رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۱۱، شماره پیاپی ۸۰، بهمن ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(11), 2023

اثربخشی درمان فراتشخیصی بر سازگاری رفتاری، اضطراب و ترس دندانپزشکی کودکان

The Effectiveness of Meta-Diagnostic Treatment on behavioral adaptation, anxiety and Fear Dentistry Childrens

مریم حسین زاده
دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
دکتر علی خادمی (نویسنده مسئول)
دانشیار گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
دکتر مجید محمود علیلو
استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
دکتر فرناز فرشباف مانی صفت
استادیار گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

Maryam Hosseinzadeh
Phd Student, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.
Dr. Ali Khademi*
Associate Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.
ali.khademi56@yahoo.com
Dr. Majid Mahmoud Alilou
Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
Dr. Farnaz Farshbaf Manisefat
Assistant Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی بر سازگاری رفتاری، اضطراب و ترس دندانپزشکی کودکان بود. این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از نظر طرح پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_ پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه کودکان ۱۱ الی۷ ساله مراجعه کننده به کلینیک دندانپزشکی تبریز در طول سال ۱۳۹۹ که دچار ترس و اضطراب بودند، تشکیل دادند. از بین کودکان مراجعه کننده به شیوه در دسترس تعداد۳۰ کودک انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. به طوری که گروه آزمایشی درمان فرا تشخیصی را به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه و طی ۳ ماه دریافت کرد؛ در حالی که گروه گواه آموزشی دریافت نکردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس بررسی ترس کودکان- زیر شاخص دندانپزشکی (CFSSS) (کاتبرت و ملامد، ۱۹۸۲)، پرسشنامه اضطراب دندانپزشکی (DAQ) ونیهام و همکاران، ۱۹۸۰) و مقیاس رفتاری سازگاری (ABS) (فرانکل، ۱۹۶۲) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). در واقع درمان فراتشخیصی باعث کاهش ترس و اضطراب و افزایش سازگاری رفتاری کودکان در دندانپزشکی می‌شود.

واژه‌های کلیدی: اضطراب، ترس، سازگاری رفتاری، دندانپزشکی.

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of meta-diagnostic treatment on children's behavioral adaptation, anxiety, and dental fear. This research was applied in terms of purpose and semi-experimental in terms of research design with pre-test-post-test design and control group. The statistical population of this research was made up of all children aged 11 to 7 years who were referred to Tabriz dental clinic in 2019 and were suffering from fear and anxiety. Among the referring children, 30 children were selected in an available way and were randomly placed in two experimental (15 people) and control (15 people) groups. So that the experimental group received meta-diagnostic treatment for 10 sessions of 90 minutes, one session per week for 3 months; While the group did not receive a training certificate. To collect data from the Children's Fear of Dentistry Scale-Sub-Index (CFSSS) (Cathebert and Melamed, 1982), the Dental Anxiety Questionnaire (DAQ) and Vaniham et al., 1980) and the Adaptive Behavior Scale (ABS) (Frankel, 1962)) used. Data analysis was done with the statistical method of multivariate covariance analysis. The results of the research showed that there is a significant difference between the pre-test and post-test scores of the experimental group compared to the control group (P<0.01). Transdiagnostic treatment reduces fear and anxiety and increases children's behavioral adaptation in dentistry.

Keywords: Anxiety, fear, behavioral adaptation, dentistry.

نوع مقاله : پژوهشی	دریافت : آذر ۱۴۰۱	پذیرش: دی ۱۴۰۱	ویرایش نهایی: بهمن ۱۴۰۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.7.4]

مقدمه

آمارها نشان می‌دهد که از هر ۵ کودک ۱ نفر از دندان‌پزشک می‌ترسد. هدف دندان‌پزشکی کودکان پیشگیری و درمان بیماری‌های دهانی به‌منزله اساس سلامت مطلـوب دهان در طول زندگی است (لین[1] و همکاران، ۲۰۱۷). یکی از دلایل مهم پرهیز بیماران از مراجعه به مراکز خدمت دندان‌پزشکی و در پی آن افزایش وخامت سلامت دهان و دندان، ترس و اضطراب دندان‌پزشکی است. اضطراب دندان‌پزشکی در درازمدت از میزان بهداشت دهانی و نیز کیفیت زندگی فرد می‌کاهد، آسیب اجتماعی زیادی را به همراه دارد و در پایان سبب عفونت درمان‌نشده حفره دهان می‌شود. یکی از روش‌های ارتقای سطح بهداشت دهانی و بهبود سازگاری، بررسی ترس و اضطراب دندان‌پزشکی و عوامل مرتبط با آن می‌باشد (ون‌استرنبورگ[2] و همکاران، ۲۰۱۷). اگر اختلالات اضطرابی کودکان درمان نشود، تا بزرگسالی ادامه می‌یابد که نه‌تنها رنج افراد مبتلا را طولانی‌تر می‌کند بلکه هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را نیز افزایش می‌دهد (شاکری منش و همکاران، ۱۴۰۰).

از نظر تاریخی اضطراب در دندانپزشکی، به انتظاری که بیمار از درد دارد نسبت داده شده است. در طول قرن‌های گذشته، کنترل درد یکی از عوامل پیشرفت در کاهش اضطراب بوده است. یکی از دشواری‌های خانواده‌ها و جامعه دندان پزشکان به ویژه دندان پزشکانی که با کودکان سروکار دارند ترس کودکان از درمان‌های دندانپزشکی است. در تحقیقات انجام شده متغیرهای مختلفی برای اضطراب و ترس از دندانپزشکی در کودکان مطرح شده که برخی از این علت ها شامل اضطراب مادری، آگاهی از مشکل دندانی، تجربیات دندانپزشکی گذشته (دین[3]،۲۰۱۶) صدای ناشناخته و بوهای عجیب و نامأنوس (پینکام[4]، ۲۰۱۷) بود. ترس دندانپزشکی یک واکنش عاطفی طبیعی به یک یا چند محرک تهدید کننده خاص در دندانپزشکی است. در مطالعه مروری گسترده که در این زمینه صورت گرفته است میزان شیوع ترس و اضطراب دندانپزشکی حدود ۹ درصد بود (کلینبرگ و بروبرگ[5]، ۲۰۰۷). همچنین در مطالعه دیگری شیوع ترس دندانپزشکی ۱۰ درصد گزارش شده است (شیم[6] و همکاران، ۲۰۱۵).

مطب دندانپزشکی، اغلب برای کودک محیطی همراه با ترس و اضطراب بوده که گاه با وجود واکنش های دفاعی از سوی او، انجام هر گونه درمان را از سوی دندانپزشک و کادر درمانی دشوار و یا حتی ناممکن می نماید (رادیس[7] و همکاران،۱۹۹۴). بروز اضطراب در کودک و تکرار این پدیده در جلسات درمانی پیاپی، بی گمان کارایی دندانپزشک را تحت تاثیر قرار داده و احتمال موفقیت وی را در انجام درمان کاهش می‌دهد (کنت[8]،۱۹۹۰). عدم آگاهی از منشا اضطراب و رفتارهای ناهنجار کودک حین درمان، غالبا دلیل اصلی شکست درمان می باشد. بعضی از عواملی که باعث بروز واکنش های منفی از سوی کودک در هنگام درمان می شوند عبارتند از محیط غریب و افراد ناشناس، ترس جدایی از والدین و از دست دادن کنترل،که این عوامل باعث بروز واکنش‌های منفی از سوی کودک در هنگام درمان می شوند (کین[9] و همکاران،۲۰۰۰). اضطراب از دندانپزشکی در کودکان سالیان زیادی است که به عنوان یک مشکل در کنترل بیماران بیان می شود. اثر این ترس می تواند تا نوجوانی ادامه داشته باشد و سبب پرهیز از اعمال دندانپزشکی گردد (فرر[10] و همکاران، ۲۰۱۱) که برآیند آن از بین رفتن سلامت دهان است.

ترس از محیط های دنداپزشکی در حین معاینه به صورت رفتارهای منفی (خشم، ترس، درد و اضطراب) ظهور می‌نماید. این رفتارها در واقع ناشی از جدایی از مادر، مواجهه با وسایل دندانپزشکی و همچنین شیوه های 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 کلینیک های دندانپزشکی به کمک شیوه های مختلف مانند وعده دادن یا تهدید، کودک را وادار به همکاری می‌نمایند و اغلب هیچ گونه مداخله حرفه ای براساس دانش جدید انجام نمی‌گیرد. ترس، اضطراب و مشکل کنترل رفتاری

1. Lin
2. van Starrenburg
3. Dean
4. Pinkham
5. Klingberg
6. Shim
7. Radis
8. Kent
9. Kain
10. Frere

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.7.4]

(سازگاری) در کودکان ماهیت پیچیده ای دارند و فاکتورهای مختلفی به عنوان عوامل احتمالی در ایجاد آن‌ها عنوان شده‌اند. مواردی چون سن، جنست، سرشت و ویژگی های شخصیتی، سلامت عمومی و دهانی، سابقه درمان‌های دندانپزشکی در گذشته، ترس عمومی و مشکلات روانشناختی از جمله مهمترین عوامل هستند که مورد بررسی قرار گرفته‌اند (اگروال و داس[1]، ۲۰۱۳). با توجه به وجود ترس و اضطراب دندانپزشکی و مشکل رفتاری و سازگاری این کودکان که برای بیمار و دندانپزشک به دنبال دارد؛ می‌تواند به علت اجتناب از مراجعه به دندانپزشک موجب پوسیدگی دندان، از دست دادن دندان های شیری و دائمی و مشکلات روانشناختی به دنبال داشته باشد (کلینیک[2] و همکاران، ۲۰۱۶)؛ لذا با توجه به این عوامل توجه به مداخله روانشناختی در این زمینه وجود دارد که درمان فراتشخیصی به عنوان یک از مداخلات مهم در این زمینه مطرح است.

به این منظور یکی از درمان‌های مؤثر روان‌شناختی که روی طیف وسیعی از اختلال‌های رفتاری هیجانی اثربخش می‌باشد، درمان فراتشخیصی بارلو[3]و همکاران (۲۰۱۰) است. درمان مذکور، یک درمان شناختی- رفتاری فراتشخیصی متمرکز بر هیجان است؛ در این درمان با تأکید بر هیجان‌ها و ماهیت انطباقی و کارکردهای هیجان‌ها، سعی در شناسایی و اصلاح کوشش‌های غیرانطباقی برای تنظیم تجارب هیجانی می‌شود (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷). منطق شکل‌گیری درمان‌های فراتشخیصی مبتنی بر مفاهیم نظری و نتایج تجربی در خصوص وجود عوامل مشترک بین اختلال‌های هیجانی بوده است که عمدتاً با هدف مورد آماج قرار دادن این عوامل سبب‌ساز طراحی شدند (آشنا و همکاران، ۱۴۰۰). درمان فراتشخیصی، شامل پنج بخش درمانی اصلی است که عبارتند از: ۱. آگاهی هیجانی مبتنی بر حال، ۲. انعطاف‌پذیری شناختی، ۳. اجتناب هیجانی و رفتارهای برخاسته از هیجان، ۴.آگاهی از احساس‌های بدنی و تحمل آنها و ۵. مواجهه هیجانی درونزاد (ذهنی) و مبتنی بر موقعیت (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج برخی از پژوهش‌ها، (دیر[4] و همکاران، ۲۰۱۶؛ تالکووسکی[5] و همکاران، ۲۰۱۷) بیان کننده اثربخشی این پروتکل بر بهبود علایم اختلال‌های هیجانی و مخصوصاً اختلال‌های اضطرابی است. بولیس[6] و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود با موضوع بررسی اثر درمان فراتشخیصی بر اختلالات اضطرابی، افسردگی و هیجانی نشان دادند که این شیوه درمان می‌تواند به کاهش اضطراب، افسردگی و مشکلات هیجانی و روان‌شناختی منجر شود. الارد[7] و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای در این زمینه نشان داد که درمان فراتشخیصی بر جنبه‌های سازگاری فردی و اجتماعی تأثیر دارد و باعث بهبود جنبه‌های سازگاری می‌شود. به طوری که درمان فراتشخیصی یک رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان است و این درمان به بیماران می‌آموزد چگونه با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شده، آن‌ها را تجربه کنند و به شیوه‌های سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. همچنین زمستانی و ایمانی (۱۳۹۵) و کندی[8] و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه خود نشان دادند که درمان فراتشخیصی یکپارچه به منظور آماج قرار دادن عوامل مشترک بین اختلال‌های هیجانی طراحی شده است و تاکید عمده‌ی آن بر تجربه و پاسخ‌های هیجانی است. کودکانی که از ترس دندانپزشکی دارند، از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه مانند اجتناب و سرکوبی، پنهان کردن یا نادیده گرفتن هیجانات استفاده می‌کنند.

با توجه به اینکه بهداشت دهان و دندان مسئله مهمی در سلامت افراد و به ویژه کودکان می‌باشد که گاهی عدم مراجعه به مطب دندانپزشکی به دلیل ترس و اضطراب، باعث افزایش مشکلات و پیشرفت بیماری‌های دندان آنها می‌شود. کودکان در مقایسه با بزرگسالان رفتارهای ناسازگای در مطب دندانپزشکی و در مواجهه با ابزارهای دندانپزشکی از خود نشان می دهند و مقاومت زیادتری در برابر اعمال دندان پزشکی از خود نشان می‌دهند. برخی کودکان خشم و پرخاشگری بیشتری دارند و رفتارهای آنها ممکن است باعث شود برای درمان مراجعه نکرده و مشکلات و بیماری‌های آن ها در اثر عدم معالجه بیشتر شود. معمولاً روش‌های درمانی حرفه‌ای روان‌شناختی برای کودکان دچار ترس و اضطراب خیلی مورد توجه نبوده و کمتر استفاده شده است. در حالی که توجه به بهداشت دهان و دندان و انجام کمک‌های حرفه‌ای جهت کمک به آنها اهمیّت زیادی دارد. از آنجایی که اکثر کودکان مشکل خرابی دندان دارند و با عدم مراجعه یا مقاومت در برابر درمان هزینه های زیادی بر خانواده خود تحمیل می‌کنند؛ لذا بررسی سلامت روانشناختی کودکان و جنبه‌های هیجانی ترس دندانپزشکی در کودکان از اهمیت خاصی برخوردار است و انجام پژوهش را نشان می‌دهد. همچنین از آنجایی که مطالعه کمی در خصوص روش های

1. Agarwal & Das
2. Kilinç
3. Barlow
4. Dear
5. Talkovsky
6. Bullis
7. Ellard
8. Kennedy

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.7.4]

درمانی متداول روانشناختی و مداخله‌های حرفه‌ای از جمله درمان فراتشخیصی برای این کودکان به ویژه در ارتباط با سازگاری رفتاری، ترس و اضطراب انجام پذیرفته است؛ لذا هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی بر سازگاری رفتاری، اضطراب و ترس دندانپزشکی کودکان بود.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه کودکان ۱۱-۷ ساله مراجعه کننده به کلینیک دندانپزشکی تبریز در طول سال ۱۳۹۹ که دچار ترس و اضطراب بودند، تشکیل دادند. از بین کودکان مراجعه کننده به شیوه در دسترس تعداد۳۰ کودک انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) چایگذاری شدند. به طوری که گروه آزمایشی درمان فرا تشخیصی را به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه و طی ۳ ماه دریافت کرد؛ در حالی که گروه گواه آموزشی دریافت نکردند. گزارش والدین مبنی بر وحشت از محیط کلینک در کودک، تأیید علایم اضطرابی بر اساس مصاحبه بالینی و دامنه سنی ۷-۱۱ سال و ابتلاء به هر نوع اختلال روانپزشکی دیگر یا بیماری جسمانی از معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل انصراف از ادامه پژوهش ، غیبت بیش از دو جلسه و عدم رعایت قوانین بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش از جمله، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، اخذ رضایت‌نامه از شرکت کنندگان، رعایت اصل رازداری و پرهیز از سوگیری رعایت گردید. داده ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره در نسخه ۲۵ نرم افزار SPSSمورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

مقیاس بررسی ترس کودکان- زیر شاخص دندانپزشکی[1] (CFSSS): برای ارزیابی استرس دندانپزشکی در کودک از مقیاس استاندارد و دقیق بررسی ترس کودکان- زیر شاخص دندانپزشکی استفاده شد. این پرسشنامه را اولین بار کاتبرت و ملامد[2] در سال ۱۹۸۲ ارائه دادند. این پرسشنامه دارای ۱۵ مورد از وضعیت‌های مختلف دندانپزشکی است و نسبت به شاخص‌های دیگر ارزیابی استرس از دقت بالایی برخوردار است. در روش ارزیابی این پرسشنامه هر پرسش ۵ جواب دارد که درجهٔ ۱ مربوط به احساس آرامش و درجه ۵ مربوط به اضطراب است. نمرهٔ کل شامل محاسبه نمره های هر ۵ پرسش است که امتیاز کلی هر فرد از ۱۵ تا ۷۵ متغیر می‌باشد. پژوهش ها نشان دادند که مقیاس بررسی ترس کودکان ـ زیر شاخص دندانپزشکی از پایایی و روایی بالایی برای اندازه‌گیری استرس دندانپزشکی کودکان برخوردار است و از آنجا که تمام وضعیت‌های دندانپزشکی در آن عنوان شده، در اندازه گیری استرس دندانپزشکی کودکان از دقت بسیار بالایی برخوردار است (پنکهام، ۱۹۹۵). آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۱ به دست آمد. روایی این پرسشنامه توسط طراحان آن با روش تحلیل عاملی اکتشافی مورد تأیید قرار گرفت و پایایی بازآزمایی آن به فاصله هفت روز ۰/۸۸ به دست آمد (کاتبرت و ملامد، ۱۹۸۲). در نمونه های یونانی پایایی درونی این مقیاس (آلفای کرونباخ) ۰/۸۵و پایایی بازآزمایی در فاصله زمانی یک ماه این مقیاس ۰/۷۴ گزارش شده است (جوادی نژاد و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش صفری و همکاران (۱۳۹۷)، روایی محتوایی تأیید شد و پایایی ابزار، درصد توافق همه سؤالات بالای ۸۰ درصد بود. همچنین برای تک تک سؤالات، کاپا بین متوسط تا خوب و ICC خوب و بسیار خوب بود. همچنین در پژوهش حاضر ضریب پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب دندانپزشکی[3] (DAQ): این پرسشنامه برای سنجش اضطراب کودک در دندانپزشکی توسط وینهام و همکاران (۱۹۸۰) ساخته شده است. تست تصویری وینهام یک ابزار خود گزارشی برای تعیین اضطراب است که در آن از ۸ کارت تصویری استفاده می‌شود. بر روی هر کارت دو تصویر که یکی مضطرب و دیگری غیر مضطرب می‌باشد نقاشی شده است این هشت کارت به نوبت به کودک نشان داده می‌شود و از او خواسته می شود تا بگوید کدام یک از دو تصویر به بهترین نحو بیانگر احساس درونی او می باشد اگر کودک تصویر مضطرب را انتخاب کند نمره اضطراب او یک و اگر تصویر غیر مضطرب را انتخاب نماید نمره اضطراب او صفر خواهد شد. سپس نمرات اضطراب جمع بسته خواهد شد و نمرات جمع شده بین صفر تا هشت قرار خواهد گرفت اگر نمره کودک ۴

1. Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale
2. CuthBert & Melamed
3. Dental anxiety questionnaire

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.7.4]

و بالاتر باشد به عنوان کودک مضطرب در نظر گرفته خواهد شد (ونیهام و همکاران، ۱۹۸۰). ونهام و کرمر در سال ۱۹۸۰ این تست را برای وضعیت اضطراب کودکان از دندانپزشکی ساختند و در پژوهش خود پایایی تست را از طریق پایایی بازآزمایی در فاصله زمانی ۳ هفته، ۰/۷۰ گزارش کردند و همسانی درونی آزمون از طریق کودر ریچاردسون با ضریب ۰/۸۸ نشانه بالا بودن ثبات داخلی آزمون داشت. در پژوهش جوادی نژاد و همکاران (۱۳۹۳) برای بررسی روایی و تعیین ساختار عاملی پرسشنامه از تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول و دوم استفاده کردند که تأیید گردید و برای پایایی ابزار از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ۰/۶۰ گزارش گردید. همچنین در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

مقیاس رفتاری سازگاری[1] (ABS): این پرسشنامه را فرانکل[2] در سال ۱۹۶۲ معرفی کرد، شاخص سنجش رتبه ای رفتار است و رفتارهای مشاهده شده حین درمان دندانپزشکی را به ۴ دسته تقسیم می کند و در طی مراحل درمانی متخصص دندانپزشکی کودکان آن را ثبت می‌کند. توصیف و توضیح ۴ رتبه به شرح زیر است: رتبهٔ ۱کاملاً منفی: سرپیچی از درمان، به شدت گریه می کند، ترسو است ویا هرگونه شواهدی از منفی گرایی شدید . رتبهٔ ۲ منفی: تمایل به قبول درمان ندارد، همکاری ندارد، شواهدی از رفتار منفی نشان میدهد ولی چشمگیر نیست (کج خلقی ــ کناره گیری). رتبهٔ ۳ مثبت: درمان را قبول می‌کند، همزمان محتاط هم هست، تمایل بر موافقت با دندانپزشک دارد، همزمان شرط می‌گذارد، ولی از دستورهای دندانپزشک هم پیروی و با او همکاری می‌کند. رتبهٔ ۴کاملاً مثبت: رابطهٔ خوبی با دندانپزشک دارد، به اعمال دندانپزشکی علاقه مند است، می‌خندد و لذت می‌برد (مک دونالد[3] و همکاران، ۲۰۱۱). پژوهش‌ها این شاخص را به عنوان یکی از ابزارهای ارزیابی رفتار کودک حین درمان دندانپزشکی با بالاترین روایی صوری و محتوایی و پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند (فرانکل و همکاران، ۱۹۶۲). در پژوهش جوادی نژاد و همکاران (۱۳۹۲)، روایی محتوایی مقیاس تأیید گردید و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش گردید. همچنین در پژوهش حاضر ضریب پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که گروه مداخله در معرض درمان فراتشخیصی در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هر هفته دو جلسه قرار گرفتند؛ اما اعضای گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. قبل و بعد از مداخله هر دو گروه آزمایش و کنترل به آزمون‌ها پاسخ دادند. برنامه مداخله ای در پژوهش حاضر برگرفته از برنامه درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو و همکاران (۲۰۱۷) بود که از پژوهش عبدی و همکاران (۱۳۹۲) اقتباس شده است.

جدول ۱. برنامه مداخله درمان فراتشخیصی (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷)

جلسات	محتوای جلسه
جلسه اول	معارفه افراد نمونه پژوهش به یکدیگر، افزایش انگیزه، مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری شرکت کنندگان در طول درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان
جلسه دوم	رائه آموزش روانی، بازشناسی هیجانها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه ای تجارب هیجان
جلسه سوم	یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجانها و واکنش به هیجانها به خصوص با استفاده از فنون ذهن آگاهی)
جلسه چهارم	ایجاد آگاهی از تأثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجانها، شناسایی ارزیابیهای سازش نایافته خودکار و دام های شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف پذیری در تفکر
جلسه پنجم	آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان
جلسه ششم	آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی، شناسایی و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه رویارویی با رفتارها
جلسه هفتم	افزایش آگاهی از نقش احساس های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین های مواجهه با رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس های جسمانی و افزایش تحمل این علایم
جلسه هشتم و نهم	آگاهی یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب

1. Adaptability behavioral scale
2. Frankle
3. Macdonald

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.7.4]

یافته‌ها

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

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

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار مقادیر سازگاری رفتاری، اضطراب وترس کودکان به تفکیک گروه و زمان آزمون

متغیر	گروه‌ها	گروه آزمایش		گروه گواه	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سازگاری رفتاری	پیش‌آزمون	۱/۸۰	۰/۶۷	۲/۲۶	۰/۷۰
	پس‌آزمون	۳/۳۳	۰/۶۱	۱/۹۳	۰/۷۹
اضطراب	پیش‌آزمون	۵/۹۳	۱/۳۸	۶/۶۰	۰/۹۱
	پس‌آزمون	۲/۲۰	۱/۲۶	۶/۷۳	۰/۹۳
ترس	پیش‌آزمون	۶۴/۴۶	۵/۰۸	۶۳/۱۳	۵/۳۱
	پس‌آزمون	۳۷/۴۰	۵/۸۷	۶۱/۶۰	۴/۸۲

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین نمرات متغیر سازگاری رفتاری در گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است. همچنین میانگین نمرات اضطراب و ترس در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه گواه کاهش یافته است.

به منظور انجام تحلیل کوواریانس ابتدا پیش‌فرض همگونی شیب خط رگرسیون با آزمون F اثرات تقابلی بررسی شد و نتایج حاصل از F محاسبه شده برای متغیرهای سازگاری رفتاری (F=۱/۲۴، P>۰/۰۵)، اضطراب (F=۱/۲۶، P>۰/۰۵) و ترس (F=۴/۰۱، P>۰/۰۵) حاکی از رعایت این پیش‌فرض بود. بعلاوه آزمون برابری واریانس از طریق آزمون لون (سازگاری رفتاری، F=۰/۹۱، P>۰/۰۵؛ اضطراب؛ F=۱/۷۸، P>۰/۰۵ و ترس F=۳/۶۲، P>۰/۰۵) حاکی از برقرار بودن این پیش‌فرض های برای متغیرهای وابسته بود. همچنین نتایج آزمون کالموگروف- اسمیرنوف نشان داد که داده‌ها نرمال هستند (P<۰/۰۵)؛ بنابراین بر اساس این مفروضه‌ها و پیش‌شرط‌های آزمون تحلیل کواریانس که محقق شده‌اند، برای تحلیل از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. همچنین با توجه به نتایج آزمون باکس مشخص است که چون مقدار سطح معناداری این آزمون برابر ۰/۱۰ می‌باشد و این مقدار بیشتر از سطح معناداری ۰/۰۵ است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که این پیش‌فرض جهت انجام آزمون تحلیل مانکووا رعایت شده است. به عبارت دیگر، همگنی ماتریس واریانس- کواریانس متغیرهای پژوهش برقرار است و از نظر ماتریس واریانس- کواریانس تفاوت معناداری باهم ندارند.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری سازگاری رفتاری، اضطراب و ترس دندانپزشکی کودکان در گروه درمان فراتشخیصی و گواه

منبع تغییر	لامبدای ویلکز	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
گروه	۰/۰۹۸	۷۰/۵۶	۳	۲۳	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۳ آماره چند متغیره لامبدای ویلکز برابر ۰/۰۹۸ ، مقدار F برابر ۷۰/۵۶۶ و سطح معنی‌داری برابر ۰/۰۰۱ است. با توجه به کوچکتر بودن سطح معنی‌داری از ۰/۰۵ نتیجه گرفته می‌شود که در کل پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، میزان نمرات پس‌آزمون متغیرهای سازگاری رفتاری، اضطراب و ترس دندانپزشکی کودکان در گروه گواه و درمان فراتشخیصی دارای تفاوت معنی‌داری می‌باشند (P<۰/۰۰۱، F=۷۰/۵۶، ۰/۰۹۸= لامبدای ویلکز).

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.7.4]

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری متغیرهای سازگاری رفتاری، اضطراب و ترس دندانپزشکی کودکان در گروه درمان فراتشخیصی و گواه

منبع تغییر	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر پیش آزمون	سازگاری رفتاری	۰/۲۹	۱	۰/۲۹	۰/۶۰	۰/۴۴	۰/۰۲
	اضطراب	۱/۶۷	۱	۱/۶۷	۱/۵۲	۰/۲۲	۰/۰۶
	ترس	۸۳/۵۴	۱	۸۳/۵۴	۲/۸۸	۰/۱۰	۰/۱۰
اثر گروه	سازگاری رفتاری	۱۴/۷۷۶	۱	۱۴/۷۷۶	۳۰/۱۹۱	۰/۰۰۱	۰/۵۴۷
	اضطراب	۱۰۷/۲۳۳	۱	۱۰۷/۲۳۳	۹۸/۱۰۵	۰/۰۰۱	۰/۷۹۷
	ترس	۳۶۹۵/۹۰۸	۱	۳۶۹۵/۹۰۸	۱۲۷/۷۹۴	۰/۰۰۱	۰/۸۳۶
خطا	سازگاری رفتاری	۱۲/۲۳۵	۲۵	۰/۴۸۹			
	اضطراب	۲۷/۳۲۶	۲۵	۱/۰۹۳			
	ترس	۷۲۳/۰۲۰	۲۵	۲۸/۹۲۱			

نتایج تحلیل کواریانس انجام شده بر روی نمرات سازگاری رفتاری، اضطراب و ترس دندانپزشکی در دو گروه درمان فراتشخیصی و گواه در جدول ۴ ارائه شده است. در این تحلیل نمره های پیش آزمون تحت کنترل آماری قرار گرفته است. یعنی اثر نمره های پیش آزمون از روی نمرات سازگاری رفتاری، اضطراب و ترس دندانپزشکی برداشته شده و سپس دو گروه براساس واریانس باقیمانده مقایسه شدند.

همان طور که نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان می دهد، بین نمره سازگاری رفتاری دندانپزشکی گروه درمان فراتشخیصی و گواه تفاوت معناداری دیده می شود (F=۳۰/۱۹۱، P›۰/۰۵). مطابق با جدول ۴ در گروه درمان فراتشخیصی، نمرات سازگاری رفتاری دندانپزشکی(M=۳/۳۹۹) به طور معنی‌داری بیشتر از گروه گواه (M=۱/۸۶۸) است. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود درمان فراتشخیصی باعث افزایش سازگاری رفتاری دندانپزشکی کودکان می‌شود. همچنین نتایج تحلیل کواریانس نشان می دهد، بین نمره اضطراب دندانپزشکی گروه درمان فراتشخیصی و گواه تفاوت معناداری دیده می شود (F=۹۸/۱۰۵، P›۰/۰۵). مطابق با جدول ۴ در گروه درمان فراتشخیصی، نمرات اضطراب دندانپزشکی (M=۲/۴۰۴) به طور معنی داری کمتر از گروه گواه (M=۶/۵۲۹) است. به عبارتی اثر بخشی درمان فراتشخیصی، اثربخشی معنی داری را در کاهش اضطراب دندانپزشکی در پس آزمون داشته است. علاوه براین نتایج تحلیل کواریانس نشان می دهد، بین نمره ترس دندانپزشکی گروه درمان فراتشخیصی و گواه تفاوت معناداری دیده می شود (F=۱۲۷/۷۹۴، P›۰/۰۵). مطابق با جدول ۴ در گروه درمان فراتشخیصی، نمرات ترس دندانپزشکی(M=۳۷/۳۹۱) به طور معنی داری کمتر از گروه گواه (M=۶۱/۶۰۹) است. به عبارتی اثر بخشی درمان فراتشخیصی، اثربخشی معنی داری را در کاهش ترس دندانپزشکی در پس آزمون داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی بر سازگاری رفتاری، اضطراب و ترس دندانپزشکی کودکان انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان فراتشخیصی بر سازگاری کودکان تأثیر داشته و میزان سازگاری کودکان را افزایش می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های الارد و همکاران (۲۰۱۷)، ریکاردی (۲۰۱۲) و عبدی و همکاران (۱۳۹۲) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان فراتشخیصی یک رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان است و این درمان به بیماران می‌آموزد چگونه با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شده، آن‌ها را تجربه کنند و به شیوه‌های سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. درمان فراتشخیصی ضمن

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.7.4]

اصلاح عادت‌های تنظیم هیجانی بیماران، کاهش شدت و بروز تجربه هیجانی ناسازگارانه، بهبود کارکرد بیماران را هدف قرار می‌دهد (الارد و همکاران، ۲۰۱۷). درمان فراتشخیصی، بر سازگاری در کودکان تأثیر دارد و باعث بهبود سازگاری در آن‌ها می‌شود. افکار مثبت توصیف‌گر تمرکز شناختی بر رویدادهای مثبتی است که در گذشته یا حال اتفاق افتاده و یا در آینده روی خواهند داد. این راهبرد همچنین عناصر خودتسکینی و خیال‌پردازی را نیز در بر می‌گیرد. افکار مذهبی شامل شناخت‌هایی متنوع می‌شود که در محوریت آنها خدا، عبادت، جستجوی راهنما و حفظ ایمان قرار دارد. در در این درمان تلاش می‌شود برای یافتن فایده یا معـنایی در موقعیت روی آورده صورت می‌گیرد. این راهبرد ارزیابی ارتباط موقعیت با اهداف مختلف را نیز شامل شده و ممکن است به تغییراتی در اهداف منجر شود. قیاس رو به پایین و آزمون واقعیت، مقایسه تجارب خود با افرادی است که در موقعیت‌های مشابه قرار داشتند. در این راهبرد سعی می‌شود، دید منفی کمتری نسبت به موقعیت افرادی که با آن‌ها مقایسه صورت می‌گیرد، اتخاذ گردد. این راهبرد به یک مفهوم ثانوی، تلاش‌هایی را نیز که به منظور سنجش مطلوبیت یا تناسب پاسخ هیجانی یک فرد دیگر انجام می‌شود، در بر می‌گیرد. پذیرش احساسات نمایانگر عادی‌سازی و پذیرش پاسخ هیجانی در برابر موقعیت است. این راهبرد همچنین بر اعتباربخشی به هیجان‌ها دلالت می کند. پذیرش موقعیت برخلاف پذیرش احساسات، راهبردی است که بر قبول رویدادهای به وقوع پیوسته تمرکز دارد. مشاهده ذهن‌آگاهانه نگاه ناداورانه به موقعیت است که پیامدها و پاسخ‌های هیجانی همراه آن مورد بحث درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد. تحلیل احساسات و موقعیت تلاش‌هایی را شامل می‌گردد که به منظور شناخت منبع و معنای هیجان‌ها صورت می‌پذیرند و این باعث بهبود جنبه‌های سازگاری می‌شود (ریکاردی، ۲۰۱۲).

یافته دیگر پژوهش نشان داد درمان فراتشخیصی بر اضطراب در کودکان تأثیر دارد و می‌تواند میزان اضطراب کودکان را کاهش دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های بارلو و همکاران (۲۰۱۷) و زمستانی و ایمانی (۱۳۹۵) همسو است. در نظریه گراس (۲۰۱۵) فرونشانی به عنوان راهبردی تعریف می‌شود که افراد از طریق آن، هیجان‌ها، افکار و حس‌های بدنی‌شان را تغییر داده یا کنترل می‌کنند. اجتناب، فرونشانی هیجان‌ها و عدم پذیرش آنها از معیارهای مهم اختلال‌های اضطرابی محسوب می‌شوند. الگوهای اجتنابی و نیز فرونشانی هیجان به طور کلی یکی از آماج مهم درمانی در رویکرد فراتشخیصی هستند. آگاهی از هیجان‌ها، مواجهه هیجان‌مدار، پذیرش هیجان‌ها و عدم فرونشانی آنها از جمله راهبردهای موثر در تنظیم هیجان هستند که در رویکرد فراتشخیصی به طور مکرر به کار می‌روند و می‌تواند جنبه‌های مهم اختلال اضطرابی را کاهش دهند (زمستانی و ایمانی، ۱۳۹۵).

طبق مدل آسیب‌شناسی بک سوگیری های شناختی باعث آسیب پذیری در برابر رویـدادهای منفی زندگی می‌شوند. در این حالت احتمال دارد که یک فقدان یا برخورد به مانعی در زندگی، به شیوهای اغراق‌آمیز، منـفی و شخصی‌سازی شده، تفسیر شود. به همین دلیل است که تفکر در تناوب فرآیندهای تنظیم عاطفی، آخرین فرآیند محسوب می‌شود (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷). برای این که تفکر اتفاق بیفتد، هیجان‌ها نخست باید در آگاهی نمادسازی شوند. افراد تنها زمانی می‌توانند احساسات خویش را مورد تأمل قرار داده و تجارب هیجانی خود را ارزیابی کنند که هیجان‌ها به هشیاری آن‌ها وارد شده و در قرائت‌های هماهنگ سازمان یابند. دوم این که تفکر از ویژگی بازگشتی برخوردار بوده و می‌تواند شیوه و هیجان‌هایی را که در ابتدا فراخوانده شده‌اند، تغییر دهند. به عنوان مثال، چنان که یک فرد غمناکی خود را به عنوان احساسی قابل درک و تحمل تلقی کند می‌تواند شدت آن را کاهش دهد، در حالی که اگر آن را یک احساس ضعیف تعبیر کند، منجر به بروز احساس شرمساری در وی می‌شود که در درمان فراتشخیصی این هیجان‌های منفی شناسایی شده و کاهش می‌یابند و لذا درمان فراتشخیصی نیز می‌تواند در این زمینه، اضطراب کودکان را کاهش دهد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷).

یافه دیگر پژوهش نشان داد که درمان فراتشخیصی بر ترس در کودکان تأثیر دارد و می‌تواند میزان ترس کودکان را کاهش دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های موس و بارلو (۲۰۰۶) و کندی و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. درمان فراتشخیصی یکپارچه به منظور آماج قرار دادن عوامل مشترک بین اختلال‌های هیجانی طراحی شده است و تاکید عمده‌ی آن بر تجربه و پاسخ‌های هیجانی است. کودکانی که از ترس دندانپزشکی دارند، از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه مانند اجتناب و سرکوبی، پنهان کردن یا نادیده گرفتن هیجانات استفاده می‌کنند. تلاش برای کنترل هیجانی موجب افزایش و تداوم احساساتی می‌شود که فرد تلاش می‌کند کاهش دهد. درمان فراتشخیصی یکپارچه به کودکان می‌آموزد که چگونه با هیجانات ناخوشایند خود در درمانگاه مواجه شده و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجانهای خود پاسخ دهند (کندی، ۲۰۱۸). همچنین این درمان کمک می‌کند تا کودکان فهم بهتری از تعامل افکار، احساس‌ها و رفتارها در ایجاد تجربه‌های هیجانی درونی داشته باشند. کودکان یاد می‌گیرند تا آگاهی بهتری از تجربه‌های هیجانی خود (شامل برانگیزاننده‌ها و پیامدهای رفتاری) کسب کنند، با ارزیابی‌های شناختی منفی از احساس‌ها و هیجان‌های جسمی چالش کنند، رفتارهای ناشی از هیجان را شناسایی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.7.4]

و اصلاح کنند، آگاهی و تحمل احساس‌های جسمی در طی مواجهه درونزاد را کسب کنند و در بافت‌های موقعیتی و درونزاد با تجربه‌های هیجانی خود مواجه شوند. همه این مهارت‌ها، با اصلاح عادات تنظیم هیجانی منجر به کاهش شدت تجربه‌های هیجانی ناسازگارانه و برگرداندن هیجانها به سطح کارکردی می‌شود. در این پژوهش، تکنیک‌ها و مهارت‌های درمانی پروتکل توانستند با آماج قرار دادن غیر مستقیم این عوامل مشترک باعث بهبود علائم ترس شوند (موس و بارلو، ۲۰۰۶).

تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها پایه اصلی در رویکرد فراتشخیصی است و از آنجایی که ترس و اضطراب و سازگاری با موقعیت ریشه در هیجان افراد دارد؛ لذا درمان فراتشخیصی باعث بهبود سازگاری و کاهش مشکلات روان‌شناختی در کودکان می‌شود. همچنین به افراد کمک می‌کند تا از هیجانات منفی خودآگاهی یافته و از عواملی که موجب بروز این هیجانات منفی در زمینه ی زندگی اجتماعی شده، شناخت مناسب را پیدا کنند. علاوه بر این، این افراد می‌آموزند که به جای فرار از هیجانات منفی؛ آن ها را به درستی بپذیرند و به جای فرار از آن‌ها و جایگزین کردن تعلل برای آن، از مهارت‌های تعدیل و تنظیم هیجانی استفاده کرده و هیجانات مثبت را جایگزین هیجانات منفی کنند.

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. از آنجایی که یافته‌های پژوهش بر اساس مقیاس و استفاده از پرسشنامه بود و شرکت‌کنندگان ممکن است به صورت واقعی به سؤالات پاسخ ندهند و این ممکن است نتایج پژوهش را به مخاطره بیاندازد. این پژوهش بر روی کودکان ۷-۱۱ سال مراجعه کننده به کلینیک‌های دندانپزشکی انجام گردید که در تعمیم یافته‌ها بر روی سایر کودکان باید احتیاط نمود. با توجه به اینکه روش نمونه‌گیری به صورت دردسترس بوده و لذا این می‌تواند در انتخاب و نتایج را نیز تحت تأثیر قرار دهد. بر اساس یافته‌های به دست آمده پیشنهاد می‌شود که در جلسات درمان واقعی صرف‌نظر از دیدگاه نظری یا سبک مشاوره‌ای و درمانی اتخاذ شده به منظور بهینه‌سازی درمان این اختلال، طرحی برای افزایش درمان فراتشخیصی مبتنی بر ارزش مراجعان و کودکان مدنظر قرار گیرد تا از این طریق مشکلات روانشناختی این کودکان کاهش یابد. براساس یافته به دست آمده پیشنهاد می‌شود مراکز درمانی و بیمارستان‌ها برنامه‌هایی در جهت توانمندسازی، افزایش مهارت‌های زندگی و قدرت سازگاری کودکان تدارک بینند تا ضمن افزایش سطح سازگاری، قدرت مقابله‌ی موثر آنان در برابر تنش‌ها و فشارهای روانی بهبود یابد. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، به درمانگران و متخصصان پیشنهاد می گردد به عنوان بخشی از روند درمان به بررسی و شناسایی سبک خودکار درمان فراتشخیصی در فرد مبتلا پرداخته و در صورت لزوم آموزش مهارت‌های درمان فراتشخیصی را در برنامه کار خود قرار دهند.

منابع

آشنا، م؛ بشارت، م؛ ملیحی‌الذاکرینی، س؛ رافضی، ز. (۱۴۰۰). اثربخشی گروه درمانی فراتشخیصی یکپارچه بر فراشناخت ها و فراهیجان های مثبت مادران کودکان مبتلا به سرطان. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۲۰ (۹۷): ۲۲-۱۳. http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1400.20.97.3.0

جوادی نژاد، ش؛ فرج زادگان، ز؛ شرکت، ص؛ شکری مژدهی، م. (۱۳۹۳). بررسی پایایی و روایی پرسشنامه MCDAS باز ترجمه فارسی و مقایسه با پرسشنامه کورا و وینهام در سنجش اضطراب کودکان. *مجله تحقیق در علوم دندانپزشکی*، ۱۱ (۲)، ۱۱۵-۱۱۲. http://dorl.net/dor/20.1001.1.20084676.1393.11.2.10.2

زمستانی، م؛ ایمانی، م. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراتشخیصی بر نشانه های افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان. *مجله روانشناسی معاصر*، ۱۱(۱)، ۲۱-۳۲. http://bjcp.ir/article-1-813-fa.pdf

شاکری منش، ل؛ حاجی اربابی، ف؛ پیوندی یزدی، آ. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مبتنی‌بر برنامه Coping Cat بر کاهش نشانه‌های اضطرابی و افزایش نظم‌جویی شناختی هیجان و تاب‌آوری کودکان ۷ تا ۱۲ ساله مراجعه‌کننده به دندان‌پزشکی: تک موردی. *طب داخلی روز*، ۲۷ (۳)،۳۴۱-۳۱۸. http://dx.doi.org/10.32598/hms.27.3.3269.1

عبدی، ر؛ بخشی پور رودسری، ع؛ محمودعلیلو، م؛ فرنام، ع. (۱۳۹۲). ارزیابی کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت نشانه های زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱ (۵)، ۳۹۰-۳۷۵. http://dorl.net/dor/20.1001.1.17352029.1392.11.5.5.4

Agarwal, M., Das, U. M. (2013). Dental anxiety prediction using Venham Picture test: a preliminary cross-sectional study. *Journal Indian Soc Pedod Prev Dent*, 31(1), 22-4. https://doi.org/10.4103/0970-4388.112397

Barlow, D. H., Ellard, K. K. & Fairholme, C. P. (2010). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*: Workbook. Oxford University Press. https://academic.oup.com/book/1232

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer -Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R. & Cassiello - Robbins, C. (2017). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*: Therapist guide. Oxford University Press. https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2646395

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.7.4]

Bullis, J.R., Fortune, M.R., Farchione, T.J., & Barlow, D.H. (2014). A preliminary investigation of the long -term outcome of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Comprehensive Psychiarty*, 55(8), 1920 – 1927. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2014.07.016

CuthBert, M. I., & Melamed, B. G. (1982). A screening device: children at risk for dental fears and management problems. *ASDC Journal of Dentistry for Children*, 49(6), 432-436. https://europepmc.org/article/med/6960031

Dean, J. (2016). *McDonald and Avery's Dentistry for the Child and Adolescent*. 10th ed. St.Louis: Mosby. https://www.sciencedirect.com/book/9780323287456/mcdonald-and-averys-dentistry-for-the-child-and-adolescent

Dear, B. F., Staples, L. G., Terides, M. D., Fogliati, V. J., Sheehan, J., Johnston, L. and Titov, N. (2016). Transdiagnostic versus disorder -specific and clinicianguided versus self-guided internet - delivered treatment for social anxiety disorder and comorbid disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 42 (5), 30 -44. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.05.004

Ellard, K. K., Bernstein, E.E., Hearing, C., Baek, J.H., Sylvia, L.G., Nierenberg, A.A. (2017). Transdiagnostic treatment of bipolar disorder and comorbid anxiety using the Unified Protocol for Emotional Disorders: A pilot feasibility and acceptability trial. *Journal of affective disorders*, 219, 209-21. https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jad.2017.05.011

Frankle, SN., Shiere, FR., & Fogels, HR. (1962). Should the parent remain with the child in dental operatory? *Journal of Dentistry for Children*, 29, 150-163. https://www.scienceopen.com/document?vid=14206fe2-37d0-49d8-aac8-5b95736fecd1

Frere, C.L., Crout, R., Yorty, J., McNeil, D. W. (2001). Effects of audiovisual distraction during dental prophylaxis. *Journal Am Dent Assoc*, 132(7), 1031-8. https://doi.org/10.14219/jada.archive.2001.0309

Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. Psychological Inquiry, 26, 1-26. https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/1047840X.2014.940781

Kain, Z.N., Mayes, L.C., Weisman, S.J., Hofstadter, M.B. (2000).Social adaptability,cognitive abilitys,and other predictors children reactions to surgery. Journal of Clinical Anesthesia,12,549-54. https://doi.org/10.1016/s0952-8180(00)00214-2

Kennedy, S. M., Bilek, E. L., & Ehrenreich-May, J. (2019). A Randomized Controlled Pilot Trial of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children**.** Behavior Modification, 43(3), 330–360. https://doi.org/10.1177/0145445517753940

Kent, G. G. (1990).Thinking about anxiety.Br dent Journal, 169(5),133-5. https://kar.kent.ac.uk/19832/1/Borkovec%20Ray%20St%C3%B6ber%20%281998%29%20COTR.pdf

Kilinç, G., Akay, A., Eden, E., Sevinç, N., Ellidokuz, H. (2016). Evaluation of children's dental anxiety levels at a kindergarten and at a dental clinic. *Braz Oral Res*,30(1), S1806- 83242016000100701. https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2016.vol30.0072

Klingberg, G., Broberg, A.G. (2007). Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int Journal Paediatr Dent*, 17(6), 391-406. https://doi.org/10.1111/j.1365-263x.2007.00872.x

Lin, C.S., Wu, S.Y., Yi, C.A. (2017). Association between anxiety and pain in dental treatment: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dental Research*, 96(2), 153-62. https://doi.org/10.1177/0022034516678168

McDonald, R. E., Dean, J. A., Avery, D. R.(2011).Dentistry for the child and adolescent.9 nd ed. Meryland, Mosby. https://www.sciencedirect.com/book/9780323057240/mcdonald-and-avery-dentistry-for-the-child-and-adolescent

Moses, E.B., Barlow, D. H. (2006). A New unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Curr Dir Psychol Sci*, 15(3), 146-50. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/j.0963-7214.2006.00425.x

Pinkham, J. R. (2017). Pediatric Dentistry: Infancy through Adolescence. 4 th ed. Philadelphia: W. B. Saunders Co, P. 30. https://drmirkarimi.ir/wp-content/uploads/2017/07/Pediatric-Dentistry-infancy-through-adolescence-5th-edition.pdf

Pinkham, Y. (1995). Personality development managing behavior of the cooperative preschool child. North America. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2709751/

Radis, F.G.,Wilson, S.,Griffen, A.L.,Coury, D. L.(1994).Temperament as a predictor of behavior during initial dental examination in children. Pediatric Dentistry; 16(2):121-27 https://www.semanticscholar.org/paper/Temperament-as-a-predictor-of-behavior-during-in-Radis-Wilson/079cb3bcc392894af2ed8b524fdcf1b7262be634.

Riccardi, C. (2012). *A randomized pilot study of a brief transdiagnostic treatment for anxiety disorders.* Ph.D. Dissertation. Florida State University. https://diginole.lib.fsu.edu/islandora/object/fsu:183084/datastream/PDF/view

Shim, Y.S., Kim, A.H., Jeon, E.Y., An, S.Y. (2015). Dental fear & anxiety and dental pain in children and adolescents; a systemic review. *Journal Dent Anesth Pain Med*, 15(2), 53-61. https://doi.org/10.17245/jdapm.2015.15.2.53

Talkovsky, A. M., Green, K. L., Osegueda, A., & Norton, P. J. (2017). Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 46(9), 56 - 64. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.008

van Starrenburg, M.L., Kuijpers, R.C., Kleinjan, M., Hutschemaekers GJ, Engels RC. (2017). Effectiveness of a cognitive behavioral therapy-based indicated prevention program for children with elevated anxiety levels: A randomized controlled trial. *Prevention Science*, 18(1), 31-9. https://doi.org/10.1007/s11121-016-0725-5

Venham, L.L., Gaulin-Kremer, E., Munster, E., Bengston-Audia, D., Cohan, J. (1980). Interval rating scales for children,s dental anxiety and uncooperative behavior. *Pediatr Dent*, 2(3), 195-202. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6938934/

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.7.4]