). بسیاری از پژوهش‌ها در مورد آماده‌سازی کودکان در محیط‌های دندانپزشکی حاکی از تأثیر مدل‌سازی با فیلم یا مداخله در مرحله استرس‌زا و دادن اطلاعات حسی، بر کاهش اضطراب هستند. به علاوه آموزش مشروط مهارت‌های مقابله‌ای، جایگزینی مناسب برای این روش‌ها شناخته شده است (۶).

تحقیق Naini و همکاران نشان داد، ترس از درمان‌های مربوط به دندانپزشکی با درمان‌های دارویی و روان شناختی کاهش می‌یابد (۷). Hakeberg و همکاران در پژوهشی با استفاده از درمان شناختی- رفتاری، ترس ناشی از شیوه‌های دندانپزشکی را به طور مؤثری کاهش دادند (۸). De Jongh و همکاران در مطالعه خود، مداخلات شناختی- رفتاری را در کاهش ترس از محیط دندانپزشکی مؤثر یافتند (۹). همچنین Wilson در مطالعه‌ای نشان داد که درمان شناختی- رفتاری در کاهش آشفتگی‌های ناشی از دندانپزشکی در کودکان تأثیر قابل ملاحظه‌ای دارد (۱۰). Richardson نیز اثر بخشی پلاسیبو را بر دردهای ناشی از شیوه‌های دندانپزشکی نشان داد (۱۱).

با توجه به این که بسیاری از شیوه‌های درمانی دندانپزشکی مانند

آرامش، صحنه‌های خوشایندی را در ذهن تجسم می‌کردند. به آنها آموزش داده شد که یک قهرمان واقعی یا خیالی مورد علاقه خویش (مانند ایکوسان) را تجسم کنند. از کودکان خواسته شد که این تصویرسازی را در ذهن تمرین نمایند. ۳- مشوق مثبت: اسباب بازی و وسایل تحصیلی متناسب با سن، مدال و لوح افتخار به عنوان مشوق مثبت، در ازای یادگیری آموزش‌ها در حین شیوه دندانپزشکی و همکاری با دندانپزشک اعطا شد.

ب) پلاسیبو: به افراد این گروه نیم ساعت قبل از اجرای شیوه دندانپزشکی کپسول گلوکز قهوه‌ای رنگ ۵۰ میلی‌گرمی داده شد. **روش اجرا:** پس از ایجاد فضای مناسب و راحت و کسب رضایت شفاهی برای شرکت در این بررسی، فرم مشخصات فردی از طریق والدین تکمیل و در همانجا کلیه ارزیابی‌ها بر روی کودک انجام گرفت. سپس در ۴ جلسه شیوه‌های شناختی- رفتاری مورد نظر به بیماران گروه آزمایش و والدین آنها آموزش داده شد و از آنها درخواست گردید که در منزل به صورت یادآوری، شیوه‌ها را بررسی نمایند. افراد گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند و تنها برای بررسی و ارزیابی آشفته‌گی ناشی از شیوه‌های تشخیصی- درمانی در جلسات حضور یافتند. جلسه آموزش شیوه‌های شناختی- رفتاری برای آزمودنی‌ها به صورت انفرادی انجام گرفت.

مراحل انجام مداخلات شناختی- رفتاری بدین شرح بود: در جلسه اول توضیحاتی درباره ماهیت، اثرات و پیامدهای اضطراب و درد ناشی از شیوه‌های دندانپزشکی و نحوه اثر مداخلات شناختی- رفتاری بر آنها داده شد. در این جلسه پیش از آنکه آزمودنی نیز انجام شد. در جلسه دوم کودکان دستگاه شماره زن را در دست گرفته و محرک شنیداری را شمارش کردند. به آنها آموزش داده شد که هنگام درمان از این روش برای انحراف توجه استفاده نمایند. در جلسه سوم ضمن مرور جلسات قبلی، تصویرسازی ذهنی به کودکان آموزش داده شد. در جلسه چهارم انحراف توجه و تصویرسازی ذهنی تمرین شد. در این جلسه پس از آنکه آزمودنی نیز صورت گرفت.

طبق دستور دندانپزشک به گروه پلاسیبو کپسول قهوه‌ای رنگی همراه با لیوان آب داده و به آنها گفته شد که این جزء برنامه درمانی شماست و این دارو از درد، ترس و اضطراب شما می‌کاهد. کودکان پس از خوردن کپسول پلاسیبو حدود ۳۰ دقیقه در سالن انتظار نشستند تا

بی‌حس کردن و پر کردن دندان موجب آشفته‌گی در کودکان می‌شوند، آموزش راهبردهای مقابله‌ای به کودکان، برای رویارویی با چنین شیوه‌هایی می‌تواند در بهبود شرایط روحی آنها مؤثر باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین اثر بخشی مداخله‌های شناختی- رفتاری در کاهش ترس، درد، خشم و ضربان نبض ناشی از شیوه‌های دندانپزشکی کودکان انجام شد.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی بود که به صورت آزمایشی با طرح پیش ازآزمون- پس ازآزمون با گروه کنترل انجام شد. آزمودنی‌های پژوهش شامل سه گروه از کودکان دارای مشکلات دندانپزشکی بودند: گروهی که در معرض مداخلات شناختی- رفتاری قرار گرفتند. گروهی که پلاسیبو گرفتند و گروهی که به عنوان کنترل در نظر گرفته شدند. آزمودنی‌های پژوهش شامل ۴۲ کودک بیمار دندانپزشکی ۹-۱۲ ساله بودند که ضمن نیاز به درمان ترمیمی، از محیط دندانپزشکی وحشت داشتند. این کودکان به طور تصادفی به سه گروه آزمایشی، پلاسیبو و کنترل تقسیم شدند. هر گروه شامل ۱۴ کودک بود. میانگین و انحراف معیار سنی آنها $10/75 \pm 1/38$ بود. $42/8\%$ (۱۸ نفر) از کودکان دختر و $57/2\%$ (۲۴ نفر) پسر بودند.

به طور کلی تعداد جلسات مداخله‌های شناختی- رفتاری ۴ جلسه بود که هر جلسه حدود ۳۰ دقیقه به طول انجامید. پیش ازآزمون قبل از اعمال مداخله و پس ازآزمون بعد از اعمال آزمایشی انجام شد. در این جلسات به گروه آزمایشی مداخلات شناختی- رفتاری آموزش داده شد و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. شیوه‌های مداخله در این پژوهش عبارت بودند از:

الف) مداخلات شناختی- رفتاری: مداخلات شناختی- رفتاری که در این پژوهش برای کودکان مورد نظر به کار برده شد عبارت بودند از:

۱- **انحراف توجه:** برای واگردانی توجه بیماران، از دستگاه شماره زن استفاده شد. در این تحقیق از آزمودنی‌ها درخواست شد که دستگاه شماره زن را در دست گرفته و محرک شنیداری (۴ نوع بوق با صداهای زیر و بم) را شمارش کنند.

۲- **تصویرسازی ذهنی:** در تصویرسازی ذهنی کودکان در حالت

نوبت درمان آنها برسد.

برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزار و مواد زیر استفاده شد:

مقیاس ترس: مقیاس ترس (Fear Scale) توسط Kleinknecht و همکاران ساخته شده است. این مقیاس جنبه‌های فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری ترس در محیط دندانپزشکی را می‌سنجد و ۲۰ مورد دارد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۷۱ گزارش شده است. ضریب همبستگی این مقیاس با مقیاس نیم‌رخ رفتاری Ketz و Clerman ۰/۴۶ (P=۰/۰۱) می‌باشد (۱۲).

مقیاس چهره‌ای خشم: مقیاس چهره‌ای خشم شامل چهار چهره کارتونی است که هر چهره کارتونی توسط فرد مورد آزمایش با یک مقیاس چهار درجه‌ای به ترتیب حالت خشم درجه بندی می‌شود. ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۶۳ گزارش شده است (۱۳).

مقیاس چهره‌ای درد: مقیاس چهره‌ای درد توسط Bierl و همکاران ساخته شده است. این مقیاس شامل هفت چهره نقاشی کارتونی است که توسط آزمودنی از یک تا چهار درجه بندی می‌شود. چهره اول حالت خنثی دارد، ولی از چهره دوم تا هفتم میزان افزوده درد نشان داده می‌شود. ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۷۳ گزارش شده است (۱۴).

شاخص فیزیولوژیک ضربان نبض: این شاخص در دقیقه محاسبه شد.

از کپسول گلوکز قهوه‌ای رنگ ۵۰ میلی گرمی به عنوان پلاسیبو در این پژوهش استفاده شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه به منظور مقایسه تفاضل نمره‌های پیش آزمون- پس آزمون هر یک از متغیرها در سه گروه و آزمون Tukey جهت مقایسه دو به دو میانگین نمره‌های متغیرها در گروه‌ها استفاده و $p < 0.05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین (انحراف معیار) نمرات متغیرهای ترس، ضربان نبض، درد و خشم کودکان دو گروه مداخلات شناختی- رفتاری

و پلاسیبو در پیش آزمون از پس آزمون بیشتر بود (جدول ۱).

بین تفاضل نمره‌های پیش آزمون- پس آزمون ترس، ضربان نبض، درد و خشم هر سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت (P=۰/۰۰۱) (جدول ۲).

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره های ترس، درد، ضربان نبض و خشم گروه‌های مختلف در دو مرحله اجرای آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		SD	X	SD	X
ترس	شناختی-رفتاری	۵/۸۱	۱/۲۹	۳/۸۸	۱/۰۲
	پلاسیبو	۵/۹۴	۱/۸۸	۵/۱۲	۰/۸۸
	کنترل	۵/۶۴	۱/۲۴	۵/۵۰	۰/۹۸
درد	شناختی-رفتاری	۵/۸۸	۱/۳۱	۳/۷۵	۰/۸۱
	پلاسیبو	۵/۳۷	۰/۹۸	۴/۵۲	۰/۷۸
	کنترل	۵/۳۸	۰/۹۱	۵/۳۸	۱/۰۱
نبض	شناختی-رفتاری	۱۱۵/۵	۱/۴۱	۱۱۰/۴۳	۱/۹۶
	پلاسیبو	۱۱۵/۴۷	۰/۹۸	۱۱۳/۶۹	۱/۱۶
	کنترل	۱۱۴/۷۶	۰/۷۳	۱۱۴/۶۵	۱/۰۴
خشم	شناختی-رفتاری	۶/۱۸	۱/۱۶	۲/۳۷	۱/۰۴
	پلاسیبو	۵/۹۴	۱/۱۱	۳/۹۲	۱/۳۱
	کنترل	۵/۹۹	۱/۳۳	۵/۵	۰/۹۷

جدول ۲- خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک متغیری بر روی تفاضل نمره های پیش آزمون- پس آزمون ترس، ضربان نبض، درد و خشم در گروه‌های مختلف.

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
ترس	بین گروهی	۵۶/۱۷	۲	۲۸/۰۹	۱۰/۶۴	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۱۰۲/۹۷	۳۹	۲/۶۴		
	کل	۱۵۹/۱۴	۴۱			
ضربان نبض	بین گروهی	۶۷/۷۸	۲	۳۳/۸۹	۲۰/۱۶	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۶۵/۵۵	۳۹	۱/۶۸		
	کل	۱۳۳/۳۳	۴۱			
درد	بین گروهی	۱۴۹/۸۱	۲	۷۴/۹۱	۲۱/۳۶	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۱۳۶/۷۶	۳۹	۳/۵۱		
	کل	۲۸۶/۵۷	۴۱			
خشم	بین گروهی	۶۵/۵۰	۲	۳۲/۷۵	۱۷/۶۲	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۷۲/۴۹	۳۹	۱/۸۶		
	کل	۱۳۸/۶۶	۴۱			

مکانیزم‌های واگردانی توجه تلقی شوند. این روش‌ها می‌توانند استعداد شناخت کودک را جذب نموده و با دخالت در عناصر شناختی، خاصیت درمانی پیدا کنند. به طور مثال با تولید صدا و نور، می‌توان احساس درد و ناراحتی را در کودک منحرف کرد یا کاهش داد. سرانجام، مداخله‌های شناختی- رفتاری، روش مقابله فعال با استرس را فراهم می‌آورند و بدین وسیله فرد از حالت انفعالی بیرونی آمده و به گونه‌ای فعال در کنترل خویشتن و اصلاح رفتار شرکت می‌کند. برای مثال، شیوه تقویت مثبت، یا انحراف توجه و یا تصویرسازی ذهنی به فرد کمک می‌کند تا به اکتساب مهارت‌های مقابله‌ای روی بیاورد و در نتیجه احساس تسلط بر شرایط خویش را پیدا کند.

همان‌طور که ملاحظه شد ضربان نبض ناشی از درمان دندانپزشکی در گروه آزمایشی بعد از مداخلات شناختی- رفتاری خیلی کندتر از گروه پلاسیبو و کنترل بود. این نتیجه، با یافته‌های مطالعات دیگر که اثر بخش بودن مداخله‌های شناختی- رفتاری در کاهش ضربان نبض ناشی از این درمان‌های دندانپزشکی را نشان می‌دهد، همسویی دارد (۷،۴).

افراد گروه آزمایشی بعد از مداخلات شناختی- رفتاری درد ناشی از شیوه دندانپزشکی را با درجه خیلی کمتری نسبت به گروه‌های پلاسیبو و کنترل نشان دادند که با یافته‌های مطالعات دیگر مبنی بر اثربخش بودن مداخله‌های شناختی- رفتاری در کاهش درد ناشی از درمان‌های دندانپزشکی، هماهنگی دارد (۹،۱).

کودکان گروه آزمایشی بعد از مداخلات شناختی- رفتاری، خشم ناشی از درمان دندانپزشکی را با درجه خیلی کمتری نسبت به گروه‌های پلاسیبو و کنترل نشان دادند. این نتیجه، با یافته‌های مطالعات دیگر که اثر مداخله‌های شناختی- رفتاری را در کاهش خشم ناشی از درمان‌های دندانپزشکی نشان داده‌اند، همسویی دارد (۸،۷).

علت آشفتگی بیشتر کودکان هنگام درمان‌های دندانپزشکی را می‌توان این‌گونه بیان کرد که اولاً، به سبب رشد نیافتگی قوای شناختی و شیوه‌های مقابله رفتاری با آشفتگی، کودکان مواجهه کم اثرتری با موقعیت‌های استرس‌آور دارند و شاید استرس را با درجه بالاتری نشان می‌دهند. ضمن این که آنها در سنینی به سر می‌برند که معمولاً ناستواری هیجانی بیشتری از خود بروز می‌دهند (۵).

به طور کلی به موازات رشد شخصیت فرد، حس درد با افکار،

نتایج مربوط به آزمون Tukey نشان داد که میانگین تغییرات هر یک از متغیرهای ترس، ضربان نبض، درد و خشم در گروه مداخلات شناختی- رفتاری از گروه کنترل و پلاسیبو و گروه پلاسیبو از کنترل به طور معنی‌داری بیشتر بود ($P < 0.001$) (جدول ۳).

جدول ۳- مقایسه تفاضل میانگین نمره‌های پیش آزمون- پس آزمون ترس، ضربان نبض، درد و خشم در گروه‌های مختلف با آزمون Tukey

متغیر	گروه‌ها	۲	۳
ترس	۱- شناختی- رفتاری	*	*
	۲- پلاسیبو	-	*
	۳- کنترل	*	-
ضربان نبض	۱- شناختی- رفتاری	*	*
	۲- پلاسیبو	-	*
	۳- کنترل	*	-
درد	۱- شناختی- رفتاری	*	*
	۲- پلاسیبو	-	*
	۳- کنترل	*	-
خشم	۱- شناختی- رفتاری	*	*
	۲- پلاسیبو	-	*
	۳- کنترل	*	-

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که ملاحظه شد کودکان گروه آزمایشی بعد از مداخلات شناختی- رفتاری، ترس ناشی از درمان دندانپزشکی را با درجه خیلی کمتری نسبت به گروه‌های پلاسیبو و کنترل نشان دادند. این نتیجه با یافته‌های دیگران همسویی دارد (۱۰،۹،۱ و ۱۴). این پژوهش‌ها اثر مداخله‌های شناختی- رفتاری را در کاهش ترس ناشی از درمان‌های دندانپزشکی نشان داده‌اند. در مطالعه Jay و همکاران اثر مثبت مداخله‌های شناختی- رفتاری بر کاهش آشفتگی ناشی از درمان‌های دندانپزشکی تأیید شد (۵). همچنین آنها مداخله‌های شناختی- رفتاری را در مقایسه با پلاسیبو مؤثرتر گزارش نموده‌اند (۶). مداخله‌های شناختی- رفتاری احتمالاً می‌توانند موجب آرامش جسمانی نسبی شوند و به دنبال آن، تغییراتی در پارامترهای فیزیولوژیک به وجود آورند. تنفس عمیق و تصویرسازی ذهنی می‌تواند در کودک آرامش ایجاد نماید و به منزله روش کنترل استرس در تعامل با سایر اجزاء به کار رود. همچنین روش‌های شناختی- رفتاری می‌توانند به عنوان

وجود ترس تجربی می‌تواند تغییراتی را در نتایج چنین پژوهش‌هایی ایجاد کند. بنابراین وجود این متغیرها می‌تواند تعمیم پذیری نتایج را تا حدودی با دشواری و محدودیت مواجه سازد. با توجه به این که تعداد مراجعین دندانپزشکی کودکان رو به افزایش است و استفاده از شیوه‌های التیام بخش مانند بی حسی و دارو مستلزم هزینه زیادی بوده و از سویی این روش‌ها به لحاظ ایجاد درد و ترس آسیب‌زا هستند، استفاده از مداخله‌های شناختی- رفتاری جهت کاهش آشفتگی رفتاری ناشی از درمان دندانپزشکی حائز اهمیت بسیار است. بنابراین پیشنهاد می‌گردد که کلینیک‌ها و مطب‌های دندانپزشکی کودکان از چنین روش‌هایی جهت تسهیل درمان استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی

از همکاری و مساعدت سرکار خانم دکتر منصوری تشکر و قدردانی می‌گردد.

احساس و اعمال مربوط به تجربه‌های زندگی همراه می‌شود. بنابراین ابراز درد در خردسالی با شدت بیشتری صورت می‌گیرد. این پدیده در مورد تظاهرات بالینی سایر هیجان‌های منفی نیز صدق می‌کند. دلیل احتمالی دیگر ناتوانی شناختی کودکان در بیان مطمئن هیجان‌های خود هنگام استفاده از ابزار خودسنجی است (۲).

اثر بخشی تقریبی پلاسیبو در کاهش آشفتگی‌های ناشی از شیوه‌های دندانپزشکی به خاطر نفوذ کلام درمانگر، انتظارات بیمار و حتی رنگ و اندازه کپسول و قرص پلاسیبو می‌باشد. محققین اعتقاد دارند که بسیاری از فرآیندهای روانی روی ادراک درد اثر می‌گذارند و با دستکاری چنین فرآیندهایی است که پلاسیبو اثرات خود را نشان می‌دهد. حتی، ممکن است یک کپسول آغشته به نوعی ژله شیرین، توجه بیمار را از درد یا اضطراب خود منحرف سازد (۱۰).

تنوع در محیط‌های کاری دندانپزشکی، نحوه رفتار و برخورد پزشکان عمل کننده، مشاهده و تقلید ترس از کودکان دیگر و

منابع:

- 1- Skaret E, Raadal M, Kvale G, Berg E. Dental anxiety and dental avoidance among 12-18 year olds in Norway. *European Journal of Oral Science* 1999; 107 (6):422-8.
- 2- Hughes JN. *Cognitive Behavior Therapy with Children in Schools*. New York: Pergamon press; 1999.
- 3- Melamed B, Siegel LJ. Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *J of Consulting and Clinical Psychology* 1975;43(4):511-21.
- 4- Peterson L, Shigetomi, C. The use of coping techniques in minimizing anxiety in hospitalized children. *Behavior Therapy* 1981; 12(1):1-14.
- 5- Jay SM, Elliott CH, Katz E, Siegel SE. Cognitive-behavioral and pharmacologic interventions for children's distress during painful medical procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987;55(6):860-5.
- 6- Jay SM, Elliott CH, Woody PD, Siegel S. An investigation of cognitive-behavior therapy. *Health Psychology* 1991; 10(5):317-22.
- 7- Naini FB, Mellor AC, Getz T. Treatment of dental fears: pharmacology or psychology? *Dent Update* 1999; 26(7):270-4, 276.
- 8- Hakeberg M, Berggren U, Carlsson SG, Gröndahl HG. Long-term effects on dental care behavior and dental health after treatments for dental fear. *Anesth Prog*. 1993;40(3):72-7.
- 9- De-Jongh A, Muris P, Horst GY, Van Zuuren F,

Schoenmakers N, Makkes P. One-session cognitive treatment of dental phobia: preparing dental phobics for treatment by restructuring negative cognitions. *Behav Res Ther* 1995;33(8):947-54.

10- Wilson KA. Pharmacologic behavior management for pediatric dental treatment. *Pediatric Clinics of North America* 2000;47(5):1159-75.

11- Richardson, P. Placebos, Their Effectiveness and Modes of Action. *Health Psychology*. London: Chapman & Hail; 1989.

12- Kleinknecht RA, Klepac RK, Alexander LD. Origins and characteristics of fear of dentistry. *J Am Dent Assoc* 1973; 86:842-8.

۱۳- براهنی م ن (استاد راهنما)، حجاران م. نقش مداخلات رفتاری- شناختی، دارویی، پلاسیبویی در کاهش آشفتگی ناشی از شیوه‌های پزشکی در کودکان سرطانی. پایان نامه کارشناسی ارشد ۱۳۶. دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ انیستیتو روانپزشکی تهران. ۱۳۷۳.

14- Bieri D, Reeve RA, Champion GD, Addicoat L, Ziegler JB.. The faces pain scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: Development, initial validation and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain* 1990; 41(2):139-50.