

بررسی علل تعویق در مراجعه به دندانپزشک و ارتباط آن با اضطراب و رفتار کودک حین درمان در شهر اصفهان

۱. استادیار، گروه دندانپزشکی کودکان، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. استادیار، گروه دندانپزشکی کودکان، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۳. نویسنده مسؤول: دانشجوی دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
Email: yaserabdidnt71@gmail.com

نرجس امراللهی^۱
مهدی جعفرزاده^۲
یاسر عبدی^۳

چکیده

مقدمه: عوامل متعددی در تعویق در مراجعه به دندانپزشک نقش دارند که می‌توانند در میزان همکاری کودک حین درمان نقش مؤثری داشته باشند. هدف از مطالعه‌ی حاضر، بررسی دلایل تعویق در مراجعه به دندانپزشکی و اثر آن بر اضطراب و رفتار کودک حین کار دندانپزشکی بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی، ۹۶ کودک ۵-۱۰ ساله‌ی ساکن اصفهان با بیش از ۱۲ ماه تأخیر در مراجعه وارد مطالعه شدند. ابتدا والدین پرسشنامه‌ی مرتبط با علل و انگیزه‌ی تأخیر در مراجعه به دندانپزشکی را پر کردند. سپس مقیاس ارزیابی اضطراب و رفتار کودک با پرسش‌نامه‌ی Venham توسط یک دندانپزشک پر شد. داده‌ها توسط آزمون‌های Mann-Whitney، آنالیز واریانس یک‌طرفه، Kruskal-Wallis و ANOVA در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: هزینه‌ی بالای درمان، مهم‌ترین عامل تأخیر در مراجعه و جلوگیری از بروز دندان درد مهم‌ترین عامل محرک در مراجعه بودند. بین میزان تعویق و نمره‌ی رفتار ($p \text{ value} = ۰/۵۲۳$) و اضطراب ($p \text{ value} = ۰/۴۹۹$) ارتباط معنی‌داری دیده نشد، ولی نتایج نشان داد که با افزایش میزان تعویق، کودکان نمره‌ی اضطراب بالاتر و رفتار نامطلوب‌تری از خود نشان می‌دهند. بین میزان تعویق و سن کودک ($p \text{ value} = ۰/۰۰۲$) ارتباط معکوس و معنی‌داری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که والدین کودکان، مهم‌ترین عامل برای تعویق درمان دندانپزشکی را هزینه‌ی بالای درمان می‌دانند. هر چه میزان تعویق در مراجعه به دندانپزشک بیشتر باشد، اضطراب کودک حین درمان بیشتر خواهد بود و کودک رفتار نامناسب‌تری نشان می‌دهد.

کلید واژه‌ها: دندانپزشکی کودکان، اضطراب، رفتار، میزان تعویق.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۸/۲۰

تاریخ اصلاح: ۱۳۹۹/۷/۲۵

تاریخ ارسال: ۱۳۹۹/۵/۳۰

استناد به مقاله: امراللهی نرجس، جعفرزاده مهدی، عبدی یاسر. بررسی علل تعویق در مراجعه به دندانپزشک و ارتباط آن با اضطراب و رفتار کودک حین درمان در شهر اصفهان. مجله دانشکده دندانپزشکی اصفهان. ۱۳۹۹؛ ۱۶(۴): ۳۹۱-۴۰۰.

مقدمه

اصلی‌ترین هدف در دندان‌پزشکی کودک، پیشگیری و درمان می‌باشد که به عنوان اصل اساسی و مهم در سلامت مطلوب دهان به حساب می‌آید. حفظ سلامت محیط دهان و همچنین انگیزه‌ی فرد برای استفاده از خدمات دندان‌پزشکی، دو راهکار اساسی برای دستیابی به این هدف می‌باشند که به دلیل تفاوت‌های شخصیتی، آسیب‌پذیری و توانایی تحمل کودکان نسبت به هم متفاوت می‌باشد (۱). بسیاری از کودکان به دلایل مختلف از قبیل اجبار برای دراز کشیدن بر روی صندلی، صدای دستگاه، درد و غیره دچار استرس می‌شوند و از مراجعت به دندان‌پزشکی امتناع می‌کنند. در نتیجه متخصصین کودکان برای برقراری ارتباط با این بچه‌ها نیاز به افزایش دانش روان‌شناختی خود در این زمینه دارند (۲، ۳). دلیل تعویق مراجعه به دندان‌پزشکی در کودکان، متفاوت و پیچیده می‌باشد. این عوامل به دو دسته عوامل درونی و بیرونی (خانواده، دندان‌پزشک و غیره) تقسیم می‌شوند. افراد خانواده گاهی با بحث و صحبت کردن در رابطه با تجربیات منفی خود از مراجعات قبلی به دندان‌پزشکی، باعث ایجاد اضطراب و استرس در کودکان شده و نقش عمده‌ای در امتناع کودکان برای مراجعه به دندان‌پزشکی خواهند داشت (۳). در مطالعه‌ای نشان داده شد که نگرش منفی خانواده به خدمات دندان‌پزشکی اصلی‌ترین عامل به تعویق افتادن مراجعه‌ی کودکان می‌باشد (۴). همچنین مشاهده شد که تأثیر هر یک از اعضای خانواده می‌تواند متفاوت باشد؛ به طوری که مادر می‌تواند تأثیر بیشتری بر روی کودک داشته باشد و به دلیل وابستگی بیشتر کودک به مادر، برخورد مناسب مادر می‌تواند نقش عمده‌ای برای متقاعد کردن کودک برای دریافت خدمات پزشکی داشته باشد (۵، ۶). همچنین عملکرد سایر اعضای خانواده و توانایی والدین برای ایجاد ارتباط مثبت با کودک، می‌تواند بخش عمده‌ای از اضطراب و استرس کودک را کم کرده و کودک را برای دریافت خدمات دندان‌پزشکی ترغیب کند (۷). در برخی از مطالعات نشان داده شد که ترس کودک یکی از اصلی‌ترین دلایل عدم مراجعه به دندان‌پزشکی و به

تعویق افتادن مراجعه به دندان‌پزشکی می‌باشد (۸). همچنین در مطالعه‌ی Rud و همکاران (۹)، از رشد عقلی به عنوان عامل قوی به تعویق افتادن مراجعه به دندان‌پزشکی نام برده شده است. از این رو رشد عقلی کودک و اضطراب آن‌ها؛ باعث به تأخیر افتادن مراجعه به دندان‌پزشک شده است (۱۰). این مسأله پیامدهای بسیاری از جمله آسیب به بهداشت و سلامت دهان و دندان کودک، تحمیل هزینه‌های سنگین‌تر به مراجعه‌کننده، آسیب به سلامت عمومی کودک و بار مالی سنگین برای خانواده به همراه داشته باشد (۱۱، ۱۲).

از جمله مهم‌ترین پیامدهای منفی تعویق در مراجعه به دندان‌پزشکی، می‌توان به تغییر رفتار کودک در حین کار دندان‌پزشک اشاره نمود (۱۳). کودکانی که مراجعه‌های منظم و مرتبی به دندان‌پزشکان داشته‌اند، رفتار بهتر و ترس کم‌تری از دندان‌پزشکان و کار دندان‌پزشک از خود بروز داده‌اند (۱۴). از طرف دیگر تعویق و تأخیر در کار دندان‌پزشکی می‌تواند تأثیر منفی بر همکاری کودکان و رفتار آن‌ها حین کار دندان‌پزشکی داشته باشد (۱۱).

هدف از مطالعه‌ی حاضر، بررسی دلایل تعویق در مراجعه به دندان‌پزشکی و اثر آن بر اضطراب و رفتار و همچنین همکاری کودک حین کار دندان‌پزشکی بود تا بتوان با اقدامات سریع و مناسب گام مؤثری برای رفع این موانع برداشته شود.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد که با مشارکت کودکان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمانی افضل، ترابی‌نژاد و قانندی اصفهان در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت و توسط کمیته‌ی اخلاق دانشکده‌ی دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد اخلاق IR.MUI.RESEARCH.REC.1397.222 به تأیید رسید. از جمله معیارهای ورود به این مطالعه به کودکان با سن ۵-۱۰ سال که نیازمند خدمات دندان‌پزشکی با بیش از ۱۲ ماه تأخیر در مراجعه، ساکن شهرستان اصفهان و پر کردن رضایت‌نامه‌ی آگاهانه اشاره کرد. همچنین از جمله معیارهای خروج می‌توان به عدم تمایل کودکان با هرگونه بیماری‌های

یافته‌ها

میانگین سن افراد در جامعه‌ی پژوهش ($1/99 \pm 6/00$) بود. در این مطالعه، ۹۶ کودک (به ترتیب: ۴۶/۹ درصد، پسر و ۵۳/۱ درصد، دختر) شرکت کردند. والدین شرکت‌کننده، ۵۴/۲ درصد، پدر و ۴۵/۸ درصد، مادر که بیشتر در طیف سنی ۲۵-۳۵ سال (با فراوانی ۴۷/۹ درصد) بودند. بیشترین فراوانی سطح تحصیلات مربوط به دیپلم با فراوانی ۴۲/۷ درصد، شغل شامل آزاد و خانه‌دار با فراوانی ۳۶/۵ درصد و از نظر وضعیت اقتصادی بیشتر در حد متوسط (با فراوانی ۶۵/۶ درصد) بودند (جدول ۱) (از آنجایی که معیار دقیقی جهت تقسیم‌بندی افراد از نظر اقتصادی در جامعه یافت نشد، در مطالعه‌ی حاضر نظر شخصی و رضایت افراد شرکت‌کننده به عنوان معیار تعیین‌کننده‌ی سطح درآمد در نظر گرفته شد).

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک و اقتصادی

متغیر	تعداد (درصد فراوانی)
جنسیت	
پسر	۴۵ (۴۶/۹)
دختر	۵۱ (۵۳/۱)
والدین	
پدر	۵۲ (۵۴/۲)
مادر	۴۴ (۴۵/۸)
سن والدین	
کمتر از ۲۵ سال	۹ (۹/۴)
۲۵-۳۵ سال	۴۶ (۴۷/۹)
بیشتر از ۳۵ سال	۴۱ (۴۲/۷)
سطح سواد والدین	
بی‌سواد	۲ (۲/۱)
ابتدائی	۵ (۵/۲)
راهنمائی	۸ (۸/۳)
دیپلم	۴۱ (۴۲/۷)
دانشگاهی	۴۱ (۴۱/۷)
شغل والدین	
کارگر	۷ (۷/۳)
کارمند	۱۶ (۱۶/۷)
آزاد	۳۵ (۳۶/۵)
خانه‌دار	۳۵ (۳۶/۵)
بازنشسته	۳ (۳/۱)
وضعیت اقتصادی	
خوب	۱۵ (۱۵/۶)
متوسط	۶۳ (۶۵/۶)
ضعیف	۱۸ (۱۸/۸)

سیستمیک و یا سندرم‌ها و اختلالات ذهنی به شرکت در مطالعه و عدم پاسخ‌دهی به بیش از ۲۰ درصد سؤالات و عدم همکاری حین پر کردن پرسش‌نامه اشاره کرد.

جامعه‌ی هدف این مطالعه با توان آماری ۹۵ درصد و سطح معنی‌داری ۵ درصد و همچنین با در نظر گرفتن ریزش احتمالی ۹۶ نفر در نظر گرفته شد. همچنین برای انجام مطالعه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شد.

در ابتدا از والدین کودکانی که تمایل به همکاری در این طرح را داشتند، رضایت آگاهانه گرفته شد. سپس از والدین خواسته شد که پرسش‌نامه‌ی مرتبط با علل و انگیزه‌ی تأخیر در مراجعه به دندان‌پزشکی را که به علل مختلف از آخرین ملاقات دندان‌پزشکی کودکان آن‌ها ۱۲ ماه یا بیشتر می‌گذشت را پر کنند و از آن‌ها خواسته شد که سؤالات را با دقت و برای بررسی و بهبود سلامت دهان و دندان کودکان شان و بهبود رفتاری آن‌ها حین مراجعه در همان محل پر کنند. همچنین مقیاس ارزیابی اضطراب و رفتار کودک با پرسش‌نامه‌ی Venham (۸) توسط یک دندان‌پزشک که در کلینیک‌های دندان‌پزشکی دانشگاه در حال خدمت بود پر شد. پرسش‌نامه‌ی مرتبط با علل و انگیزه‌ی تأخیر در مراجعه به دندان‌پزشکی دارای ۴ بخش مختلف بود که در بخش اول، اطلاعات دموگرافیک، بخش دوم، دلایل تعویق در مراجعه به دندان‌پزشکی، بخش سوم، نگرش والدین و بخش چهارم، آگاهی والدین را مورد بررسی قرار داد. در این مطالعه سن و جنسیت کودک؛ سن، شغل، میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی، اضطراب، رفتار، نگرش و آگاهی والدین و میزان تعویق در مراجعه به دندان‌پزشکی به عنوان متغیرهای اصلی مورد بررسی قرار گرفتند.

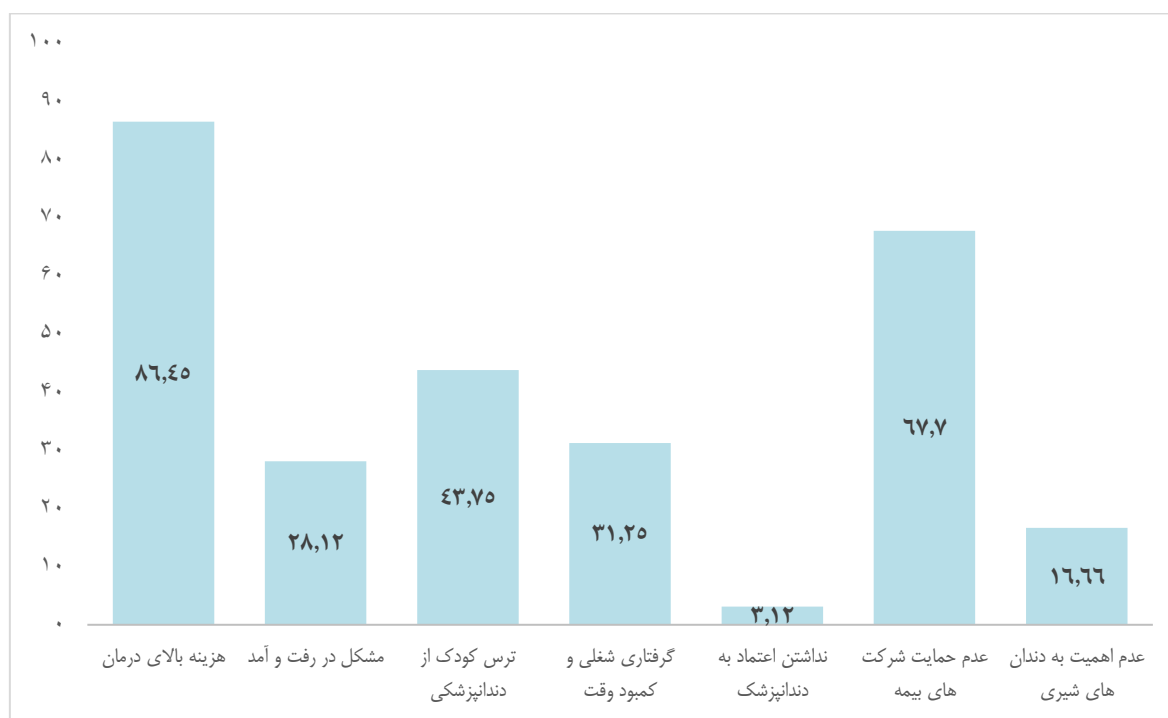
اطلاعات جمع‌آوری شده از طریق پرسش‌نامه‌ها وارد نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ (IBM Corporation, Armonk, NY) گردید. در نهایت داده‌ها توسط آزمون‌های Mann-Whitney، آنالیز واریانس یک‌طرفه، Kruskal-Wallis و ANOVA مورد تحلیل و ارزیابی قرار گرفتند. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

هزینه‌ی بالای درمان به عنوان مهم‌ترین مانع در مراجعه به دندان‌پزشکی (با فراوانی ۸۶/۵ درصد) به حساب می‌آید (نمودار ۱). همچنین جلوگیری از بروز دندان درد به عنوان مهم‌ترین عامل محرک در جامعه (با فراوانی ۸۷/۵ درصد) می‌باشد. ارتباط وضعیت شغلی والدین، وضعیت اقتصادی و میزان تحصیلات والدین با میزان تعویق در مراجعه به دندان‌پزشکی در جدول ۲ آمده است که هیچ یک از نظر آماری معنی‌دار نبودند.

یافته‌ها نشان می‌دهند که بین نمره‌ی اضطراب با نگرش والدین ($p\text{ value} = ۰/۶۸۰$)، میزان تعویق ($p\text{ value} = ۰/۱۴۱$)، وضعیت اقتصادی ($p\text{ value} = ۰/۹۶۰$)، آگاهی والدین ($p\text{ value} = ۰/۹۶۴$)، سن والدین ($p\text{ value} = ۰/۴۴۹$)، میزان تحصیلات ($p\text{ value} = ۰/۴۱۴$)، تعداد فرزندان ($p = ۰/۱۱۱$) و سن کودک ($p\text{ value} = ۰/۱۸۲$) ارتباط معنی‌داری نبود. ارتباط نمره‌ی رفتار که با پرسش‌نامه‌ی ونهام بررسی شد با نگرش والدین ($p\text{ value} = ۰/۰۷۷$)، آگاهی والدین ($p\text{ value} = ۰/۴۸۱$)، سن ($p\text{ value} = ۰/۱۹۱$) و میزان تحصیلات ($p\text{ value} = ۰/۱۹۱$)، سن

والدین ($p\text{ value} = ۰/۰۷۴$)، میزان تعویق ($p = ۰/۳۰۶$)، وضعیت ($p\text{ value} = ۰/۳۰۶$)، تعداد فرزندان ($p\text{ value} = ۰/۳۰۶$)، وضعیت اقتصادی ($p\text{ value} = ۰/۸۴۰$) و سن کودک ($p = ۰/۲۲۰$) هم از نظر آماری معنی‌دار نبودند. همچنین میزان تعویق در مراجعه به دندان‌پزشکی با سن کودک رابطه‌ی معکوس و معنی‌داری داشت ($p\text{ value} = ۰/۰۰۸$)، به این ترتیب که هر چه سن کودک کمتر باشد، تعویق در مراجعه به دندان‌پزشک بیشتر است، ولی میزان تعویق با سایر متغیرها ارتباط معنی‌داری نداشت (جدول ۳).

همچنین سایر نتایج نشان می‌دهد که با افزایش سن والدین، میزان نگرش آن‌ها به طور معنی‌داری افزایش می‌یابد ($p\text{ value} = ۰/۰۰۲$). به علاوه با افزایش میزان تحصیلات والدین به صورت معنی‌داری نگرش ($p\text{ value} = ۰/۰۴۱$) و آگاهی والدین ($p\text{ value} = ۰/۰۱۰$) افزایش می‌یابد. با بهبود وضعیت اقتصادی والدین، میزان نگرش ($p\text{ value} < ۰/۰۰۱$) و آگاهی ($p\text{ value} < ۰/۰۰۱$) به طور معنی‌داری کاهش می‌یابد.



نمودار ۱: مهم‌ترین مانع در تعویق در مراجعه

جدول ۲: ارتباط وضعیت شغلی والدین با میزان تعویق در مراجعه به دندان‌پزشکی

p value	مراجعه‌ی اول تعداد (فراوانی)	بیشتر از یک سال تعداد (فراوانی)	یک سال پیش تعداد (فراوانی)	
۰/۰۵۴				وضعیت شغلی والدین کارگر
	۶ (۸۵/۷)	۱ (۱۴/۳)	۰ (۰/۰)	کارمند
	۸ (۵۰/۰)	۳ (۱۸/۸)	۵ (۳۱/۳)	آزاد
	۱۶ (۴۵/۷)	۱۱ (۳۱/۴)	۸ (۲۲/۹)	خانه دار
	۱۴ (۴۱/۲)	۱۲ (۳۵/۳)	۸ (۲۳/۵)	بازنشسته
	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۳ (۱۰/۰)	کل
۰/۲۶۱	۴۴ (۴۶/۳)	۲۷ (۲۸/۴)	۲۴ (۲۵/۳)	میزان تحصیلات والدین
	۰ (۰/۰)	۱ (۱/۱)	۱ (۱/۱)	بی‌سواد
	۲ (۲/۱)	۳ (۳/۲)	۰ (۰/۰)	ابتدائی
	۶ (۶/۳)	۲ (۲/۱)	۰ (۰/۰)	راهنمایی
	۱۷ (۱۷/۹)	۱۲ (۱۲/۶)	۱۱ (۱۱/۶)	دیپلم
	۱۹ (۲۰/۰)	۹ (۹/۵)	۱۲ (۱۲/۶)	دانشگاهی
۰/۷۶۲	۴۴ (۴۶/۳)	۲۷ (۲۸/۴)	۲۴ (۲۵/۳)	وضعیت اقتصادی
	۷ (۷/۴)	۴ (۴/۲)	۴ (۴/۲)	خوب
	۲۸ (۲۹/۵)	۱۷ (۱۷/۹)	۱۷ (۱۷/۹)	متوسط
	۹ (۹/۵)	۶ (۶/۳)	۳ (۳/۲)	ضعیف
	۴۴ (۴۶/۳)	۲۷ (۲۸/۴)	۲۴ (۲۵/۳)	کل

 سطح معنی‌داری $p \text{ value} < ۰/۰۵$

جدول ۳: ارتباط میزان تعویق با نمره‌ی اضطراب، رفتار و سن کودک

p value	میانگین $\pm$ انحراف معیار			
	اولین مراجعه	بیشتر از یک سال	یک سال پیش	
۰/۴۹۹	۱/۲۳ $\pm$ ۰/۷۱	۱/۱۸ $\pm$ ۰/۷۳	۱/۱۲۵ $\pm$ ۰/۶۷	اضطراب
۰/۵۳۲	۱/۵۵ $\pm$ ۰/۸۵	۱/۴۰ $\pm$ ۰/۷۴	۱/۳۳ $\pm$ ۰/۸۶	رفتار
۰/۰۰۲	۵/۲۸ $\pm$ ۱/۹۶	۶/۹۲ $\pm$ ۱/۷۹	۶/۲۹ $\pm$ ۱/۸۷	سن کودک
۰/۵۹۸	۱۲/۹۷ $\pm$ ۳/۰۳	۱۲/۴۸ $\pm$ ۲/۴۲	۱۳/۲۰ $\pm$ ۲/۰۸	نمره‌ی آگاهی
۰/۱۴۵	۹/۴۵ $\pm$ ۱/۹۳	۸/۵۱ $\pm$ ۱/۶۹	۹/۴۵ $\pm$ ۲/۶۳	نمره‌ی نگرش
۰/۸۲۱	۲/۰۲ $\pm$ ۰/۹۹	۲/۱۴ $\pm$ ۰/۹۰	۲/۰۸ $\pm$ ۱/۰۵	تعداد فرزندان

بحث

در این پژوهش که با هدف بررسی علل تعویق در مراجعه به دندان‌پزشک و ارتباط آن با اضطراب و رفتار کودک حین درمان انجام گرفت، بین میانگین سن و تعویق در مراجعه، ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. همچنین سن به عنوان یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی اضطراب در نظر گرفته شد که ممکن است به دلیل این واقعیت باشد که با توجه به پیشرفت فکری محدود، کودکان نمی‌توانند به طور کامل ماهیت درمان دندان‌پزشکی، توضیحات و دستورالعمل‌ها را درک کنند.

با توجه به مطالعات قبلی، ترس دندان‌پزشکی نیز تا حد زیادی با تجربه‌ی منفی درمان دندان‌پزشکی همراه بود. مشکلات اولیه در دندان‌پزشک، عدم دوست داشتن دندان‌پزشک، زمان کافی برای تنظیم وضعیت دندان‌پزشکی و ترس از تزریق، از جمله متغیرهای اصلی مؤثر در ایجاد اضطراب هنگام مراجعه به کلینیک‌های دندان‌پزشکی به حساب می‌آیند (۱۵، ۱۶).

سن کودک، سطح شناختی، ویژگی‌های خلق و خو و شخصیتی، اضطراب و ترس، واکنش به غریبه‌ها، تجربه‌ی مراجعات قبلی به دندان‌پزشکی، تأثیر واکنش کودک نسبت به محیط، می‌توانند باعث ایجاد اضطراب در کودک شوند. رفتار کودک ممکن است به عنوان نتیجه‌ی ترس از دندان‌پزشکی و توانایی مقابله با شرایط تهاجمی دیده شود (۱۷). برای بعضی از کودکان، رفتار ممکن است به عوامل فردی دندان‌پزشکی یا تهاجمی ناشی از دیدن صحنه‌ای مشابه از کار دندان‌پزشکی بستگی داشته باشد (۱۸).

هزینه‌ی بالای درمان، مشکل در رفت و آمد، نداشتن بیمه، ترس کودکان، گرفتاری شغلی والدین و عدم اهمیت به دندان‌های شیری از مهم‌ترین عوامل ممانعت‌کننده در مراجعه به دندان‌پزشکی به حساب می‌آیند. در مطالعه‌ی حاضر هزینه‌ی بالای درمان و عدم حمایت‌های شرکت‌های بیمه، دو مورد از مهم‌ترین عوامل در تأخیر مراجعه به دندان‌پزشکی به حساب می‌آیند. در مطالعه‌ی مقطعی توسط ارسنگ جنگ و

همکاران (۱۹) نشان داده شد که عوامل اجتماعی-اقتصادی به عنوان مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ی استفاده از خدمات بهداشت دهان و دندان به حساب می‌آید؛ به طوری که با افزایش سطح اجتماعی-اقتصادی؛ نسبت افراد استفاده‌کننده از خدمات و همچنین معاینات دوره‌ای بالاتر بود. یافته‌های این مطالعه با تحقیق ما همخوانی داشت. بنابراین به نظر می‌رسد با توجه به هزینه‌های بالای اقدامات دندان‌پزشکی و عدم تأمین هزینه‌ها از سوی بیمه، بیشتر خانواده‌ها از مراجعه به موقع جهت درمان دندان‌های کودک‌شان اجتناب می‌ورزند که این موضوع نیازمند توجه از سوی سیاست‌گذاران سلامت می‌باشد تا با برنامه‌ریزی‌های بنیادی از بروز مشکلات سلامت دهان و دندان جلوگیری به عمل آورند.

در بررسی ارتباط میزان تعویق با اضطراب و رفتار کودکان حین کار، هر چند ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد، اما نتایج نشان داد، کودکانی که اولین مراجعه‌ی آن‌ها بود نسبت به کودکانی که یک سال یا بیشتر از یک سال تعویق در مراجعه داشتند، رفتار نامطلوب‌تری حین کار و نمره‌ی اضطراب بالاتری به دست آوردند. همچنین افرادی که بیشتر از یک سال تعویق در مراجعه داشتند، نسبت به افرادی که یک سال تعویق در مراجعه داشتند نیز نمره‌ی اضطراب بالاتر و رفتار نامطلوب‌تری داشتند. بنابراین توجه به مراجعات منظم دندان‌پزشکی به عنوان راهکاری جهت افزایش همکاری و آشنایی بیشتر کودکان بایستی توسط دندان‌پزشکان و والدین قرار گیرد. یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعه‌ی مقطعی که توسط قاسم‌پور و همکاران (۲۰) روی ۱۰۵ کودک ۶-۱۲ ساله در بابل انجام گرفت، هم‌سو بود و نشان داد که نمره‌ی استرس در کودکانی که برای اولین مرتبه به دندان‌پزشکی مراجعه می‌کردند بالاتر از سایر کودکان بود.

همچنین در پژوهشی که توسط جاویدنژاد و همکاران (۲۱) روی ۱۰۷ کودک ۶-۸ ساله در اصفهان انجام گرفت نشان داد که بین نمره‌ی ترس کودکان و همکاری آن‌ها با دندان‌پزشک رابطه‌ی معنی‌دار معکوسی وجود داشت، یعنی کودکانی که ترس بیشتری داشتند، کم‌ترین همکاری را با

دندان‌پزشک داشتند که در این تحقیق برای بررسی ترس کودکان، از پرسش‌نامه‌ی فرانکل استفاده شد که متفاوت با پرسش‌نامه‌ی استفاده شده‌ی ما بود.

در مطالعه‌ی مقطعی که توسط Kyritsi و همکاران (۲۲) بر روی ۸۸ نفر کودک ۳-۱۱ ساله در یونان انجام شد، نشان داد که ارتباط زیادی بین نمره‌ی ترس کودک و رفتار و همکاری کودک حین درمان وجود دارد. بنابراین به نظر می‌رسد با تأخیر در مراجعه به دندان‌پزشک، اضطراب کودکان حین کار افزایش یافته، بالتبع رفتار و عملکرد آن‌ها نامطلوب خواهد بود.

در پژوهش Ferrari و همکاران (۲۳) نشان داده شد که ترس از درد، مهم‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده‌ی اضطراب می‌باشد. کودکان درک و واکنش متفاوتی به محرک‌های دردناک از یکدیگر دارند و مطالعات نشان داده‌اند که کودکان زیر ۴ سال بیشتر به محرک‌های دردناک حساس هستند، که این مطالعه هم‌سو با مطالعه‌ی ما بود که نشان داده شد هر چه سن کم‌تر باشد، نمره‌ی اضطراب و رفتار نامطلوب هم بالاتر خواهد بود.

Xia و همکاران (۱۱)، درد دندان را به عنوان یک عامل خطر شناسایی کردند. علاوه بر این، Pulton و همکاران (۲۴) اظهار داشتند که علائم بیمار می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ی ترس اولیه باشد.

در تحقیق Versloot و همکاران (۱۸) نشان داده شد که تجربیات قبلی از مراجعه به دندان‌پزشکی و جلسات درمان قبلی، تأثیر زیادی بر رفتار و تجربه‌ی کودکان در طی جلسات درمان بعدی دارد. به نظر می‌رسد درمان‌های اضطرابی دردناک و افرادی که نیاز به تزریق بی‌حسی موضعی دارند، دشواری‌های دندان‌پزشکی کودکان را بدتر می‌کند.

همچنین در پژوهش Ten و همکاران (۲۵) مشاهده شد که تجربه‌های ذهنی بد از دندان‌پزشکی ممکن است نقش تعیین‌کننده‌تری در اضطراب و ترس داشته باشند. آن‌ها دریافتند که تعداد پرکردگی دندان، دلیل مناسبی برای پیش‌بینی ترس از دندان‌پزشکی نمی‌باشد و تعداد کشیدن

دندان، نقش مؤثرتری در ایجاد ترس ایفا می‌کند. در مطالعه‌ی Baier و همکاران (۸) نشان داده شد که کودکان زیر ۶ سال بیشتر رفتارهای منفی نشان می‌دهند و این سن ممکن است در رفتار و اضطراب نقش داشته باشد که این مطالعه نیز هم‌سو با یافته‌های حاصل از پژوهش ما بود.

در مطالعات گذشته ارتباط معنی‌داری بین میزان تحصیلات والدین و تعویق در مراجعه به دندان‌پزشکی مشاهده شد به طوری که در مطالعه‌ی ارسنگ جنگ و همکاران (۱۹) که بر روی ۲۸۱ کودک ۶-۷ ساله در قم انجام گرفت ارتباط معنی‌داری بین خطر پوسیدگی زودرس دوران کودکی با متغیرهای اجتماعی-اقتصادی از قبیل سطح درآمد و تحصیلات پایین مشاهده شد. در تحقیق حاضر هر چند به نظر می‌رسد ارتباط میان شغل والدین و میزان تعویق معنی‌دار نیست، اما نتایج نشان دادند که بیشتر کودکانی که برای بار اول به دندان‌پزشک مراجعه کرده‌اند، والدین آن‌ها وضعیت شغلی پایین‌تری و بیشتر وضعیت اقتصادی در حد متوسط دارند. بنابراین وضعیت اقتصادی می‌تواند به عنوان عامل مؤثر در تأخیر در مراجعه به دندان‌پزشکی مطرح باشد.

از آن‌جا که کودکان طیف گسترده‌ای از توسعه‌ی فیزیکی، عقلی، عاطفی و اجتماعی و همچنین تنوع نگرش و خلق و خوی دارند، در این مطالعه به تعیین تأثیر این عوامل حاصل از پاسخ والدین به پیش‌بینی پاسخ‌های رفتاری در طول مراجعه پرداخته شد. فراگیری یادگیری اجتماعی به وسیله‌ی انتقال نگرش‌ها در خانواده رخ می‌دهد. تأثیر شیوه و واکنش والدین در رفتار کودک در مطالعات مختلف نشان داده شده است. یافته‌های پژوهش Venham و همکاران (۲۶) نشان داد که کودکان دچار اضطراب با استقلال و آموزش‌های اجتماعی ضعیف‌تر هنگام مواجهه با افراد ناشناس یا موقعیت‌های مختلف مضطرب می‌شوند.

در مطالعه‌ی حاضر نمره‌ی نگرش و آگاهی والدین با میزان تعویق در مراجعه به دندان‌پزشک ارتباط معنی‌داری نداشت که این ناهمگونی ممکن است به دلیل تعویق تمامی گروه‌های مطالعه در پژوهش حاضر با میزان متفاوت تعویق

باشد و در صورتی که با گروهی با مراجعات منظم مقایسه می‌شدند تفاوت محسوس داشت.

از جمله نقاط قوت این پژوهش می‌توان به بررسی رفتار دندان‌پزشکی کودکان با مقیاس ۶ نقطه‌ای Venham اصلاح شده اشاره کرد که این مقیاس در کلینیک عملی است و حساسیت بیشتری نسبت به مقیاس فرانکل ۴ دارد و قابل اطمینان‌تر می‌باشد. همچنین نمونه‌گیری از چند مرکز از جمله دیگر نقاط قوت این مطالعه به حساب می‌آید. از آنجایی که متغیرهای دیگری نیز وجود دارند که ممکن است بر رفتار کودکان در دوران انتصاب دندان تأثیرگذار باشند، تحقیقات بیشتر با استفاده از روش‌های مناسب‌تر برای مشخص کردن نقش این متغیرهای پس زمینه در کودکان ضروری است. از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر این بود که گروه‌های جداگانه از لحاظ مراجعه‌ی اولیه یا قبلی (اولین یا چندمین جلسه‌ی درمان) در نظر گرفته نشده بود.

در انتها پیشنهاد می‌شود که مراجعات منظم به دندان‌پزشک علاوه بر آشنایی کودک در معاینات ساده و ابتدایی به والدین کمک می‌کند تا با در پیش گرفتن روش‌های پیشگیرانه‌ی توصیه شده توسط دندان‌پزشک از بروز دردهای دندانی شدید و اورژانس‌های دندان‌پزشکی جلوگیری کنند. به این ترتیب کودک هر ۶ ماه تحت نظر دندان‌پزشک بوده و با درد شدید و ناراحتی مراجعه نخواهد کرد، چرا که درد و

ناراحتی یکی از عوامل بروز اضطراب و رفتارهای از هم گسیخته‌ی کودکان است. بنابراین موانع پیش روی مراجعه‌ی منظم بایستی شناسایی و حذف شود تا گامی مؤثر جهت بهبود سلامت دندان برداشته شود. در این مطالعه به نظر می‌رسد حذف موانع می‌تواند در این زمینه کمک‌کننده باشد.

نتیجه‌گیری

در این تحقیق به نظر می‌رسد که والدین مهم‌ترین عامل برای تعویق درمان دندان‌پزشکی کودکان را هزینه‌ی بالای درمان می‌دانند. هر چه میزان تعویق در مراجعه به دندان‌پزشک بیشتر باشد، اضطراب کودک حین درمان بیشتر خواهد بود و کودک رفتار نامناسب‌تری نشان می‌دهد. بنابراین حذف موانع پیش روی والدین برای مراجعات منظم به دندان‌پزشک جهت معاینه و درمان کودکان می‌تواند گامی مؤثر در راستای بهبود کیفیت درمان دندان‌پزشکی کودکان باشد.

سپاسگزار

مقاله‌ی حاضر مستخرج از پایان‌نامه‌ی دانشجویی یاسر عبدی با کد علمی ۳۹۷۳۵۳ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. مراحل آماری آن توسط واحد آمار در مرکز پژوهش دانشکده‌ی دندان‌پزشکی انجام گرفته است که بدین وسیله قدردانی می‌گردد.

References

1. Klingberg G. Dental fear and behavior management problems in children. A study of measurement, prevalence, concomitant factors, and clinical effects. Swed Dent J Suppl 1995; 103: 1-78.
2. 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 Soc Pedod Prev Dent 2013; 31(2): 82-6.
3. 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 J Paediatr Dent 2007; 17(6): 391-406.
4. Moore R, Brodsgaard I, Birn H. Manifestations, acquisition and diagnostic categories of dental fear in a self-referred population. Behav Res Ther 1991; 29(1): 51-60.
5. Yan N, Dix T. Mothers' early depressive symptoms and children's first-grade adjustment: a transactional analysis of child withdrawal as a mediator. J Child Psychol Psychiatry 2014; 55(5): 495-504.
6. LaFreniere L, Cain A. Peer interactions of parentally bereaved children and adolescents: a qualitative study. Omega (Westport) 2015; 72(2): 91-118.

7. Ayers TS, Wolchik SA, Sandler IN, Twohey JL, Weyer JL, Padgett-Jones S, et al. The Family Bereavement Program: description of a theory-based prevention program for parentally-bereaved children and adolescents. *Omega (Westport)* 2013-2014; 68(4): 293-314.
8. Baier K, Milgrom P, Russell S, Mancl L, Yoshida T. Children's fear and behavior in private pediatric dentistry practices. *Pediatr Dent* 2004; 26(4): 316-21.
9. Rud B, Kisling E. The influence of mental development on children's acceptance of dental treatment. *Eur J Oral Sci* 1973; 81(5): 343-52.
10. Sharma A, Kumar D, Anand A, Mittal V, Singh A, Aggarwal N. Factors predicting Behavior Management Problems during Initial Dental Examination in Children Aged 2 to 8 Years. *Int J Clin Pediatr Dent* 2017; 10(1): 5-9.
11. Xia B, Wang CL, Ge LH. Factors associated with dental behaviour management problems in children aged 2-8 years in Beijing, China. *Int J Paediatr Dent* 2011; 21(3): 200-9.
12. Pai R, Mandroli P, Benni D, Pujar P. Prospective analysis of factors associated with dental behavior management problems, in children aged 7-11 years. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2015; 33(4): 312-8.
13. Xia B, Wang CL, Zhang S. [Confirmatory study on the regression equation for children dental behavior in Beijing]. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi* 2013; 48(12): 726-9. [In Chinese].
14. Sharma A, Tyagi R. Behavior assessment of children in dental settings: a retrospective study. *Int J Clin Pediatr Dent* 2011; 4(1): 35-9.
15. Holst A, Ek L. Effect of systematized behavior shaping on acceptance of dental treatment in children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1988; 16(6): 349-55.
16. Hoist A, Crossner CG. Direct ratings of acceptance of dental treatment in Swedish children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; 15(5): 258-63.
17. Clinical Affairs Committee-Behavior Management Subcommittee, American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatric Dent* 2015; 37(5): 57-70.
18. Versloot J, Craig KD. The communication of pain in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent* 2009; 10(2): 61-6.
19. Arsang Jang S, Amani F, Jafari Koshki T, Mozafariyanpour E, Jafari Kaffash K, Sajadimanesh M, et al. The level of availability and use of oral and dental health services in 6-7 years old children, Qom, Iran. *Qom Univ Med Sci J* 2015; 9(4): 55-63. [In Persian].
20. Ghasem Pour M, Haji Ahmadi M, Pourya Vali M. Dental experiments induced anxiety in 6-12 year old children and relative factors. *J Babol Univ Med Sci* 2004; 6(5): 12-6. [In Persian].
21. Javadinejad Sh, Tahmourespour S, Ghasemi D, Yazdi F. The Relationship Between 6 to 8 year Oldchildren's dental fear and their parents' fear. *Journal of Applied Psychology* 2013; 14(54): 84-90. [In Persian].
22. Kyritsi MA, Dimou G, Lygidakis NA. Parental attitudes and perceptions affecting children's dental behaviour in Greek population. A clinical study. *Eur Arch Paediatr Dent* 2009; 10(1): 29-32.
23. Ferrari M. Fears and phobias in childhood: some clinical and developmental considerations. *C Child Psychiatry Hum Dev* 1986; 17(2): 75-87.
24. Poulton R, Waldie KE, Thomson WM, Locker D. Determinants of early- vs late-onset dental fear in a longitudinal-epidemiological study. *Behav Res Ther* 2001; 39(7): 777-85.
25. Ten Berge M, Veerkamp JS, Hoogstraten J. The etiology of childhood dental fear: the role of dental and conditioning experiences. *J Anxiety Disord* 2002; 16(3): 321-9.
26. Venham LL, Murray P, Gaulin-Kremer E. Personality factors affecting the preschool child's response to dental stress. *J Dent Res* 1979; 58(11): 2046-51.

The Assessment of Reason for Postponement of Referral to Dentist and Its Association with Child's Anxiety and Behavior During Treatment in Isfahan

Narjes Amrollahi¹
Mehdi Jaefarzadeh²
Yaser Abdi³

1. Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry, Dental Research Center, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
2. Associate Professor, Department of Pediatric Dentistry, Dental Research Center, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
3. **Corresponding Author:** Dentistry Student, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. **Email:** yaserabdidnt71@gmail.com

Abstract

Introduction: There are several factors involved in postponement of referral to the dentist, which can affect the child's co-operation during treatment. The purpose of this study was to investigate the reasons for postponement in referring to dentistry and its effect on anxiety and behavior of the child while working in dentistry.

Materials & Methods: In this descriptive-analytical study, 96 children aged 5-10 years old living in Isfahan with more than 12 months delayed were included. Initially, the parents completed the questionnaire to the causes of delay in referring to the dentistry. Then the anxiety and behavior assessment of the child was filled with a Venham questionnaire by a dentist. Data were analyzed by Mann-Whitney, One-way ANOVA, and Kruskal-Wallis tests using SPSS 22 software. The significance level was less than 0.05.

Results: The high cost of treatment was the most important factor in postponing and prevention of dental pain was the most important factor in the referral. There was no significant relationship between delay and behavioral scores (p value = 0.523) and anxiety (p value = 0.499), but the results show that increase in delay rates, children show a higher anxiety score and a more negative attitude. There was a significant and reverse correlation between postponement and age of the child (p value = 0.002).

Conclusion: It seems that the parents consider the most important factor for postponement dental treatment as a high cost of treatment. The higher the delay in referring to the dentist, the more anxiety the child will be during treatment, and the child will show a more inappropriate behavior.

Key words: Pediatric dentistry, Anxiety, Time to treatment, Behavior.

Received: 20.8.2020

Revised: 26.10.2020

Accepted: 11.11.2020

How to cite: Amrollahi N, Jaefarzadeh M, Abdi Y. The Assessment of Reason for Postponement of Referral to Dentist and Its Association with Child's Anxiety and Behavior During Treatment in Isfahan. J Isfahan Dent Sch 2021; 16(4): 391-400.