

Original Article

Relationship between Parents' Parenting Style and Level of Fear and Cooperation of 4-8 Years Old Children Referring to Dental Clinics of Qom City, (Iran)

Aida Mahdipour¹ , Donya Alinejad² , Roshanak Montazeri Hedeshi^{2*} , Abolfazl Mohammadbighi³ 

¹Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

²Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³Department of Epidemiology & Biostatistics, Environmental Pollution Research Center, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

***Corresponding Author:**
Roshanak Montazeri Hedeshi; Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email:
rmontazeri@sina.tums.ac.ir

Received: 19 Nov, 2019
Accepted: 24 Apr, 2019

Abstract

Background and Objectives: Fear and anxiety of dental treatment decrease cooperation of child during the treatment. Parenting style is one of the factors influencing child's behavioral reaction to dental treatment. In this study, the effect of parenting style of parents was investigated on the levels fear and cooperation in 4-8 year children.

Methods: The present research was randomly performed as a cross-sectional study on 150 children referred to dental centers of Qom city. Parenting style was assessed by Baumrind questionnaire and children's fear level was analyzed using Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale questionnaire and children's cooperation was assessed using Frankl's Behavior Rating Scale. The relationship between parent's parenting style and children's fear and cooperation, was analyzed by correlation test and regression if necessary.

Results: In this study, there was no significant correlation between permissive, authoritarian, and authoritative parenting styles with children's fear scores. But, based on post hoc Tukey test, the authoritative style of children in the negative group showed a significant difference in the Frankl's test, which was higher than other groups ($p=0.001$).

Conclusion: According to the results of this research, children with authoritative parents showed less cooperation with dental treatment, but the children's fear was not related to the parents' parenting styles

Keywords: Fear; Parenting; Dental clinics.

DOI: 10.29252/qums.13.4.48

ارتباط شیوه فرزندپروری والدین با میزان ترس و همکاری کودکان ۴-۸ ساله، مراجعه کننده به کلینیک‌های دندانپزشکی شهر قم

آیدا مهدی‌پور^۱، دنیا علی‌نژاد^۲، روشک منتظری هدشی^{۳*}، ابوالفضل محمدیگی^۴

چکیده

زمینه و هدف: ترس و اضطراب ناشی از خدمات دندانپزشکی، باعث کاهش همکاری کودک حین درمان می‌شود. سبک فرزندپروری یکی از عوامل تأثیرگذار بر روی واکنش رفتاری کودک نسبت به درمان دندانپزشکی است. در این مطالعه تأثیر شیوه فرزندپروری والدین بر میزان ترس و همکاری کودکان در سنین ۴-۸ ساله بررسی گردید.

روش بررسی: پژوهش حاضر به روش مقطعی بر روی ۱۵۰ کودک مراجعه کننده به مراکز دندانپزشکی شهر قم (سال ۱۳۹۷) به صورت تصادفی انجام شد. سبک فرزندپروری با استفاده از پرسشنامه بامریند (Baumrind)، میزان ترس کودک با پرسشنامه

Children Fear Schedule- Dental Subscale و میزان همکاری کودک، با شاخص فرانکل (Franckel Index) ارزیابی شد. رابطه شیوه فرزندپروری والدین بر میزان ترس و همکاری کودکان با استفاده از آزمون همبستگی و در صورت لزوم رگرسیون بررسی گردید.

یافته‌ها: در این مطالعه، همبستگی بین سبک‌های فرزندپروری سهل گیرانه، مستبدانه و مقتدرانه با نمره ترس کودکان معنی دار نبود، اما براساس آزمون توکی، نمره سبک فرزندپروری مستبدانه در گروه منفی از نظر شاخص فرانکل، اختلاف معنی داری نشان داد که بالاتر از سایر گروه‌ها بود ($p=0/001$).

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان داد کودکانی که والدین مستبد دارند، در رابطه با درمان‌های دندانپزشکی، کمتر همکاری می‌کنند، اما ترس کودکان با سبک‌های فرزندپروری والدین ارتباطی ندارد.

کلیدواژه‌ها: ترس؛ فرزندپروری؛ کلینیک‌های دندانپزشکی.

^۱گروه دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۲گروه دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

^۳گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، مرکز تحقیقات آلاینده‌های محیطی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:
روشک منتظری هدشی؛ گروه دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

آدرس پست الکترونیکی:
rmontazeri@sina.tums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۷/۹/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۸/۲/۴

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Mahdipour A, Alinejad D, Montazeri Hedeshi R, Mohammadbighi A. Relationship between Parents' parenting style and level of fear and cooperation of 4-8 Years Old children referring to dental clinics of Qom City, (Iran). Qom Univ Med Sci J 2019;13(4):48-57. [Full Text in Persian]

مقدمه

سلامت دهان و دندان کودکان، یکی از شاخص‌های سلامت عمومی است. اغلب برای کودکان نیازمند خدمات دندانپزشکی حضور در مطب دندانپزشکی، کار چندان آسانی نیست (۱). عوامل مختلفی در دندانپزشکی سبب ایجاد اضطراب و ترس در کودک می‌شود که این امر یکی از مشکلات دندانپزشکانی است که با کودکان سروکار دارند (۲). از سوی دیگر، این موضوع باعث عدم تمایل خانواده برای مراجعه به دندانپزشک می‌شود؛ از این رو، کنترل ترس (Fear) و اضطراب (Anxiety) کودک در دندانپزشکی، مسئله‌ای بسیار مهم است (۳). در صورتی که دندانپزشکان اطلاعات اولیه و پایه از مراحل تکامل شناختی روند رشد عاطفی و اجتماعی کودکان در اختیار داشته باشند، می‌توانند به‌طور کاملاً مؤثر آمادگی مواجهه با شرایط مختلف پیچیده کاری را داشته باشند (۴). ترس از دندانپزشکی در کودکان، پدیده‌ای است که منشأ چندعاملی و پیچیده دارد. سه گروه اصلی از عوامل مسبب ترس شامل: عوامل فردی (مربوط به بلوغ و خلق و خوی کودک)، عوامل بیرونی (مربوط به والدین، خواهر و برادر کودک) و عوامل مربوط به گروه دندانپزشکی می‌باشند (۳). مطالعات مختلف عوامل زیادی را در ایجاد ترس کودکان از دندانپزشکی مؤثر دانسته‌اند که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به سن کودک و درجه تکامل روانی او، جنس کودک، ترس‌های عمومی کودک، اضطراب والدین، وضعیت اجتماعی - اقتصادی خانواده، نحوه آماده‌سازی کودک در خانه قبل از ملاقات دندانپزشکی، تأثیر همسالان، تأثیر والدین و... اشاره کرد (۵-۷). کودک در سال‌های اول زندگی، تأثیرپذیری زیادی از والدین دارد. آن‌ها از هنگام تولد کودک، رفتار او را به‌طور انتخابی با تشویق به انجام کارهایی خاص و بازداشتن از انجام کارهایی دیگر، همچنین به‌کارگیری روش‌های انضباطی، دامنه آزادی و اختیاری که برای وی در نظر می‌گیرند، شکل می‌دهند (۸). از میان فاکتورهای مؤثر در ترس کودک، بررسی فاکتور تأثیرگذار بودن یا نبودن سبک فرزندپروری (Parenting Style) بر میزان ترس و همکاری کودکان، ضروری است. در همه جوامع، والدین از فرزندان خود توقع دارند در سنی خاص، رفتار مربوط به آن سن را که با فرهنگ جامعه تطابق دارد، از خود بروز دهند و در این

محور، راهبردها و آموزش‌هایی را به کار می‌گیرند که به آن سبک فرزندپروری گفته می‌شود (۹). اغلب پدران و مادران، الگوها و ارزش‌های خود را همان‌طور که والدین، معلمین و همسالان‌شان به آن‌ها آموخته‌اند به فرزندان خود انتقال می‌دهند و کودک نیز همراه با رشد به پابندی به ارزش‌ها، اعتقادات و آرمان‌ها، متعهد می‌شود طرحی از نقش خود را در این رابطه پیدا کند (۹). رابطه کودکان با والدین خویش به‌عنوان یک سازمان تعریف شده و روابط تحت گنش و واکنش است، این سازمان از طریق سبک‌های مختلف فرزندپروری تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۱۰)، بنابراین می‌توان گفت سبک فرزندپروری ترکیبی از رفتار والدین است که در موقعیت‌های متنوعی روی می‌دهد (۱۱)، و از آنجاکه والدین اولین و مهم‌ترین نظام ارتباطی برای کودکان به‌شمار می‌روند، در سلامت روانی کودک با اهمیت تلقی می‌شوند؛ زیرا منبع اصلی مراقبت و حمایت هستند (۱۲). تربیت کودک را می‌توان در تعامل کودک با والدین مشاهده کرد، اگر در این تعاملات اختلالی وجود داشته باشد، یکی از تبعات آن ایجاد ناامنی و اضطراب در کودک است. با بررسی سبک‌های مختلف فرزندپروری می‌توان تغییرات شخصیتی کودک، میزان و نوع تعامل کودک را با جامعه پیرامون ارزیابی کرد، که یکی از جنبه‌های بروز این تعامل هنگام دریافت خدمات در مراکز دندانپزشکی است. با توجه به خصوصیات خاص این گروه سنی و محدود بودن مطالعات در این گروه سنی و تسهیل مراجعه کودکان به مراکز دندانپزشکی که اصلاح آن منجر به ارتقای شاخص‌های این عرصه از سلامت خواهد شد؛ در این تحقیق سعی گردید میزان ارتباط سبک‌های فرزندپروری، ترس و همکاری کودک اندازه‌گیری شود.

روش بررسی

این مطالعه به روش مقطعی (توصیفی - تحلیلی)، به‌صورت تصادفی بر روی کودکان ۴-۸ ساله مراجعه کننده به درمانگاه‌های دندانپزشکی شهر قم در سال ۱۳۹۷ انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن سن بین ۴-۸ سال، سکونت در شهر قم، تمایل به شرکت در مطالعه، نداشتن سابقه اختلال روانی یا سایکولوژی و عدم وجود شرایط محدودکننده پزشکی که رشد

شناختی کودک را محدود کند، همچنین نبود تاریخچه‌ای از فویا نسبت به دندانپزشکی یا عملیات پزشکی و عدم وجود مشکل پزشکی مزمن در کودک بود.

وجود نقص قابل توجه در تکمیل پرسشنامه، مطالعه و عدم تکمیل هر سه نوع پرسشنامه، از معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شد. حجم نمونه با در نظر گرفتن سه گروه روش فرزندپروری (سهل گیر، مستبد، قاطع)، با توجه به حداقل اختلاف نمره ترس در هر گروه از گروه‌های مورد بررسی برابر با ۳ و انحراف معیار گروه اول برابر با ۴/۴۵ و ۵/۴۳ حداقل حجم نمونه لازم براساس توان ۸۰٪ و خطای نوع اول ۵٪، برابر با ۴۳ نفر در هر گروه تعیین شد. در نهایت، ۱۵۰ نفر در سه گروه متقارن قرار گرفتند. برای هر کودک یک پرسشنامه

(Children Fear Schedule Survey- Dental Subscale) جهت بررسی میزان ترس کودک و پرسشنامه دیگر مربوط به سبک فرزندپروری (Baumrind) توسط والدین تکمیل گردید.

همچنین میزان همکاری کودک به وسیله شاخص فرانکل (Franckle Index) توسط یک نفر معاینه گر پس از اتمام کار پر شد.

در این مطالعه جهت ارزیابی ترس کودک از دندانپزشکی، از جدول بررسی ترس دندانپزشکی کودکان که برای اولین بار توسط Cutberth & Melamed معرفی شد، استفاده گردید (۱۳). این پرسشنامه شامل ۱۵ عنوان مرتبط با قسمت‌های مختلف درمان است که هریک مطابق معیار لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (اصلاً نمی ترسم) تا ۵ (خیلی می ترسم) نمره گذاری می شود و نمرات کل آن، در محدوده ۷۵-۱۵ می باشد (۶). همچنین دارای ۱۵ مورد از وضعیت‌های مختلف دندانپزشکی است که نسبت به شاخص‌های دیگر ارزیابی استرس، از دقت بالایی برخوردار است. در ارزیابی پاسخ‌های سؤالات، هر پرسش ۵ جواب دارد که درجه یک مربوط به احساس آرامش و درجه ۵ مربوط به ترس است. نمره کل شامل محاسبه نمره هر ۱۵ پرسش بوده که امتیاز کلی فرد از ۷۵-۱۵ می باشد. امتیازهای ۳۵ به بالاتر، نشان دهنده ترس کودک است (۱۴). روایی این مقیاس، در مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف نشان داده شده است (۱۵، ۱۶، ۶). همچنین ثابت شده همسانی درونی و روایی بازآزمایی آن بالا بوده است (۱۷).

ترجمه فارسی آن نیز ۰/۹ و ۰/۸۵ به دست آمد (۱۸). میزان همکاری کودکان به وسیله شاخص فرانکل (Franckle Index) توسط معاینه گر سنجیده شد. در مطالعات، این شاخص به عنوان یکی از ابزارهای ارزیابی رفتار کودک حین درمان دندانپزشکی با بالاترین روایی و پایایی گزارش شده است (۱۹). رتبه بندی شاخص فرانکل به این شرح است:

رتبه ۱- کاملاً منفی: سرپیچی از درمان و به شدت گریه می کند، ترس یا هرگونه شواهد از منفی گرایی شدید؛ رتبه ۲ - منفی: بی میلی که به قبول درمان همکاری ندارد و شواهدی از رفتار منفی نشان می دهد، اما چشمگیر نیست؛ رتبه ۳- مثبت: پذیرش درمان، گاهی رفتاری محتاط دارد، تمایل به پیروی از دندانپزشک دارد، همزمان شرط می گذارد، ولی دستورات دندانپزشک را با همکاری پیروی می کند و رتبه ۴- کاملاً مثبت: رابطه خوب با دندانپزشک، علاقه به درمان‌های دندانپزشکی، می خندد و لذت می برد (۱۴).

این مطالعه پس از تأیید در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قم (با کد IR.MUQ.REC.1395.79) به تصویب رسید.

برای بررسی سبک فرزندپروری، پرسشنامه Baumrind توسط والدین کودکان تکمیل گردید. این پرسشنامه سه سبک فرزندپروری را در ۳۰ ماده، بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی (۱-۵) می سنجد. سه سبک فرزندپروری در این پرسشنامه شامل: سبک سهل انگارانه، استبدادی و مقتدرانه است. سؤالاتی پیرامون هر کدام پرسیده می شود و در هر سؤال نمرات از {کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵)} به آن تعلق می گیرد. مجموع نمرات هر سبک نیز با یک عدد مشخص شده و نمره هر سبکی که بالاتر باشد، سبک غالب فرزندپروری در نظر گرفته می شود. تاکنون اکثر مطالعات انجام شده درخصوص سبک تربیتی والدین، براساس پرسشنامه Baumrind پایه ریزی شده است (۲۰، ۲۱). تقسیم بندی اولیه سبک تربیتی والدین شامل: سه نوع والدین مقتدر، والدین مستبد و آسان گیر به شرح زیر می باشد:

۱- سبک فرزندپروری مقتدرانه با ترکیبی از مهارگری و حمایت بالای عاطفی، سطوح مناسبی از استقلال و ارتباط دوسویه میان کودک و والد را تأمین می کند.

این سبک با پیامدهای تحولی مثبت همچون پیشرفت تحصیلی بالاتر، اتکا بیشتر به خود، انحراف رفتاری کمتر و روابط بهتر با همسالان همراه است.

۲- سبک مستبدانه با تقاضای بالای والدین و پاسخدهی کم آنها مشخص می شود و با پیامدهای منفی مانند مشکلات رفتاری درون سازی و برون سازی همراه است. ۳- در سبک سهل گیرانه که با تقاضای کم والدین و پاسخدهی بالای آنها مشخص می گردد، والدین با توجه بیش از حد به فرزندان، انتظارات کمی از آنان دارند (۲۲).

در این مطالعه، تمام پرسشنامه ها با حضور یک معاینه گر تکمیل گردید تا از میزان خطا کاسته شود. در نهایت، میانگین نمرات در هر گروه تعیین شد و نتایج به کمک نرم افزار SPSS، آزمون همبستگی (جهت بررسی رابطه شیوه فرزندپروری والدین بر میزان ترس و همکاری کودکان) و در صورت لزوم، رگرسیون تحلیل شدند. سطح معنی داری آزمون ها، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

مطالعه حاضر بر روی ۱۵۰ کودک مراجعه کننده به مراکز دندانپزشکی شهر قم انجام شد که از سه پرسشنامه مختلف در این مطالعه به شرح زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه سبک های فرزندپروری: این پرسشنامه شامل ۳۰ سؤال است که نشان می دهند تنها ۱/۳٪ والدین از سبک سهل گیرانه استفاده کرده و ۹۸/۷٪ از سبک مقتدرانه برای تربیت فرزند بهره می گیرند.

در این مطالعه، ۱۰ سؤال مربوط به سبک زندگی سهل گیرانه از نظر آلفای کرونباخ، در سطح مطلوبی قرار نداشت و ضریب آلفا برابر با ۰/۵۴۲ به دست آمد که در بازه ۰/۶۴۴-۰/۴۲۴ CI تغییر می کند. ۱۰ سؤال دیگر که نشان دهنده سبک فرزندپروری مستبدانه است از نظر آلفای کرونباخ در سطح متوسط بود و ضریب آلفا برابر با ۰/۶۴۸ به دست آمد که در بازه ۰/۹۵-۰/۷۲۶ CI تغییر می کند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای ۱۰ سؤال سبک مقتدرانه جهت تربیت فرزند، برابر با ۰/۷۹۴ به دست آمد که در بازه

۰/۹۵-۰/۸۴۰-۰/۷۴۱ CI متغیر است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه سبک فرزندپروری برابر با ۰/۵۹۱ به دست آمد که در حد متوسط بود و در دامنه ۰/۹۵-۰/۶۸۰-۰/۴۹۱ CI متغیر است. براساس پرسشنامه فرانکل برای تعیین نمره رفتار کودکان در ملاقات با دندانپزشک، ۸ نفر (۳/۵٪) در گروه کاملاً منفی قرار گرفتند و ۷۲ نفر (۴۸٪) در گروه کاملاً مثبت بودند. همچنین ۹ نفر (۶٪) در گروه منفی و ۶۱ نفر (۷۰٪) در گروه مثبت طبقه بندی شدند.

۲- پرسشنامه ترس: در مطالعه حاضر از ۱۵ سؤال این پرسشنامه استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه برابر با ۰/۸۰۴ به دست آمد که فاصله اطمینان آن برابر با ۰/۹۵-۰/۸۴۷-۰/۷۵۴ CI محاسبه و از نظر پایایی در سطح مطلوب دسته بندی شد.

جدول شماره ۱: میانگین حداقل و حداکثر متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین $\pm$ انحراف معیار
ترس کودک	۱۸	۵۷	۳۱/۳۱ $\pm$ ۸/۱۲
نمره کل Baumrind	۷۸	۱۱۵	۹۵/۴۷ $\pm$ ۷/۶۴
سبک سهل گیرانه	۱۴	۴۰	۲۸/۴۹ $\pm$ ۴/۴۴
سبک مستبدانه	۱۷	۳۹	۲۴/۷۹ $\pm$ ۴/۶۷
سبک مقتدرانه	۲۳	۵۰	۴۲/۱۹ $\pm$ ۴/۴۹

براساس میانگین نمره Baumrind در سطوح مختلف نحوه فرزندپروری، بیشترین میانگین مربوط به سبک فرزندپروری مقتدرانه بوده است.

میانگین نمره ترس در گروه کاملاً منفی، بالاتر از سایر گروه‌ها بود که با نزدیک شدن گروه‌های کاملاً منفی به کاملاً مثبت، کمتر می‌شد (جدول شماره ۲).

این اختلاف براساس آزمون آنالیز واریانس، معنی‌دار بود. آزمون توکی نشان داد نمره گروه کاملاً مثبت با نمره گروه کاملاً منفی، اختلاف آماری معنی‌داری دارد.

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمره ترس بر حسب طبقه‌بندی فراتکل در کودکان مورد مطالعه

طبقه‌بندی فراتکل	میانگین $\pm$ انحراف معیار	pvalue
کاملاً منفی	۳۸/۶۲ $\pm$ ۱۲/۳۸	۰/۰۰۸
منفی	۳۳/۸۹ $\pm$ ۸۹/۴۶	
مثبت	۷ $\pm$ ۱/۳۲/۹۳	
کاملاً مثبت	۷ $\pm$ ۵۰/۲۹/۱۶	

میانگین نمره Baumrind در گروه منفی، بالاتر از سایر گروه‌ها به‌دست آمد که این اختلاف براساس آزمون آنالیز واریانس، معنی‌دار بود (جدول شماره ۳).

براساس آزمون توکی، نمره Baumrind در گروه کاملاً مثبت با نمره گروه کاملاً منفی، اختلاف آماری معنی‌داری نشان داد.

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین نمره Baumrind بر حسب طبقه‌بندی فراتکل در کودکان مورد مطالعه

طبقه‌بندی فراتکل	میانگین $\pm$ انحراف معیار	pvalue
کاملاً منفی	۳ $\pm$ ۲۵/۹۵/۱۹	
منفی	۱۰۲/۱۱ $\pm$ ۱۱/۹۹	۰/۰۴۹
مثبت	۹۴/۵۶ $\pm$ ۷/۴۲	
کاملاً مثبت	۹۵/۴۳ $\pm$ ۷/۲۳	

میانگین نمره Baumrind در سبک فرزندپروری مستبدانه در گروه‌های منفی، از نظر مقیاس فراتکل بالاتر از سایر گروه‌ها بود، اما این نمره در گروه کاملاً مثبت و مثبت، کمتر گزارش شد که این اختلاف براساس آزمون آنالیز واریانس معنی‌دار بود.

همچنین طبق آزمون توکی، نمره سبک فرزندپروری مستبدانه در گروه منفی، اختلاف معنی‌داری نشان داد که بالاتر از سایر گروه‌ها بود. میانگین نمره Baumrind در سبک فرزندپروری مقتدرانه در گروه‌های منفی از نظر مقیاس فراتکل با سایر گروه‌ها براساس آزمون آنالیز واریانس، اختلاف معنی‌داری نداشت (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: مقایسه میانگین نمره سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه، مستبدانه و مقتدرانه بر حسب طبقه‌بندی فراتکل در کودکان مورد مطالعه

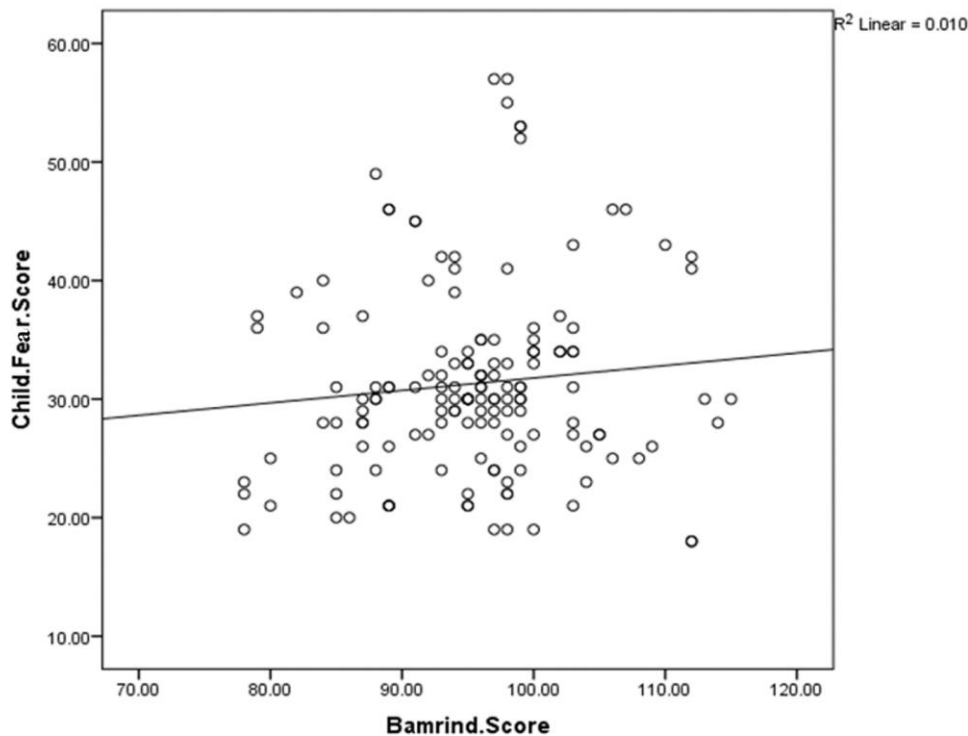
طبقه‌بندی فراتکل	سهل‌گیرانه	مستبدانه	مقتدرانه
کاملاً منفی	۲۷/۸۷ $\pm$ ۳/۹۱	۲۴/۳۷ $\pm$ ۵/۴۲	۴۳ $\pm$ ۴/۳۷
منفی	۲۶/۲۲ $\pm$ ۹/۴۶	۳۰ $\pm$ ۱/۴۱	۴۳/۸۹ $\pm$ ۲/۸۹
مثبت	۲۸/۷۲ $\pm$ ۴/۴۵	۲۳/۳۳ $\pm$ ۳/۹۶	۴۲/۵۱ $\pm$ ۴/۱۸
کاملاً مثبت	۲۸/۶۴ $\pm$ ۳/۵۲	۲۵/۴۳ $\pm$ ۴/۸۷	۴۱/۳۶ $\pm$ ۴/۷۱
pvalue	۰/۴۳۶	۰/۰۰۱	۰/۰۸۲

براساس آزمون ضریب همبستگی، بین نمرات سبک فرزندپروری Baumrind، سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه، مستبدانه و مقتدرانه با نمره ترس کودکان، همبستگی معنی‌داری دیده نشد (جدول شماره ۵).

جدول شماره ۵: همبستگی نمرات سبک تربیتی Baumrind و سبک‌های مختلف آن با نمره ترس کودکان

نمره	ضریب همبستگی	pvalue
نمره کل سبک فرزندپروری Baumrind	۰/۰۹۹	۰/۲۲۹
سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه	۰/۱۳۳	۰/۱۰۶
سبک فرزندپروری مستبدانه	۰/۰۳۱	۰/۷۰۹
سبک فرزندپروری مقتدرانه	۰/۰۰۵	۰/۹۵۱

همبستگی ضعیفی بین نمره کل سبک فرزندپروری Baumrind با نمره ترس کودکان وجود داشت که این همبستگی معنی داری نبود (نمودار).



نمودار: پراکنش نمره کل سبک زندگی Baumrind با نمره ترس کودکان.

بحث

در ملاقات با دندانپزشک، ۸ نفر (۵/۳٪) در گروه کاملاً منفی و ۹ نفر (۶٪) در گروه منفی قرار داشتند که در مجموع، ۱۱/۳٪ از افراد مورد مطالعه، همکاری مناسبی با دندانپزشک نداشتند، این نتایج با پژوهش طباطبائی (۲۴) که این میزان را حدود ۱۰٪ اعلام کرد همخوانی داشت، ولی با مطالعه جعفرزاده (۲۵) که در آن شاخص، ۴۰٪ بیان شد همخوانی نداشت؛ بنابراین به نظر می رسد از دلایل این میزان تفاوت، تعداد کم افراد شرکت کننده در تحقیق جعفرزاده (۲۵ نفر) و گروه سنی پایین تر کودکان بوده است. در مطالعه حاضر، میانگین نمره ترس در گروه کاملاً منفی، بالاتر از سایر گروه ها بود (۳۸/۶۲٪) و با نزدیک شدن گروه های کاملاً منفی به کاملاً مثبت، نمره ترس کمتر می شد، این یافته نشان داد با افزایش ترس، میزان همکاری کاهش می یابد. همچنین این یافته با نتایج مطالعات جعفرزاده (۲۵)، جوادینژاد (۲۶)، Arnrup، Broberg (۶) و Klingberg (۲۷) همخوانی داشت که مقایسه نتایج این تحقیقات نشان می دهد یکی از علت های عدم همکاری کودک با دندانپزشک، میزان ترس کودک از اعمال دندانپزشکی است. در مطالعه حاضر، ارتباطی بین نمره سبک فرزندپروری

ترس از دندانپزشکی و رفتار در دندانپزشکی کودکان می تواند از عوامل مختلفی تأثیرپذیر باشد که یکی از آنها، تأثیر سبک تربیتی کودک توسط والدین است؛ به این دلیل که کودک بیشترین برخورد و تعامل را با والدین خود دارد. نتایج به دست آمده از این تحقیق نشان داد بیش از ۹۸٪ جامعه مورد بررسی از یک مدل سبک فرزندپروری به نام سبک فرزندپروری مقتدر پیروی می کند، این یافته ها با نتایج تحقیق شفیع پور (۲۳) که بر روی ۷۴۱ کودک صورت گرفت و میزان سبک فرزندپروری مقتدر، ۹۶/۵٪ به دست آمد، همخوانی داشت. این نتیجه می تواند حاکی از آن باشد که در جامعه آماری مورد بررسی مطالعه حاضر، حقوق والدین و کودکان محترم شمرده شده و والدین درخواست های معقولی از فرزندان خود داشته اند و این درخواست ها را با تعیین محدودیت ها و تأکید بر اینکه کودک باید از آنها تبعیت کند، به اجرا گذاشته و در عین حال به آنها صمیمیت و محبت نشان داده اند. در این پژوهش براساس پرسشنامه فرانکل برای تعیین نمره رفتار کودکان

به کار برده می شود و به نظر می رسد دلیل این تفاوت نسبت به جوامع غربی را باید در اعتقادات، ریشه فرهنگی کهن و سبک زندگی اجتماعی، نگاه جامعه به کودک و نیز تأثیر رسانه ها بر جهت دهی فکری خانواده ها جستجو کرد. همچنین در زمینه علل تأثیرگذار بر میزان ترس و همکاری کودک در جامعه ایران، باید عوامل دیگری از جمله شرطی شدن و درد نیز مدنظر قرار گیرد که در مطالعه Townend با بررسی ثوری Rachman's راجع به ترس کودکان از دندانپزشکی مشخص گردید شرطی شدن به طور وسیعی مسئول ایجاد ترس دندانپزشکی در کودکان است (۳۰). Venham نیز در مطالعه خود نشان داد تکامل کودک بر توانایی تحمل استرس در دندانپزشکی تأثیر دارد (۳۱).

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد در شهر قم با توجه به اینکه سبک تربیتی مقتدر بیشتر مشاهده می شود، ولی ارتباطی بین سبک تربیتی والدین، میزان ترس و همکاری کودک وجود ندارد؛ بنابراین عدم همکاری کودک در دندانپزشکی، یک پدیده چند علتی است که در جوامع مختلف آماری، میزان تأثیرگذاری متفاوتی دارد. باتوجه به نتایج پژوهش حاضر به نظر می رسد باید تحقیقات وسیع تری در زمینه عوامل مؤثر بر ترس و همکاری کودکان در مراجعه به دندانپزشکی در ایران انجام گیرد تا نگرش دقیقی باتوجه به ساختار اقلیمی، فرهنگی و اعتقادی ایران به دست آید.

سهل گیرانه با میزان همکاری کودک در دندانپزشکی مشاهده نشد که این نتیجه با نتایج پژوهش Andi (۲۸) و Howenstein (۲۹) که در آن میزان همکاری در سبک فرزندپروری کاهش یافته بود، همخوانی نداشت. از دلایل این تفاوت می توان به غالب بودن سبک فرزندپروری مقتدر در هر کدام از جوامع مورد مطالعه و تأثیرگذاری عوامل مداخله گر دیگر بر ترس کودک اشاره کرد. در مطالعه حاضر، کودکانی که دارای نمره سبک فرزندپروری مستبد بالاتر بودند، میزان همکاری در آنان کمتر بود که این یافته با نتایج تحقیقات دیگر همخوانی داشت (۲۸، ۲۹). همچنین مشاهده گردید ارتباطی بین نمره سبک فرزندپروری مقتدر و میزان همکاری کودک وجود ندارد، این یافته نیز با نتایج دو مطالعه Andi و Howenstein که نشان دادند در سبک فرزندپروری مقتدر، کودکان همکاری بیشتری دارند، همخوانی نداشت. ازجمله دلایل این اختلاف می توان به تفاوت های فرهنگی جامعه ایران با جوامع غربی اشاره کرد؛ به طوری که این مقیاس متأثر از دلایل فراوانی مانند مردسالاری در خانواده های ایرانی، تفاوت در مباحث اعتقادی و مذهبی، همچنین اختلاف در سبک زندگی خانواده های ایرانی و ... می باشد. به عبارت دیگر، با توجه به نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر که نشان داد سبک فرزندپروری مقتدر بیش از ۹۸٪ جامعه را شامل می شود، همچنین مطابقت این یافته با مطالعه شفیع پور (۲۳) که این میزان را بیش از ۹۶٪ بیان کرد، می توان نتیجه گرفت سبک فرزندپروری مقتدر که روانشناسان آن را یک شیوه معقول در فرزندپروری قلمداد می کنند در جامعه ایران به صورت گسترده ای

References:

1. Bankole OO, Adierinokun GA, Denloye OO, Jeboda SO. Maternal and child's anxiety-effect on child's behavior at dental appointments and treatments. Afr J Med Sci 2002;31(4):349-52. PubMed
2. Jabarifar SE, Ahmadi Rozbahani N, Hosseini L. A comparative evaluation of fear and anxiety in (3-6) year old children following treatment under general anesthesia and outpatient dental treatment. J Mashhad Dental Sch 2014;38(1):9-16. [Full Text in Persian] link
3. Javadinejad S, Tahmourespour S, Ghasemi D, Yazdi F. The Relationship Between 6 to 8 year Oldchildren's dental fear and their parents' fear. Knowl Res Appl Psychol 2013;14(4):85-91. [Full Text in Persian] link
4. Razieh Meshki, Leila Basir, Fatemeh Alidadi, Azam Behboudi, Vahid Rakhshan. Effects of pretreatment exposure to dental practice using a smartphone dental simulation game on children's pain and anxiety: A preliminary double-blind randomized clinical trial. J Dent (Tehran) 2018;15(4):250-8. PubMed

5. Kyritsi M, 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. PubMed
6. 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. PubMed
7. Bailey PM, Talbot A, Taylor PP. A comparison of maternal anxiety levels with anxiety levels manifested in the child dental patient. *ASDC J Dent Child* 1973;40(4):277-84. PubMed
8. Avery D, McDonald R. *Dentistry for the child and adolescent*. USA: Mosby; 2004. link
9. Xu J, Ni Sh, Ran M, Zhang Ch. The relationship between parenting styles and adolescents' social anxiety in migrant families: A study in Guangdong, China. *Front Psychol* 2017;8:626. PubMed
10. Verhoeven M, Bögels SM, van der Bruggen CC. Unique roles of mothering and fathering in child anxiety; moderation by child's age and gender. *J Child Fam Stud* 2012;21(2):331-43. PubMed
11. Rorka KE, Morrisa TL. Influence of parenting factors on childhood social anxiety: direct observation of parental warmth and control. *Child Fam Behav Ther* 2009;31(3):220-35. link
12. Arrindell WA, Emmelkamp PM, Monsma A, Brilman E. The role of perceived parental rearing practices in the etiology of phobic disorders: A controlled study. *Br J Psychiatry* 1983;143:183-7. PubMed
13. Cuthbert M, Melamed BG. A screening device: children at risk for dental fears and management problems. *ASDC J Dent Child* 1982;49(6):432-6. PubMed
14. Bögels SM, van Oosten A, Muris P, Smulders D. Familial correlates of social anxiety in children and adolescents. *Behav Res Ther* 2001;39(3):273-87. PubMed
15. Lee CY, Chang YY, Huang ST. Prevalence of dental anxiety among 5-to 8-year-old Taiwanese children. *J Public Health Dent* 2007;67(1):36-41. PubMed
16. Wogelius P, Poulsen S, Sorensen HT. Prevalence of dental anxiety and behavior management problems among six to eight years old Danish children. *Acta Odontol Scand* 2003;61(3):178-83. PubMed
17. 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. PubMed
18. Ghasempour M, Haji Ahmadi M, Pourayali MR. Dental experiments induced anxiety in 6-12-year-old children and relative factors. *J Babol Univ Med Sci* 2004;6(5):12-16. [Full Text in Persian] link
19. Young BJ, Wallace DP, Imig M, Borgerding L, Brown-Jacobsen AM, Whiteside SP. Parenting behaviors and childhood anxiety: A psychometric investigation of the EMBU-C. *J Child Fam Stud* 2013;22:1138-46. link
20. Fallah M, Basharpour S, Bagheri A. Comparing the effectiveness of systematic desensitization and distraction on pain and fear in children with dental problems. *J Ardabil Univ Med Sci* 2016;16(1):74-84. [Full Text in Persian] link
21. Brown A, Whiteside SP. Relations among perceived parental rearing behaviors, attachment style, and worry in anxious children. *J Anxiety Disord* 2008;22(2):263-72. PubMed
22. Shafipour SZ, Sheikhi A, Mirzaei M, Kazemnezhadleili E. Parenting styles and its relation with children behavioral problems. *J Holistic Nurs Midwifery* 2015;25(2):49-56. [Full Text in Persian] link
23. Carlo G, McGinley M, Heyes R, Batenhorst C, Wilkonson J. Parenting styles or practices? parenting, sympathy, and prosocial behaviors among adolescents. *J Genet Psychol* 2007;168(2):147-76. PubMed
24. Kaufmann D, Gesten E, Santa Lucia RC, Salcedo O, Rendina-Gobioff G, Gadd R. The relationship between parenting style and children's adjustment: The parents' perspective. *J Child Fam Stud* 2000;9(2):231-45. link

25. Jaafarzadeh M, Eshgi A, Farahbakhshpour F, Kazemizadeh S. Effect of parental presence on fear and cooperation of 4-6 year-old children referring to Isfahan faculty of dentistry. *J Isfahan DentSch* 2012;7(5):707-13. [Full Text in Persian] link
26. Wolfradt U, Hempel S, Miles JN. Perceived parenting styles, depersonalisation, anxiety and coping behavior in adolescents. *Pers Individ Dif* 2003;34(3):521-32. link
27. Klingberg G, Berggren U, Carlsson SG, Noren JG. Child dental fear: Cause-related factors and clinical effects. *Eur J Oral Sci* 1995;103(6):405-12. PubMed
28. Yusuf AS, Galib N. The influence of parenting style towards cooperative levels in children aged 3-5 years during dental treatment. *J Dentomaxillofacial Sci* 2017;2(3):164-7. link
29. Howenstein JL, Kumar A, Casamassimo PS, McTigue D, Coury D, Yin H. Correlating parenting styles with the child's caries. *Pediatr Dent* 2015;37(1):59-64. PubMed
30. Townend E, Dimigen G, Fung D. A clinical study of child dental anxiety. *Behav Res Ther* 2000;38(1):31-46. PubMed
31. Venham LL, Murray P, Gaulin-Kremer E. Personality factors affecting the preschool child's response to dental stress. *J Dental Res* 1979;58(11):2046-51. link