

تأثیر حضور والدین بر میزان ترس و همکاری کودکان ۴-۶ ساله مراجعه کننده به بخش کودکان دانشکده دندان پزشکی اصفهان

دکتر مهدی جعفرزاده^۱، دکتر علیرضا عشقی^۲، دکتر فاطمه فرح بخش پور^۳، سپیده کاظمی زاده^۴

چکیده

مقدمه: ترس و اضطراب ناشی از خدمات دندان پزشکی باعث کاهش همکاری کودک حین درمان می شود. از آنجایی که بسیاری از والدین تمایل به همراهی با کودک در اتاق درمان دارند؛ این پژوهش به بررسی تأثیر حضور والدین بر میزان ترس و همکاری کودکان ۴-۶ ساله مراجعه کننده به دانشکده دندان پزشکی اصفهان پرداخت.

مواد و روش ها: این مطالعه مقطعی بر روی ۵۰ کودک مراجعه کننده به دانشکده دندان پزشکی اصفهان که در دامنه سنی ۴-۶ سال بودند و تجربه قبلی دندان پزشکی نداشتند و از نظر جسمی و ذهنی سالم بودند انجام شد. پس از تقسیم تصادفی به دو گروه، در گروه اول والدین در تمام مراحل کار کنار کودک حضور داشتند. در گروه دوم، ۲۵ کودک بدون حضور والدین درمان شدند. میزان همکاری کودک با شاخص فرانکل (Franckel index) حین درمان و میزان ترس کودک توسط پرسشنامه (-Children Fear Schedule Survey CFSS-DS (Dental Subscale پس از اتمام درمان سنجیده شد. برای مقایسه میانگین نمره ترس از آزمون t-test؛ برای مقایسه میزان همکاری از آزمون Mann-Whitney و نیز برای بررسی رابطه میان نمره ترس و میزان همکاری از ضریب همبستگی Spearman استفاده شد. $p \text{ value} < 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین نمره ترس در گروه با والدین $6/40 \pm 26/60$ و در گروه بدون والدین $10/61 \pm 28/80$ بود. از نظر آماری ارتباط معنی داری بین حضور والدین و نمره ترس کودک طبق شاخص CFSS-DS و همکاری کودک وجود نداشت. به ترتیب $p \text{ value} = 0/37$ و $0/79$ و نیز بین میانگین نمره ترس و میزان همکاری همبستگی زیاد اما معکوس وجود داشت ($r = 0/783$ و $p \text{ value} < 0/001$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر، حضور والدین تأثیری بر میزان ترس کودک و همکاری او با دندان پزشک ندارد.

کلید واژه ها: ترس دندان پزشکی، همکاری بیمار، کودک.

* دستیار تخصصی، گروه دندان پزشکی کودکان، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (مؤلف مسئول)
farahbakhsh_fatemeh@yahoo.com

۱: استادیار، عضو مرکز تحقیقات دندان پزشکی تربی نژاد، گروه دندان پزشکی کودکان، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲: استادیار، عضو مرکز تحقیقات دندان پزشکی تربی نژاد، گروه دندان پزشکی کودکان، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۳: دانشجوی دندان پزشکی، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

این مقاله حاصل پایان نامه تخصصی به شماره ۳۸۸۴۲۹ مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می باشد.

این مقاله در تاریخ ۹۰/۶/۲۳ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۹۰/۹/۵ اصلاح شده و در تاریخ ۹۰/۹/۲۹ تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان
۱۳۹۰؛ ویژه نامه ۷ (۵): ۷۰۷ تا ۷۱۳

مقدمه

دندان‌پزشکان کودکان علاوه بر گسترش بهداشت دهانی مناسب میان کودکان، تلاش می‌کنند تا چشم‌اندازی مثبت در آن‌ها به دنبال یک ملاقات دندان‌پزشکی فراهم کنند. بنابراین سعی می‌کنند اضطراب و ترس کودکان را با استفاده از روش‌های مختلف کنترل کنند. که از جمله آن‌ها، بگو، نشان بده، انجام بده (Tell, show, do)، تقویت، آرام‌بخشی، پرت کردن حواس و مداخله والدین می‌باشد. همچنین روش‌های تهاجمی‌تری مانند دست روی دهان (Hand over mouth) و محدودیت‌های فیزیکی برای کاهش رفتار نامناسب احتمالی کودک حین ملاقات استفاده می‌شوند [۲، ۱]. به دنبال تغییرات اجتماعی امروز، روش‌هایی که تهاجم کمتری دارند برای کودکان و والدین آن‌ها قابل قبول‌تر هستند. بیشترین روش استفاده شده میان دندان‌پزشکان کودکان که تهاجم کمتری هم دارد، حضور و غیاب والدین است. در این روش، والدین در اتاق کار دندان‌پزشکی حضور دارند و در موردی که کودک غیر همکار است، از والد خواسته می‌شود که اتاق را ترک کرده و پس از تثبیت همکاری کودک، به عنوان یک پاداش، دوباره از او خواسته می‌شود که در اتاق حاضر شود [۳]. Kotsanos و همکاران [۴] موفقیت این روش را حین اولین جلسات درمانی مشاهده کردند. افزایش اصرار والدین برای حضور نزد کودکان خود [۵، ۶] سبب شده است که دندان‌پزشکان دیدگاه خود مبنی بر درخواست از والدین جهت ترک اتاق را دوباره ارزیابی کنند. پژوهشگران روان‌پزشک، تأیید کرده‌اند که حضور حداقل یکی از والدین موجب افزایش احساس امنیت و بهبود رفتار کودک می‌شود [۷]. مطالعاتی که در این زمینه در ملل و فرهنگ‌های مختلف انجام شده، نتایج یکسانی نشان نداده است [۱۳-۸].

در مطالعه‌ای نتایج کلینیکی مثبت و موفق در درمان ۲۸ کودک ۱۲-۳ ساله به دست آمد. کودکان به دلیل مشکلات رفتاری که مربوط به جدایی آن‌ها از والدین خود حین ملاقات‌های دندان‌پزشکی بود، مراجعه کرده بودند. مشخص شد که حضور والدین مشکلات رفتاری کودکان را افزایش داده و بنابراین منجر به شکست دندان‌پزشک در کنترل کودک می‌شود [۱۰]. Marzo و همکاران [۸] نتایج بهتری در گروهی که والدین حضور نداشتند مشاهده کردند و نیز عدم مراجعه بیماران

برای جلسه دوم کاهش یافت. Lewis و Law [۱۱] نتوانستند تفاوت‌های آماری معنی‌داری در واکنش روانی- فیزیولوژیکی به حضور والدین در کودکان دارای سابقه ملاقات دندان‌پزشکی به دست آورند.

Venham و همکاران [۱۲] واکنش ۶۴ کودک ۵-۲ ساله بدون هر سابقه ملاقات دندان‌پزشکی را در دو گروه (با و بدون حضور والدین) بررسی کرد. ملاقات‌ها شامل ملاقات ابتدایی، تشخیص، پروفیل‌اکسی و فلورایدترابی بود. حین درمان، میزان ضربان قلب کودکان ارزیابی شد. رفتار کلینیکی و اضطراب از طریق فیلم‌های ضبط شده با استفاده از شاخص رفتار و اضطراب Venham و همکاران [۱۲] درجه‌بندی شد. بررسی جلسات ملاقات، تفاوت‌های آماری معنی‌داری در واکنش کودکان با و بدون حضور والدین نشان نداد. نتایج مشابهی در مطالعه دیگر آن‌ها در سال ۱۹۷۹ گزارش شده است [۹]. Pfefferle و همکاران [۱۳] رفتار ۴۸ کودک (۶۰-۳۶ ماهه) که تجربه دندان‌پزشکی نداشتند را مطالعه کردند. مطالعه آن‌ها با استفاده از شاخص (North carolina behavior rating scale) بود. تفاوت آماری معنی‌داری میان حضور و عدم حضور والدین دیده نشد. در مطالعه Fenlon و همکاران [۱۰] که رفتار ۳۱ کودک انگلیسی را بر اساس شاخص Franckle بررسی کرد نیز حضور و عدم حضور والدین اثری بر همکاری کودک نداشت.

با توجه به تناقضات موجود در مطالعات انجام شده در جوامع و فرهنگ‌های گوناگون، بدون در نظر گرفتن روش‌های مختلف استفاده شده و نیز از آن‌جا که بسیاری از والدین تمایل به همراهی با کودک در اتاق درمان دارند؛ این مطالعه به منظور بررسی تأثیر حضور والدین در میزان ترس و همکاری کودکان ۶-۴ ساله مراجعه کننده به دانشکده دندان‌پزشکی اصفهان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی بوده است و بر روی کودکان ۶-۴ ساله مراجعه کننده به بخش اطفال دانشکده دندان‌پزشکی اصفهان در بهار ۱۳۸۹ انجام شد. این پژوهش به تأیید کمیته اخلاق دانشکده دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد ۳۸۸۴۲۹ رسید. تعداد نمونه بر اساس مطالعات مشابه پیشین

تقسیم شدند. سپس میانگین نمرات در هر گروه تعیین شده و نتایج با استفاده از نرم‌افزار (SPSS Inc, Version 16, SPSS (Chicago, US) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش برای تعیین میانگین نمره ترس و میزان همکاری در کودکان از آمار توصیفی؛ برای مقایسه میانگین نمره ترس از آزمون t -test؛ برای مقایسه میزان همکاری از آزمون Mann-Whitney و برای بررسی رابطه میان نمره ترس و میزان همکاری از ضریب همبستگی Spearman استفاده شده است. معنی‌دار بودن آزمون‌ها بر اساس $p \text{ value} < 0/05$ محاسبه شده است.

یافته‌ها

در گروهی که والدین حضور داشتند، ۱۰ نفر ترس پایین، ۱ نفر ترس بالا و ۱۴ نفر ترس متوسط و در گروهی که والدین حضور نداشتند، ۱۱ نفر ترس پایین، ۸ نفر ترس بالا و ۶ نفر ترس متوسط داشتند. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمره ترس کودک طبق شاخص CFSS-DS در دو گروه مورد پژوهش آورده شده است. از نظر آماری ارتباط معنی‌داری بین حضور والدین و نمره ترس کودک طبق شاخص CFSS-DS وجود نداشت ($p \text{ value} = 0/37$).

توزیع فراوانی معیار همکاری فرانکل در هر دو گروه در جدول ۲ نشان داده شده است. از نظر آماری ارتباط معنی‌داری بین حضور والدین و همکاری کودک وجود نداشت ($p \text{ value} = 0/79$).

ارتباط بین میانگین نمره ترس و میزان همکاری فرانکل در نمودار ۱ آورده شده است که نشان می‌دهد بین میانگین نمره ترس و میزان همکاری همبستگی زیاد اما معکوس وجود دارد ($p \text{ value} < 0/001$ و $r = 0/783$). یعنی هرچه میانگین نمره ترس بیشتر باشد همکاری کمتر می‌شود و بالعکس.

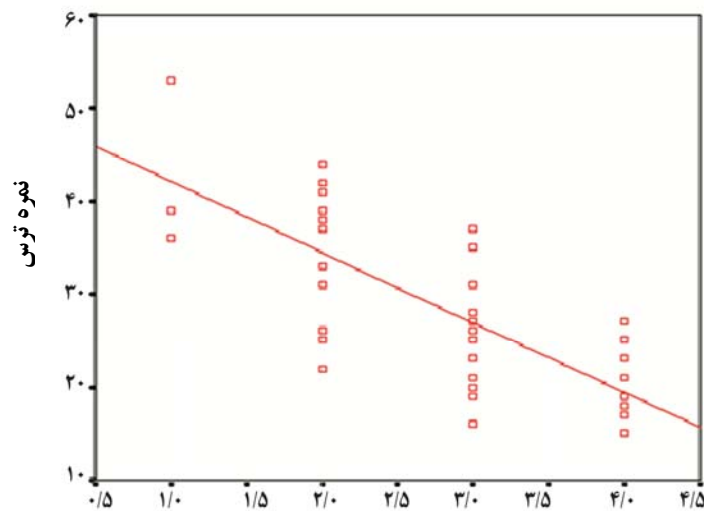
و انجام مشاوره آماری ۵۰ مورد تعیین شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود: دامنه سنی ۴-۶ سال، سلامت جسمی و ذهنی، فاقد تجربه قبلی دندان‌پزشکی، نیاز به انجام درمان ترمیمی یک سطحی در دندان‌های خلفی فک پایین، عدم وجود پوسیدگی پروگزیمالی بر اساس رادیوگرافی بایت وینگ، بدون سابقه بستری در بیمارستان. پیش از هرگونه معاینه توسط دندان‌پزشک. هدف از این پژوهش و نحوه انجام آن به والدین توضیح داده شده و رضایت‌نامه آگاهانه از آن‌ها گرفته شد. از میان کودکانی که به بخش اطفال دانشکده دندان‌پزشکی اصفهان مراجعه کردند، ۵۰ کودک ۴-۶ ساله‌ای که از شرایط ورود به مطالعه برخوردار بودند با روش نمونه‌گیری تصادفی آسان انتخاب شدند. این ۵۰ نفر به طور تصادفی به دو گروه ۲۵ نفری تقسیم شدند. در گروه اول ۲۵ کودک با والدین وارد بخش شدند و در تمام مراحل والدین کنار کودک حضور داشتند. در گروه دوم ۲۵ کودک بدون حضور والدین درمان شدند (تمام شرایط معاینه و درمان در هر دو گروه یکسان و تمام مراحل توسط یک دندان‌پزشک انجام شد تا از میزان خطا بکاهد). در حین درمان میزان همکاری کودک با ایندکس فرانکل به صورت (+, ++, +, -) ارزیابی شده و پس از اتمام درمان میزان ترس کودک توسط پرسش‌نامه (Children Fear Schedule Survey-Dental) CFSS-DS (Subscale) (شاخص اندازه‌گیری ترس کودک) سنجیده و توسط پژوهش‌گر پر شد (این پرسش‌نامه استاندارد شامل ۱۵ سؤال ۵ گزینه‌ای است که از گزینه با ارزش اصلاً نمی‌ترسم تا گزینه خیلی زیاد می‌ترسم رده‌بندی شد، سؤالات آن از تمام وضعیت‌های دندان‌پزشکی است مانند ترس از تزریقات، معاینه کردن، صدای دریل، ظاهر دریل و ...). نمره کلی فرد بین ۱۵-۷۵ می‌باشد. بر اساس نمرات، کودکان به دو گروه با ترس بالا (نمره ۳۷ و بالاتر) و گروه با ترس پایین (۲۵ و پایین‌تر)

جدول ۱. نمره ترس کودک طبق شاخص CFSS-DS در دو گروه مورد پژوهش

گروه	نمره ترس	میانگین	انحراف معیار	p value
۱ (با حضور والدین)	۲۶/۶۰	۶/۴۰	۰/۳۷	
۲ (عدم حضور والدین)	۲۸/۸۰	۱۰/۶۱		

جدول ۲. توزیع فراوانی معیار همکاری فرانکل در دو گروه مورد پژوهش

معیار همکاری فرانکل	گروه	۱ (در حضور والدین)	۲ (عدم حضور والدین)
فرآوانی	فرآوانی		
--	۱ (۴ درصد)	۲ (۸ درصد)	
-	۶ (۲۴ درصد)	۸ (۳۲ درصد)	
+	۱۳ (۵۲ درصد)	۵ (۲۰ درصد)	
++	۵ (۲۰ درصد)	۱۰ (۴۰ درصد)	



نمودار ۱. ارتباط میانگین نمره ترس و میزان همکاری فرانکل

بحث

تردید در مورد حضور یا عدم حضور والدین در یک تجربه اجتماعی مانند ملاقات دندان پزشکی و احتمال اثر آن بر رفتار کودک سبب شد تا در این مطالعه به بررسی تأثیر حضور والدین بر میزان ترس و همکاری کودکان ۴ تا ۶ ساله مراجعه کننده به بخش کودکان دانشکده دندان پزشکی اصفهان پرداخته شود.

این مطالعه بر روی کودکان ۴-۶ ساله انجام شد. بر اساس طبقه بندی پیاژه، این کودکان از نظر هوش شناختی در مرحله پیش عملیاتی قرار دارند که افزایش دامنه لغات، توجه و تمرکز نشانه آمادگی آن‌ها برای تجربه های اجتماعی است [۱۴]. در این دامنه سنی، کودکان به تدریج رفتار با ثبات تری نشان می دهند [۱۵]. علاوه بر این، نشان داده شد که در این سنین اضطراب مادر و خلق و خوی کودک، اثر کمتری بر رفتار کودک دارد [۱۶، ۱۷].

حضور یا عدم حضور والدین حین ملاقات دندان پزشکی در مطالعه حاضر، به طور تصادفی تعیین شد؛ که مطابق مطالعه Pfeifferle و همکاران [۱۳]، Fenlon، و همکاران [۱۰] بود؛ اما در مطالعه Venham و همکاران [۱۲] حضور یا عدم حضور والدین بر اساس خواست و میل والدین یا کودک در نظر گرفته شد. در مطالعه دیگری توسط Venham [۹]، بچه ها به طور تصادفی در گروه با و بدون حضور والدین در اولین جلسه قرار گرفتند؛ در حالی که در جلسه دوم، روش دیگر استفاده شد. در مطالعه حاضر، میزان همکاری کودک با ایندکس فرانکل به صورت (++)، (+)، (-)، و (--) ارزیابی شد و پس از اتمام درمان میزان ترس کودک توسط پرسش نامه CFSS-DS (شاخص اندازه گیری ترس کودک) سنجیده شد. از شاخص فرانکل به طور گسترده در چندین مطالعه استفاده شد [۱۹، ۱۸، ۱۰، ۴]. Fenlon و همکاران [۱۰] روایی آن را حدود ۱۰۰ درصد بیان کرده اند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که حضور یا عدم حضور والدین، اثری بر ترس و رفتار بچه‌های ۴-۶ ساله حین اولین جلسه ملاقات دندان‌پزشکی ندارد که با نتایج بعضی مطالعات مشابه بود [۲۰، ۱۳-۹].

نتایج مطالعه حاضر با بعضی مطالعات مغایرت داشت [۲۲، ۲۱، ۱۰، ۸]. در مطالعه‌ای کودکانی که تجربه ناخوشایند دندان‌پزشکی داشتند مورد بررسی قرار گرفتند [۱۰]. در مطالعه Marzo و همکاران [۸] از دو شاخص تنها برای ارزیابی میزان همکاری استفاده شد؛ که به نظر می‌رسد نتایج آن‌ها قابل استناد نباشد. در حالی که با توجه به محدود کردن دامنه سنی به ۴-۶ سال، حضور عمل‌کننده‌ای واحد در طول مطالعه، تصادفی بودن حضور یا عدم حضور والدین و انتخاب بیماران، به نظر می‌رسد نتایج مطالعه حاضر برای کودکان ۴-۶ ساله ایرانی کاربردی‌تر باشد. به نظر می‌رسد آن‌چه که باعث تفاوت در پژوهش حاضر و سایر مطالعات شده است؛ می‌تواند ناشی از تفاوت فرهنگی، تربیتی، رفتار والدین با کودکان، روش نمونه‌گیری و شاخص‌های بررسی شده جهت ترس و اضطراب و همکاری باشد که در رأس آن‌ها تفاوت فرهنگی قرار دارد. والدین امروز، فعالانه در سرویس‌های مراقبت از سلامت، از طریق رضایت‌نامه شرکت می‌کنند. حضور والدین باعث می‌شود که آن‌ها دستورات دندان‌پزشک را برای کودک خود تکرار کرده که این کار علاوه بر ایجاد مزاحمت در ارتباط بین آن دو باعث تقسیم توجه و تمرکز کودک بین والدین و دندان‌پزشک شده و کودک به درستی نمی‌تواند دستورات دندان‌پزشک را اجرا کند و نیز دندان‌پزشک قادر نیست به دلیل احتمال رنجش والدین از روش تغییر آهنگ صدا استفاده کنند. بیشتر دندان‌پزشکان احتمالاً زمانی که والدین در اتاق انتظار

می‌مانند، از آرامش بیشتری برخوردار هستند چرا که حضور تماشاچی را احساس نمی‌کنند. نتیجه آرامش بیشتر دندان‌پزشک، تأثیرات مثبت بیشتر بر رفتار بسیاری از کودکان است [۲۳]. بسیاری از والدین ایرانی از دندان‌پزشکی می‌ترسند و همین اضطراب و ترس ناخودآگاه به کودک منتقل می‌شود و در صورت عدم همکاری کودک در مطب، عکس‌العمل نشان می‌دهند؛ که همین باعث بدتر شدن رفتار کودک و عدم همکاری بیشتر او می‌شود [۲۴]. و در نهایت، حضور کودکان به تنهایی در اتاق دندان‌پزشکی حس استقلال، اعتماد به نفس و سازش با محیط را در آن‌ها افزایش داده و این احساس مرتباً توسط تیم دندان‌پزشکی تشویق و تقویت می‌گردد [۲۴].

از آنجایی که گروه هدف در مطالعه حاضر محدود و شامل خانواده‌هایی است که به دانشکده دندان‌پزشکی مراجعه می‌کنند (اشاره نسبتاً کم درآمد جامعه) و روابط خانوادگی در کشور ایران بسیار متفاوت از سایر فرهنگ‌ها است و در شهرهای مختلف ایران، فرهنگ‌های مختلفی دیده می‌شود؛ بنابراین امکان تعمیم نتیجه به دست آمده در شهر اصفهان، به کل کشور ایران وجود ندارد. لذا بایستی در آینده مطالعات دیگر با گروه‌های هدف مختلف جهت گسترش نتیجه پژوهش حاضر صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

از آن‌جا که در شهر اصفهان حضور والدین تأثیر مثبتی در کاهش ترس کودکان موقع درمان دندان‌پزشکی نداشته است، می‌توانیم اجازه حضور یا عدم حضور والدین در مطب‌ها و درمانگاه‌های دندان‌پزشکی اطفال را بر عهده دندان‌پزشک قرار داده که در این صورت یک حالت شخصی و سلیقه‌ای پیدا می‌کند.

References

1. Efron LA, Sherman JA. Five tips for managing pediatric dental anxiety. Dent Today 2005; 24(6): 104-5.
2. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. Pediatr Dent 2008; 30(7 Suppl): 125-33.
3. Parental presence and absence as a behavior management technique. J Mich Dent Assoc 2004; 86(1): 30-3.
4. Kotsanos N, Arhakis A, Coolidge T. Parental presence versus absence in the dental operatory: a technique to manage the uncooperative child dental patient. Eur J Paediatr Dent 2005; 6(3): 144-8.
5. Kamp AA. Parent child separation during dental care: a survey of parent's preference. Pediatr Dent 1992; 14(4): 231-5.
6. Peretz B, Zadik D. Attitudes of parents towards their presence in the operatory during dental treatments to their children. J Clin Pediatr Dent 1998; 23(1): 27-30.
7. Certo MA, Bernat JE. Parents in the operatory. N Y State Dent J 1995; 61(2): 34-8.

8. Marzo G, Campanella V, Albani F, Gallusi G. Psychological aspects in paediatric dentistry: parental presence. *Eur J Paediatr Dent* 2003; 4(4): 177-80.
9. Venham LL. The effect of mother's presence of child's response to dental treatment. *ASDC J Dent Child* 1979; 46(3): 219-25.
10. Fenlon WL, Dabbs AR, Curzon ME. Parental presence during treatment of the child patient: a study with British parents. *Br Dent J* 1993; 174(1): 23-8.
11. Lewis TM, Law DB. Investigation of certain autonomic responses of children to a specific dental stress. *J Am Dent Assoc* 1958; 57(6): 769-77.
12. Venham LL, Bengston D, Cipes M. Parent's presence and the child's response to dental stress. *ASDC J Dent Child* 1978; 45(3): 213-7.
13. Pfefferle JC, Machen JB, Fields HW, Posnick WR. Child behavior in the dental setting relative to parental presence. *Pediatr Dent* 1982; 4(4): 311-6.
14. Pinkham JR. The dynamics of change. In: Pinkham JR, editor. *Pediatric dentistry: infancy through adolescence*. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005. p. 281-3.
15. Mc Millan S. Behavior of children and adolescents. In: Stewart RE, editor. *Pediatric dentistry: scientific foundations and clinical practice*. St. Louis: Mosby; 1982. p. 152.
16. Wright GZ, Stigers JI. Nonpharmacologic management of children's behaviors. In: Dean J, Avery D, McDonald R, editors. *Dentistry for the child and adolescent*. 9th ed. St. Louis: Mosby; 2010. p. 30.
17. Holst A, Hallonsten AL, Berggren ULF, Bodin L. Lack of cooperation in pediatric dentistry – The role of child personality characteristics. *Pediatr Dent* 2002; 24(2): 119-28.
18. Humphris G, Milsom K, Tickle M, Holbrook H, Blinkhorn A. A new dental anxiety scale for 5-year-old children (DA5): Description and concurrent validity. *Health Education Journal* 2002; 61(1): 5-19.
19. Herbertt RM, Innes JM. Familiarization and preparatory information in the reduction of anxiety in child dental patients. *ASDC J Dent Child* 1979; 46(4): 319-23.
20. Afshar H, Baradaran Nakhjavani Y, Mahmoudi-Gharai J, Paryab M, Zadhooosh S. The effect of parental presence on the 5 year-old children's anxiety and cooperative behavior in the first and second dental visit. *Iranian Journal of Pediatrics* 2011; 21(2): 193-200.
21. Freeman R. The psychology of dental patient care: The common-sense approach. *British Dental Journal* 1999; 186: 450-2.
22. Kam PCA, Voss TJV, Gold PD, Pitkin J. Behaviour of children associated with parental participation during induction of general anaesthesia. *Journal of Paediatrics and Child Health* 1998; 34(1): 29-31.
23. Dean JA, Avery DR, McDonald ER. *McDonald and Avery dentistry for the child and adolescent*. 9th ed. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2010.
24. Izadpoor V. How to guide behavior of children before entering dental clinic. Available from: URL: <http://www.apadana-clinic.com/koodakan.htm>

Effect of parental presence on fear and cooperation of 4-6 year-old children referring to Isfahan Faculty of Dentistry

Mahdi Jaafarzadeh, Alireza Eshgi, Fatemeh Farahbakhshpour*,
Sepideh Kazemizadeh,

Abstract

Introduction: *Fear and anxiety due to the dental treatment decrease cooperation of the child during the procedure. Since the majority of parents are willing to accompany their children in the operating room, the present study was carried out to evaluate the effect of parents' presence on fear and cooperation of children aged 4-6 years, referring to the Department of Pediatric Dentistry in Isfahan Faculty of Dentistry.*

Materials and Methods: *This cross-sectional study was carried out on fifty systemically and mentally healthy 4-6 year-old children referring to Isfahan Faculty of Dentistry, with no previous dental experience. The subjects were randomly divided into two groups. In the first group, 25 subjects were accompanied by their parents during the whole procedure. In the second group, the subjects were not accompanied by anyone. During the treatment, the cooperation rate of each child was assessed by Franckle index and after the treatment, the fear score of each child was measured with the CFSS-DS questionnaire (child fear schedule survey - dental subscale). T-test and Mann-Whitney were used to compare dental fear and cooperation between the two groups, respectively. Spearman's correlation coefficient was used to assessing fear scores and cooperation rates ($\alpha = 0.05$).*

Results: *The means of fear scores in the presence and absence of parents were 26.60 ± 6.40 and 28.80 ± 10.61 , respectively. There were no significant differences in fear rates and cooperation levels of children between the two groups based on CFSS-DS (p value = 0.37 and 0.79, respectively). There was a significant but inverse correlation between fear scores and cooperation levels ($r = 0.783$, p value < 0.001).*

Conclusion: *Based on the results of the present study, parental presence or absence does not affect fear and cooperation of 4-6 year-old children during dental procedures.*

Key words: *Child, Dental anxiety, Patient cooperation.*

Received: 14 Sep, 2011

Accepted: 20 Dec, 2011

Address: Postgraduate Student, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Email: farahbakhsh_fatemeh@yahoo.com

Journal of Isfahan Dental School 2012; Special Issue 7 (5): 707-713.