

ارتباط هوش هیجانی و سبک تربیتی والدین با اضطراب و ترس از دندانپزشکی در کودکان ۶ تا ۱۵ ساله

فاطمه زارع بیدکی^۱، زهرا بحرالعلومی^۱، میلاد حاضری بغدادآباد^۲، فاطمه سالاری^۳، زهرا زارع بیدکی^{۴*}

مقاله پژوهشی

مقدمه: روابط کودک با دندانپزشک محصول تعاملات پیچیده بیمار، والدین و دندانپزشک می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر هوش هیجانی و سبک تربیتی والدین بر ترس و اضطراب دندانپزشکی کودک انجام شده است.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی مقطعی افراد ۶ تا ۱۵ سال به همراه والد که به دانشکده دندانپزشکی شهید صدوقی یزد مراجعه کردند به روش آسان انتخاب شدند. برای سنجش اضطراب و ترس به ترتیب از پرسش‌نامه MCDAS و CFSS-DS و برای سنجش میزان هوش هیجانی و سبک تربیتی والدین به ترتیب از پرسش‌نامه Shering و Baumrind استفاده شد. داده‌ها در محیط نرم‌افزار SPSS version 16 به کامپیوتر وارد و با آزمون مربوط به آن (ANOVA و T-Test) تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: از ۱۲۰ فرد شرکت‌کننده، ۳۹ نفر پسر و ۸۱ نفر دختر بودند. میانگین سنی کودکان مورد بررسی $9/31 \pm 2/46$ سال و میانگین سنی والد آن‌ها $37/60 \pm 4/82$ بود. بین سبک تربیتی والد با ترس و اضطراب دندانپزشکی کودک (به ترتیب $P=0/769$ و $P=0/492$) و نیز بین هوش هیجانی والد با اضطراب دندانپزشکی کودک رابطه معنی‌دار وجود نداشت ($P=0/053$) اما بین هوش هیجانی والد با ترس دندانپزشکی کودک رابطه معکوس و معنی‌دار وجود داشت ($r=-0/274$ و $P=0/003$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سبک تربیتی والد با ترس و اضطراب دندانپزشکی کودک و نیز هوش هیجانی والدین با اضطراب دندانپزشکی کودک ارتباط معناداری نداشت اما هوش هیجانی والد با ترس دندانپزشکی کودک رابطه معکوس و معناداری داشت.

واژه‌های کلیدی: اضطراب دندانپزشکی، ترس از دندانپزشکی، سبک تربیتی، هوش هیجانی

ارجاع: زارع بیدکی فاطمه، بحرالعلومی زهرا، حاضری بغدادآباد میلاد، سالاری فاطمه، زارع بیدکی زهرا. ارتباط هوش هیجانی و سبک تربیتی والدین با اضطراب و ترس از دندانپزشکی در کودکان ۶ تا ۱۵ ساله. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۳؛ ۳۲ (۳): ۸۶-۷۶۷۴.

۱- گروه دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

۲- گروه دندانپزشکی اجتماعی و سلامت دهان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

۳- دندانپزشک، یزد، ایران.

۴- گروه دندانپزشکی ترمیمی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۳۴۵۰۹۶۷۵، پست الکترونیکی: z.zarebidaki76@gmail.com، صندوق پستی: ۸۹۱۶۱۳۵۱۱۵

مقدمه

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 (۱). درمان دندانپزشکی شامل بسیاری از محرک های بالقوه ناخوشایند است که ممکن است منجر به ایجاد اضطراب دندانپزشکی و مشکلات مدیریت رفتاری شود. هنوز مشخص نیست که چرا برخی از کودکان در در حین درمان دندانپزشکی دچار اضطراب می شوند، در حالیکه برخی دیگر این حالت را تجربه نمی کنند. علاوه بر این، پیشنهاد شده که این امر با تفاوت در روش های تربیت فرزند و ویژگی های شخصیتی وی قابل توضیح است (۲). اضطراب یک احساس طبیعی انسانی است که شامل حس ناخوشایند نسبت به تهدیدهای پیش بینی نشده آینده می باشد. این حالت اغلب یک واکنش بیش از حد به یک وضعیت تهدیدکننده ذهنی است (۳). اضطراب دندانپزشکی با توجه به پیشرفت های اخیر پزشکی، یک اختلال بسیار شایع در جوامع محسوب می شود (۴). 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 می دهد (۵). عدم آگاهی از منشا اضطراب و رفتارهای ناهنجار کودک حین درمان، غالباً 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 واکنش های منفی از سوی کودک در هنگام درمان می شوند (۶). ترس از دندانپزشکی یک واکنش احساسی به ملاقات های دندانپزشکی و شرایط خاص در مطب است (۷، ۸). مدیریت ترس و اضطراب دندانپزشکی نه تنها برای دندانپزشک بلکه برای خود بیمار و همراه او می تواند چالش برانگیز و استرس زا باشد (۹-۱۱). باید توجه داشت روابط بیمار با دندانپزشک در دندانپزشکی کودکان محصول تعاملات پیچیده بیمار، والدین و دندانپزشک می باشد و والدین و به خصوص مادر

در چارچوب الگوها و بر حسب جهت گیری های تربیتی و نیز طرز نگرش خود نسبت به استراتژی های کنترل رفتاری، می توانند رفتار کودک را تحت تاثیر قرار دهند (۵). علاوه بر این، یکی از عوامل مؤثر بر رفتارهای عاطفی ابراز شده کودکان، سطح هوش هیجانی والدین آنان است (۱۲). هوش هیجانی "به توانایی درک، تولید و تنظیم احساسات اشاره دارد و یکی از نظریه های هوش است که مفهوم هوش را برای مشخص نمودن بهتر پیچیدگی های تعامل انسان با محیط، گسترش می دهد (۱۳). مطالعات نقش مهمی را برای والدین در پرورش مهارت های عاطفی فرزندان نشان که مرتبط با انعطاف پذیری آنان در پاسخگویی به وقایع استرس زا در زندگی می باشد بیان نمودند (۱۴، ۱۵). بر این اساس، هوش هیجانی والدین و جنبه های مختلف تعامل آن ها با فرزند به عنوان توضیح دهنده اختلال اضطراب کودک و مشکل رفتاری پیشنهاد شده است (۱۲). با توجه به پیچیدگی های ترس و اضطراب کودکان در دندانپزشکی و اثبات تاثیر والدین بر کودکان، مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر هوش هیجانی و سبک تربیتی والدین بر اضطراب دندانپزشکی و ترس کودک در دندانپزشکی انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است که به روش مقطعی (Cross Sectional) انجام شد. ۱۲۰ زوج والد و کودک از افراد ۶ تا ۱۵ ساله به همراه والد مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی شهید صدوقی یزد در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ انتخاب شدند. حجم نمونه با توجه به مقاله جمالی و همکاران (۱۶) که ضریب همبستگی بین اضطراب و مجموع زمان استفاده از رسانه را $r = 0.25$ ذکر نموده، با ضریب اطمینان 0.95 ($\alpha = 0.05$) و توان آزمون 0.80 ($\beta = 0.2$) جهت برآورد ضریب همبستگی، تعداد ۱۲۳ نمونه لازم است. مطالعه با ۱۲۰ نمونه انجام شد.

$$n = 4 + \left(\frac{z_{(1-\frac{\alpha}{2})} + z_{(1-\beta)}}{\ln \frac{1+r}{1-r}} \right)^2 + 3$$

پس از دریافت تاییدیه کمیته اخلاق علوم پزشکی و انتخاب مقدماتی، مراحل مطالعه به کودک و والد همراه توضیح داده شد.

مورد بالاتر باشد، مراقب بیشتر از آن شیوه تربیتی خاص برخوردار خواهد بود روایی و پایایی این پرسش‌نامه قبلاً بررسی شده است (۱۸). برای سنجش ترس کودکان از شاخص CFSS-DS استفاده شد. CFSS-DS دارای ۱۵ سوال است که هر سوال جنبه خاص و متفاوتی از موقعیت های دندانپزشکی را پوشش می‌دهد (۱۹). این مقیاس به کودکانی نیاز دارد تا میزان ترس و اضطراب دندانپزشکی خود را در ۱۵ وضعیت دندان پزشکی با استفاده از یک مقیاس پنج نمره‌ای (۱ = بدون ترس ۵ = بسیار ترسیده) ارزیابی کنند. نمرات در محدوده بین ۱۵ تا ۷۵ است. مقادیر آستانه‌ای بین ۲۳ تا ۳۶ در کودکان سوئدی پیشنهاد شده است و روایی و پایایی آن در مطالعه‌ای در گذشته بررسی شده است (۲۰). در این پرسش‌نامه نمره زیر ۳۸ نشان‌دهنده عدم ترس دندانپزشکی و نمره ۳۸ و بالاتر نشان‌دهنده دارای ترس دندانپزشکی است (۲۱). برای سنجش اضطراب از پرسش‌نامه MCDAS (Modified Child Dental Anxiety Scale) استفاده شد که روایی و پایایی آن در مطالعه‌ای در گذشته بررسی شده است (۲۲). این پرسش‌نامه دارای ۸ سوال می‌باشد که میزان اضطراب را در هر شاخص با طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت اندازه‌گیری می‌کند و به این ترتیب حداکثر امتیاز هر فرد از این پرسش‌نامه ۴۰ و حداقل ۸ می‌باشد (۲۳، ۲۴). در این پرسش‌نامه نمره زیر ۱۹ نشان‌دهنده عدم اضطراب، نمره بالاتر از ۱۹ نشان‌دهنده دارای درصدی از اضطراب و نمره بالاتر از ۳۱ نشان‌دهنده اضطراب شدید است (۲۵).

تجزیه و تحلیل آماری

داده‌ها پس از جمع‌آوری و کنترل در محیط نرم‌افزار SPSS version 17 به کامپیوتر وارد شد. جداول و شاخص‌های مورد نیاز تهیه و جهت تعیین ارتباطات ضریب همبستگی پیرسون (Pearson Correlation) با آزمون مربوط به آن (T-Test) و تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

در این مطالعه ۱۲۰ نمونه از افراد ۶ تا ۱۵ ساله به همراه والد مراجعه‌کننده به دانشکده دندانپزشکی شهید صدوقی یزد

سپس، آن‌ها یک بسته ارزیابی شامل فرم رضایت‌نامه و مجموعه‌ای از پرسش‌نامه‌های مرتبط با هوش هیجانی و سبک تربیتی والد، اضطراب و ترس کودک از دندانپزشکی تکمیل کردند. مجری برای پاسخگویی به سؤالات کودک و والد همراه در کل جلسه جمع‌آوری داده‌ها و بررسی تمام پرسش‌نامه‌ها قبل از ترک جلسه ارزیابی در دسترس بود. در صورت عدم تجربه هر یک از وضعیت‌های مورد پرسش در پرسش‌نامه، توضیحاتی در رابطه با آن وضعیت داده شد. برای سنجش هوش هیجانی والد از پرسش‌نامه استاندارد هوش هیجانی سیرر یا شرینگ (۱۹۹۶) (۱۷) استفاده شد که شامل ۳۳ سؤال است و پاسخ‌ها بر اساس مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت ارزش‌گذاری می‌شوند. سؤالات پرسش‌نامه مذکور، ابعاد هوش هیجانی شامل: خودآگاهی، خودتنظیمی، خودانگیزگی، همدلی و مهارت‌های اجتماعی را اندازه‌گیری می‌نماید، به طوری که از مجموع ۳۳ سؤال، چنانچه آزمودنی در پاسخ به سؤالات ۱، ۹، ۱۲، ۲۰، ۱۴، ۱۳، ۳۱، ۳۳، ۱۸، ۲۲، ۲۸ بنماید حداکثر نمره یعنی ۵ و اگرگزینه‌های ب، ج، د، ه را انتخاب کند، به ترتیب نمرات ۴، ۳، ۲، ۱ را کسب می‌کند. نکته دیگر این که نمره‌گذاری در سؤالات دیگر، به صورت برعکس است یعنی به گزینه الف نمره ۱ و به گزینه ه، نمره ۵ اختصاص داده می‌شود. دامنه نمرات پرسش‌نامه هوش هیجانی سیرر یا شیرینگ ۱۶۵ - ۳۳ است. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه Eydi و همکاران بررسی شده است (۱۷) برای سنجش سبک تربیتی والد، مقیاس سبک تربیتی والدین Baumrind (۱۸) به کار گرفته شد. پرسش‌نامه مجموعاً دارای ۳۰ سؤال است که شامل ۱۰ سؤال برای سبک استبدادی (کنترل بالا، صمیمیت زیاد)، ۱۰ سؤال برای سبک اقتداری (کنترل بالا، صمیمیت کم) و ۱۰ سؤال برای سبک آسان‌گیرانه (کنترل پایین، صمیمیت زیاد) است. بر طبق این پرسش‌نامه والدین نشان می‌دهند که در تعامل با فرزندانشان چقدر از رفتارهای بیان شده استفاده می‌شود. انتخاب پاسخ از "کاملاً مخالف" تا "کاملاً موافق" در مقیاس ۵ امتیازی خواهد بود. نمره نهایی برای والد بر روی هر سه سبک تربیتی مشخص می‌شود. بدین صورت که هرچه نمره در هر

و $r = -0.063$ ($P = 0.492$) به دست آمد و از لحاظ آماری معنی دار نشد. هم چنین به طور کلی ضریب همبستگی پیرسون بین نمره هوش هیجانی والد و نمره اضطراب کودک با $r = -0.177$ ($P = 0.053$) به دست آمد و از لحاظ آماری معنی دار نشد. اما ضریب همبستگی پیرسون بین نمره هوش هیجانی والد و نمره ترس دندانپزشکی کودک با $r = -0.274$ ($P = 0.003$) به دست آمد و از لحاظ آماری معنی دار شد یعنی بین هوش هیجانی والد و ترس دندانپزشکی کودک همبستگی معکوس و معنی داری وجود دارد؛ یعنی هرچه هوش هیجانی والد بیشتر باشد ترس دندانپزشکی کودک کمتر است و برعکس. ارتباط میانگین نمره هوش هیجانی والد، میانگین نمره سبک تربیتی والد، میانگین نمره اضطراب (MCDAS) کودک و میانگین نمره ترس دندانپزشکی (DS-CFSS) کودک با جنسیت کودک بررسی شد که نتایج جدول ۱ مشاهده می شود که مشخص شد که میانگین نمره اضطراب و میانگین نمره ترس دندانپزشکی در دختران بیشتر از پسران بود اما این تفاوت از نظر آماری در هیچ متغیری معنی دار نبود. آنالیزها در رابطه با ارتباط بین نمره ترس و اضطراب دندانپزشکی کودک با نمره سبک تربیتی و هوش هیجانی والد بر حسب گروه های سنی کودک انجام شد و نتایج در جدول ۲ مشاهده می شود. آنالیزها در رابطه با ارتباط بین نمره ترس و اضطراب دندانپزشکی کودک با نمره سبک تربیتی و هوش هیجانی والد بر حسب جنسیت کودک انجام شد و نتایج در جدول ۳ مشاهده می شود.

در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ مورد بررسی قرار گرفتند که ۳۹ نفر از آن ها پسر (۳۲/۵٪) و ۸۱ نفر دختر (۶۷/۵٪) بودند. میانگین سنی کودکان مورد بررسی $9/31 \pm 2/46$ با دامنه تغییرات از ۶ تا ۱۵ سال بود. میانگین سنی والد $37/60 \pm 4/82$ با دامنه تغییرات ۲۶ تا ۵۰ سال بود. تحصیلات مادران و پدران این نمونه ها مورد بررسی قرار گرفت که برای مادران ۷ نفر (۵/۸٪) زیر دیپلم، ۳۲ نفر (۲۶/۷٪) دیپلم و ۸۱ نفر (۶۷/۵٪) فوق دیپلم و بالاتر و برای پدران ۱۰ نفر (۸/۳٪) زیر دیپلم، ۳۹ نفر (۳۲/۵٪) دیپلم و ۷۱ نفر (۵۹/۲٪) فوق دیپلم و بالاتر بود. میزان ترس کودک با شاخص CFSS-DS بررسی شد و میانگین آن $32/99 \pm 12/22$ با دامنه تغییرات ۱۵ تا ۶۶ بود. میزان اضطراب کودک نیز با شاخص MCDAS بررسی شد و میانگین آن $20/76 \pm 7/83$ با دامنه تغییرات ۸ تا ۳۸ بود. میانگین نمره هوش هیجانی والد که با شاخص شرینگ بررسی شد $110/89 \pm 9/75$ با دامنه تغییرات ۸۴ تا ۱۳۳ و میانگین نمره سبک تربیتی والد که با شاخص بامریند بررسی شد $93/18 \pm 9/61$ با دامنه تغییرات ۵۷ تا ۱۲۲ بود. ضریب همبستگی پیرسون بین نمره اضطراب کودک و نمره ترس کودک با $r = 0/819$ ($P = 0/000$) به دست آمد و از لحاظ آماری معنی دار شد یعنی بین اضطراب و ترس کودک همبستگی مثبت و معنی داری وجود دارد ولی به طور کلی ضریب همبستگی پیرسون بین نمره سبک تربیتی والد و نمره اضطراب کودک و نمره ترس کودک به ترتیب با $r = 0/027$ ($P = 0/769$)

جدول ۱: میانگین نمره اضطراب (MCDAS)، ترس (CFSS-DS)، هوش هیجانی والد و سبک تربیتی والد افراد بر حسب جنس

متغیر	گروه بندی	میانگین \pm انحراف معیار	حداقل	حداکثر	P*
هوش هیجانی والد	پسر	$109/23 \pm 7/57$	۹۴	۱۲۷	۰/۱۹۷
	دختر	$111/69 \pm 10/60$	۸۴	۱۳۳	
سبک تربیتی والد	پسر	$92/08 \pm 9/03$	۷۷	۱۲۲	۰/۴۸۲
	دختر	$92/75 \pm 9/90$	۵۷	۱۷۷	
اضطراب (MCDAS)	پسر	$67/20 \pm 7/73$	۸	۳۷	۰/۹۳۰
	دختر	$80/20 \pm 7/93$	۸	۳۸	
ترس دندانپزشکی (CFSS-DS)	پسر	$59/32 \pm 11/98$	۱۵	۶۰	۰/۸۰۴
	دختر	$33/19 \pm 41/12$	۱۵	۶۶	

T-test

جدول ۲: ضریب همبستگی بین نمره ترس و اضطراب دندانپزشکی کودک با نمره سبک تربیتی و هوش هیجانی والد برحسب سن کودک

سن کودک	تعداد	متغیر	نمره اضطراب کودک	نمره ترس دندانپزشکی کودک
۹-۶ سال	۶۷	نمره سبک تربیتی	$r=0/074$	$r=0/007$
		والد	$P=0/554$	$P=0/958$
	نمره هوش هیجانی	$r=-0/175$	$r=-0/280$	
	والد	$P=0/156$	$P=0/022$	
۱۵-۱۰ سال	۵۳	نمره سبک تربیتی	$r=-0/011$	$r=-0/129$
		والد	$P=0/935$	$P=0/356$
	نمره هوش هیجانی	$r=-0/177$	$r=-0/265$	
	والد	$P=0/204$	$P=0/055$	

به طور کلی ضریب همبستگی پیرسون بین نمره هوش هیجانی والد و نمره ترس دندانپزشکی کودک که با شاخص Shering و DS-CFSS سنجیده شد، $r=0/274$ به دست آمد که با $P\text{ Value}=1/113$ از لحاظ آماری معنی دار شد و با یکدیگر همبستگی معکوس و معنادار داشتند. ضریب همبستگی پیرسون بین نمره هوش هیجانی والد و نمره ترس دندانپزشکی کودک در گروه سنی ۶ تا ۹ سال $r=-0/280$ ($P=0/022$) به دست آمد که از لحاظ آماری معنی دار شد و با یکدیگر همبستگی معکوس و معنادار داشتند. اما در بقیه موارد همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده ارتباط معنی داری یافت نشد.

جدول ۳: ضریب همبستگی بین نمره ترس و اضطراب دندانپزشکی کودک با نمره سبک تربیتی و هوش هیجانی والد برحسب جنسیت کودک

جنسیت کودک	تعداد	متغیر	نمره اضطراب کودک	نمره ترس دندانپزشکی کودک
پسر	۳۹	نمره سبک تربیتی	$r=0/014$	$r=-0/036$
		والد	$P=0/933$	$P=0/828$
	نمره هوش هیجانی	$r=-0/099$	$r=-0/196$	
	والد	$P=0/549$	$P=0/231$	
دختر	۸۱	نمره سبک تربیتی	$r=0/034$	$r=-0/073$
		والد	$P=0/766$	$P=0/518$
	نمره هوش هیجانی	$r=-0/208$	$r=-0/308$	
	والد	$P=0/062$	$P=0/005$	

ضریب همبستگی پیرسون بین نمره هوش هیجانی والد و نمره ترس دندانپزشکی کودک که با شاخص Shering و DS-CFSS سنجیده شد، در دختران $r=-0/308$ ($P=0/005$) به دست آمد که از لحاظ آماری معنی دار شد و با یکدیگر همبستگی معکوس و معنادار داشتند. اما در بقیه گروهها ارتباط معنی داری یافت نشد. سطح تحصیلات والدین نیز به دو گروه زیر دیپلم یا دیپلم و فوق دیپلم و بالاتر تقسیم شد. آنالیزهای انجام شده با توجه به سطح تحصیلات مادر تنها در ضریب همبستگی پیرسون بین نمره هوش هیجانی والد و نمره ترس دندانپزشکی کودک، در مادران با تحصیلات زیر دیپلم یا دیپلم $r=-0/341$ ($P=0/033$) فوق دیپلم و بالا تر $r=-0/256$ ($P=0/021$) به دست آمد که از لحاظ آماری معنی دار شد و با یکدیگر همبستگی معکوس و معنادار داشتند. و در مورد پدران تنها ضریب همبستگی پیرسون بین نمره هوش هیجانی والد و نمره ترس دندانپزشکی کودک، در پدران با تحصیلات زیر دیپلم یا دیپلم $r=-0/302$ ($P=0/035$) و با تحصیلات فوق دیپلم و بالاتر $r=-0/270$ ($P=0/023$) به دست آمد که از لحاظ آماری معنی دار شد و با یکدیگر همبستگی معکوس و معنادار داشتند. اما در بقیه موارد ارتباط معنی داری یافت نشد.

سن والد نیز به ۲ گروه ۲۶-۳۹ سال و ۴۱-۱۱ سال تقسیم شد. آنالیزهای انجام شده با توجه به سن والد به صورت زیر است و نتایج در جدول ۴ مشاهده می شود.

جدول ۴: ضریب همبستگی بین نمره ترس و اضطراب دندانپزشکی کودک با نمره سبک تربیتی و هوش هیجانی والد برحسب سن والد

سن والد	تعداد	متغیر متغیر	نمره اضطراب کودک	نمره ترس دندانپزشکی کودک
۲۶-۳۹ سال	۸۱	نمره سبک تربیتی والد	$r = 0/124$ $P = 0/271$	$r = 0/006$ $P = 0/955$
		نمره هوش هیجانی والد	$r = -0/290$ $P = 0/009$	$r = -0/400$ $P = 0/000$
		نمره سبک تربیتی والد	$r = -0/070$ $P = 0/673$	$r = -0/111$ $P = 0/502$
۴۰-۵۰ سال	۳۹	نمره هوش هیجانی والد	$r = -0/017$ $P = 0/918$	$r = -0/102$ $P = 0/535$

ضریب همبستگی پیرسون بین نمره هوش هیجانی والد و نمره اضطراب کودک که با شاخص Shering و MCDAS سنجیده شد، در گروه سنی ۲۶ تا ۳۹ سال $r = -0/290$ ($P = 0/009$) به دست آمد که از لحاظ آماری معنی دار شد و با یکدیگر همبستگی معکوس و معنادار داشتند و همچنین ضریب همبستگی پیرسون بین نمره هوش هیجانی والد و نمره ترس دندانپزشکی کودک، در گروه سنی ۲۶ تا ۳۹ سال $r = -0/400$ ($P = 0/000$) که از لحاظ آماری معنی دار شد.

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سبک تربیتی والد با ترس و اضطراب دندانپزشکی کودک و نیز هوش هیجانی والدین با اضطراب دندانپزشکی کودک ارتباط معناداری نداشت اما هوش هیجانی والد با ترس دندانپزشکی کودک رابطه معکوس و معناداری داشت. نشان داده شده است که اضطراب دندانپزشکی کودکان با چندین عامل مانند سن، جنس و عوامل روانی - اجتماعی مرتبط است (۲۶-۲۸). هوش هیجانی والدین و جنبه‌های مختلف تعامل آن‌ها با فرزند به عنوان توضیح دهنده اختلال اضطراب کودک و مشکل رفتاری پیشنهاد شده است (۱۲). باتوجه به این نکات هدف از این مطالعه بررسی ارتباط هوش هیجانی و سبک تربیتی والدین با اضطراب و ترس از دندانپزشکی در افراد ۶ تا ۱۵ سال بود. در این مطالعه در سنجش سطح اضطراب کودکان همانند مطالعات مشابه (۲۹، ۲۴) از تست MCDAS جهت کمی‌سازی میزان اضطراب کودکان استفاده شد. این پرسش‌نامه به صورت اختصاصی برای کودکان طراحی شده است و پاسخ دادن به سوالات آن برای کودکان ساده است از پایداری و روایی قابل قبول برخوردار است (۲۲). و همچنین طبق تحقیقات بیان می‌شود جهت ارزیابی اضطراب کودکان ۶ سال به بالا مفید است (۲۴، ۲۳). در این مطالعه برای سنجش اضطراب همانند مطالعه (۳۱، ۳۰)، (۳۴-۳۳)

(۳۲) از پرسش‌نامه MCDAS استفاده شد. در ارزیابی ترس کودکان از دندانپزشکی بیشترین شاخص استفاده شده پرسش‌نامه ارزیابی ترس کودکان-زیر شاخه دندانپزشکی (CFSS-DS) می‌باشد که برای کودکان ۱۵-۵ ساله مناسب است. در این مطالعه برای بررسی نمره ترس همانند مطالعه (۳۷، ۳۶، ۳۵، ۳۱) از پرسش‌نامه CFSS-DS استفاده شد. در روان‌شناسی، هوش هیجانی (عاطفی) به گروه هوش‌های به هم مرتبط تعلق دارد و به توانایی درک و کاربرد اطلاعات عاطفی و هیجانی اشاره دارد. به علاوه هوش هیجانی (عاطفی) منعکس‌کننده نظام عاطفی برای بهبود و افزایش هوش می‌باشد (۳۹، ۳۸). برای سنجش هوش هیجانی والد همانند مطالعه میری (۴۰) از پرسش‌نامه استاندارد هوش هیجانی سبیر یا شرینگ استفاده شد. در مطالعه حاضر به منظور سنجش سبک تربیتی والد، همانند مطالعه Allison (۴۱)، مینائی (۴۲)، کورانه (۴۳)، شایگان (۴۴)، Luther (۴۵) از مقیاس سبک تربیتی والدین Baumrind استفاده شد. تاکنون چندین مطالعه مشابه مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط هوش هیجانی و سبک تربیتی والدین با اضطراب و ترس کودکان از دندانپزشکی انجام شده است که در زیر به بعضی از آن‌ها اشاره می‌شود. در مطالعه حاضر به طور کلی بین سبک تربیتی والدین و اضطراب کودک و نیز بین این دو برحسب سن، جنس، تحصیلات مادر و

وجود داشت که این نتیجه با نتیجه به دست آمده از مطالعه حاضر مغایرت دارد. این مطالعه گروه سنی ۱۲ تا ۱۸ سال را مورد بررسی قرار داد که نسبت به مطالعه حاضر سنین بالاتری را شامل می‌شد. هم‌چنین حجم نمونه مورد بررسی کم‌تر از مطالعه حاضر بود. در مطالعه حاضر به‌طور کلی بین هوش هیجانی والد و اضطراب کودک و نیز بین این دو برحسب سن، جنس تحصیلات مادر و پدر رابطه آماری معناداری وجود نداشت. ولی بین هوش هیجانی والد و اضطراب کودک بر حسب سن والد در گروه سنی والد ۲۶ تا ۳۹ سال رابطه آماری معناداری وجود داشت. در مطالعه امین‌آبادی و همکاران (۵۱) بین هوش هیجانی والد و اضطراب کودک ارتباط معناداری وجود نداشت که نتیجه حاصل از این مطالعه با مطالعه حاضر مشابهت داشت. علت این شباهت ممکن است به دلیل استفاده از حجم نمونه نزدیک به هم باشد. هم‌چنین در مطالعه دیگری از امین‌آبادی و همکارانش نیز (۲۶) به‌طور کلی بین هوش هیجانی والد و اضطراب کودک رابطه آماری معناداری وجود نداشت که نتیجه مشابه حاصل از این مطالعه با مطالعه حاضر می‌تواند به علت استفاده از پرسش‌نامه مشترک برای سنجش اضطراب و محدوده سنی نزدیک به هم باشد. در مطالعه حاضر به‌طور کلی بین هوش هیجانی والد و ترس دندانپزشکی کودک و نیز بین این دو برحسب سن، جنس تحصیلات مادر و پدر رابطه آماری معناداری وجود داشت. به‌طوری که بین هوش هیجانی والد و ترس دندانپزشکی در کودک ۹-۶ سال و نیز دختران رابطه آماری معناداری وجود داشت. هم‌چنین بین هوش هیجانی والد و ترس دندانپزشکی کودک برحسب سن والد، در گروه ۲۶ تا ۳۹ سال رابطه آماری معناداری وجود داشت که این می‌تواند نشان دهنده این باشد که هوش هیجانی والدین در سنین کمتر اثر بیشتری بر ترس دندانپزشکی کودک دارد. به گزارش Martínez و همکاران، ترس با خلق و خوی کودک، اضطراب مادر، هوش هیجانی مادر، حمایت والدین و سطح تحصیلات پایین مرتبط می‌باشد و همه عوامل ذکر شده می‌توانند منجر به مشکلات سازگاری درونی در کودک شوند (۵۲). هم‌چنین به اعتقاد Joseph و Newman افراد با سطوح

پدر و سن والد رابطه آماری معناداری وجود نداشت. در مطالعه‌ای که امین‌آبادی و همکاران (۴۶) انجام دادند به این نتیجه رسیدند که بین سبک تربیتی والدین و اضطراب کودک رابطه معناداری وجود دارد که برخلاف مطالعه حاضر می‌باشد. علت این تفاوت می‌تواند تفاوت در گروه سنی مورد آزمایش و نوع پرسش‌نامه به‌کار برده باشد. در مطالعه امین‌آبادی گروه سنی ۴ تا ۶ سال مورد بررسی قرار گرفتند که از محدوده سنی در مطالعه حاضر کمتر است. هم‌چنین در مطالعه امین‌آبادی از مقیاس فرانکل و مهارت کلامی استفاده کردند که متفاوت با مطالعه حاضر است. در مطالعه‌ای که Lee و همکاران (۴۷) انجام دادند نیز بین سبک تربیتی والدین و اضطراب کودک رابطه معناداری وجود داشت که برخلاف مطالعه حاضر بود که این تفاوت می‌تواند به علت حجم نمونه بیشتری که آن‌ها مورد بررسی قرار دادند، باشد. در مطالعه Krikken و همکاران (۴۸) بین اضطراب کودک و سبک تربیتی والدین رابطه آماری معناداری دیده نشد که این نتیجه با نتیجه به دست آمده با مطالعه حاضر مشابهت داشت، در این مطالعه پرسش‌نامه‌هایی مشابه مطالعه حاضر استفاده شده است. در مطالعه دیگری از Krikken و همکاران (۴۹) نیز بین سبک تربیتی والد و اضطراب دندانپزشکی کودک در طول درمان دندانپزشکی رابطه معناداری وجود نداشت که این نتایج نیز با نتیجه مطالعه حاضر مشابه بود. مطالعه حاضر و مطالعه Krikken حجم نمونه نزدیک به هم و پرسش‌نامه‌های مشابه داشتند. در مطالعه حاضر به‌طور کلی بین سبک تربیتی والد و ترس دندانپزشکی کودک و نیز بین این دو برحسب سن، جنس تحصیلات مادر و پدر و سن والد رابطه آماری معناداری وجود نداشت. در مطالعه‌ای که Lingli و همکاران (۳۶) انجام دادند به این نتیجه رسیدند که بین سبک تربیتی والد و اضطراب و ترس دندانپزشکی کودک رابطه آماری معناداری وجود ندارد که این نتیجه با نتیجه به دست آمده از مطالعه حاضر مشابهت دارد. علت این شباهت می‌تواند محدوده سنی مشترک مورد بررسی در هر دو مطالعه باشد. در مطالعه Mehrotra و همکاران (۵۰) بین سبک تربیتی والد و ترس دندانپزشکی کودک رابطه آماری معناداری

دندانپزشکی دارند، اضطراب آن‌ها در دندانپزشکی نیز بیشتر است. به‌طور کلی نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سبک تربیتی والد ارتباط معناداری با اضطراب و ترس دندانپزشکی کودک ندارد اما هوش هیجانی والد با ترس دندانپزشکی کودک رابطه معکوس و معناداری دارد؛ بدین معنی که هر چه هوش هیجانی والد بیشتر باشد، ترس دندانپزشکی کودک کمتر است. از محدودیت‌های این مطالعه میتوان به محدودیت‌ها در امکانات موجود برای حجم نمونه و عدم ارزیابی اضطراب حین کار دندانپزشکی اشاره کرد که پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده بررسی شود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سبک تربیتی والد ارتباط معناداری با اضطراب و ترس دندانپزشکی کودک ۶ تا ۱۵ سال در دندانپزشکی نداشته اما هوش هیجانی والد با ترس دندانپزشکی کودک رابطه معکوس و معناداری داشت.

سپاس‌گزاری

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی به شماره ۱۰۹۷ که در شورای پژوهشی دانشکده دندانپزشکی شهید صدوقی یزد به تصویب رسیده، می‌باشد. نویسندگان از کمک و مساعدت معاونت پژوهشی دانشکده دندانپزشکی شهید صدوقی یزد قدردانی و امتنان فراوان دارند.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این تحقیق توسط کمیته اخلاق دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد به تصویب رسیده است (کد اخلاق: IR.IAU.B.REC.1401.030).

مشارکت نویسندگان

زهرا بحرالعلومی در ارائه ایده، فاطمه زارع بیدکی در طراحی مطالعه، فاطمه سالاری در جمع‌آوری داده‌ها، زهرا زارع بیدکی و میلاد حاضری بغدادآباد در تجزیه و تحلیل داده‌ها مشارکت داشته و همه نویسندگان در تدوین، ویرایش اولیه و نهایی مقاله و پاسخگویی به سوالات مرتبط با مقاله سهیم هستند.

بالتری از منابع روانشناختی مثل هوش هیجانی، فشار روانی کمی را تجربه می‌کنند و با استفاده از آن به راحتی با ترس ناشی از استرس کنار می‌آیند (۵۳). Maria Sarapultseva و همکارانش (۵۴) در سال ۲۰۲۰ مطالعه انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که با افزایش سن، اضطراب و ترس دندانپزشکی کاهش می‌یابد که همانند مطالعه حاضر بود یعنی در مطالعه حاضر نیز به‌طور کلی نمره ترس دندانپزشکی و اضطراب در افراد ۶ تا ۹ سال نسبت به گروه سنی ۱۰ تا ۱۵ سال بیشتر بود. هم‌چنین در مطالعه Chhabra و همکارانش (۳۵) با افزایش سن، نمره ترس دندانپزشکی و اضطراب (CFSS-DS) کاهش یافت که همانند نتیجه مطالعه حاضر است. دکتر صاحب علم و همکارانش (۵۵) با مطالعه‌ای که در سال ۲۰۲۰ انجام دادند به این نتیجه رسیدند که بین جنسیت و میزان اضطراب رابطه معنی‌داری وجود ندارد. هم‌چنین در مطالعه Maria Sarapultseva و همکارانش (۵۴) بین اضطراب و ترس دندانپزشکی با جنسیت رابطه معنی‌داری وجود نداشت که نتایج این دو مطالعه نیز همانند نتیجه مطالعه حاضر است ولی نتیجه به‌دست آمده از نمره ترس دندانپزشکی و اضطراب در مطالعه صاحب علم و Maria Sarapultseva نشان داد که به‌طور میانگین پسران ترس و اضطراب دندانپزشکی بیشتری را نشان دادند که با نتایج مطالعه حاضر که نشان داد ترس و اضطراب دندانپزشکی در دختران بیشتر بود (اگرچه این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود)، مغایرت داشت که به‌نظر می‌رسد علت تفاوت در ویژگی‌های شخصیتی جمعیت‌ها باشد. در مطالعه Chhabra و همکارانش (۳۵) نیز بین جنسیت و نمره ترس و اضطراب دندانپزشکی رابطه معنی‌داری وجود نداشت که همانند نتیجه مطالعه حاضر است. در مطالعه Alsadat و همکارانش (۳۷) مشابه مطالعه حاضر نمره ترس دندانپزشکی دختران از پسران بیشتر بود اگرچه این تفاوت همانند مطالعه حاضر معنادار نبود. در مطالعه حاضر بین اضطراب و ترس دندانپزشکی رابطه معناداری وجود داشت که همانند مطالعه Outi Hagqvist و همکارانش در سال ۲۰۲۰ (۵۶) و مطالعه Leko و همکارانش (۳۱) بود. یعنی افرادی که ترس بیشتری از

References:

- 1-Nematollahi H, Nashi A. *Investigating the Relationship Between Preschool Children's Sensory Processing Abilities and Anxiety and their Cooperation in the Patients of Mashhad Dental School*. J Mashhad Dent 2019; 43(2): 179-96.
- 2-Asl Aminabadi N, Erfanparast L, Ebrahim Adhami Z, Maljaji E, Ranjbar F, Jamali Z. *The Impact of Emotional Intelligence and Intelligence Quotient (IQ) on Child Anxiety and Behavior in the Dental Setting*. Acta Odontologica Scandinavica 2011; 69(5): 292-8.
- 3-Lee DW, Kim JG, Yang YM. *The Influence of Parenting Style on Child behavior and Dental Anxiety*. Pediatr Dent 2018; 40(5): 327-33.
- 4-de Jongh A, Horst G ter. *What Do Anxious Patients Think? an Exploratory Investigation of Anxious Dental Patients' Thoughts*. Community Dent Oral Epidemiol 1993; 21(4): 221-3.
- 5-Maljaei E, Erfanparast L, Azima N, Babapour J, Hosseinpour K. *The Correlation Between Mother's Emotional Maturation with Children's Anxiety During Routine Dental Procedures*. J Res Dent Sci 2019; 16(1): 60-6.
- 6-Kain ZN, Mayes LC, Weisman SJ, Hofstadter MB. *Social Adaptability, Cognitive Abilities, and other Predictors for Children's Reactions to Surgery*. J Clin Anesth 2000; 12(7): 549-54.
- 7-Armfield JM, Heaton L. *Management of Fear and Anxiety in the Dental Clinic: A Review*. Aust Dental J 2013; 58(4): 390-407.
- 8- Marx W, Penninx BW, Solmi M, Furukawa TA, Firth J, Carvalho AF, Berk M. *Major Depressive Disorder*. Nature Reviews Disease Primers 2023; 9(1): 44.
- 9- Oba AA, Dülgergil ÇT, Sönmez İŞ. *Prevalence of Dental Anxiety in 7-To 11-Year-Old Children and Its Relationship to Dental Caries*. Med Princ Pract 2009; 18(6): 453-7.
- 10-Ramos-Jorge J, Marques LS, Homem MA, Paiva SM, Ferreira MC, Oliveira Ferreira F, et al. *Degree of Dental Anxiety in Children with and without Toothache: Prospective Assessment*. Int J paediatr dent 2013; 23(2): 125-30.
- 11-Ribas TA, Guimarães VP, Losso EM. *Avaliação Da Ansiedade Odontológica De Crianças Submetidas Ao Tratamento Odontológico*. Arq odontol 2006; 42(3): 190-8.
- 12-Aminabadi N-A, Pourkazemi M, Babapour J, Oskouei S-G. *The Impact of Maternal Emotional Intelligence and Parenting Style on Child Anxiety and Behavior in the Dental Setting*. Med oral patol oral y cir bucal 2012; 17(6): e1089-95.
- 13-Howenstein J, Kumar A, Casamassimo PS, McTigue D, Coury D, Yin H. *Correlating parenting styles with child behavior and caries*. Pediatric dentistry. 2015 Feb 15;37(1):59-64.
- 14-Safari Dehnavi Y, Abedi A. *Correlation between Emotional Intelligence, Cognitive Intelligence, and Managers Job Performance at LENJAN Schools*. New Educational Approaches 2012; 7(2): 121-40. [Persian]
- 15-Eisenberg N, Spinrad TL, Eggum ND. *Emotion-Related Self-Regulation and Its Relation to Children's Maladjustment*. Annu rev clin psychol 2010; 6: 495-525.

- 16-Jamali Z, Vatandoost M, Erfanparast L, Aminabadi NA, Shirazi S. *The Relationship between Children's Media Habits and their Anxiety and Behaviour during Dental Treatment*. Acta Odontol Scand 2018; 76(3): 161-8.
- 17-Eydi H, Abassi H, Monsef A. *Investigating the Relationship between the Emotional Intelligence of Academic Staff Members and the Effectiveness of (Government) Physical Education Colleges in Tehran*. Journal of Sport Management and Motor Behavior 2013; 9(18): 169-81.
- 18-Munsawaengsub C, Ngaosusit C, Munsawaengsub C. *Influence of Parenting Styles on Development of Children Aged Three to Six Years Old*. J Med Assoc Thai 2007; 90(5): 971-6.
- 19-Aartman IH, van Everdingen T, Hoogstraten J, Schuurs AH. *Self-Report Measurements of Dental Anxiety and Fear in Children: A Critical Assessment*. ASDC J Dent Child 1998; 65(4): 252-8, 29-30.
- 20-Gustafsson A, Arnrup K, Broberg AG, Bodin L, Berggren U. *Child Dental Fear as Measured with the Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule: The Impact of Referral Status and Type of Informant (Child Versus Parent)*. Community Dent Oral Epidemiol 2010; 38(3): 256-66.
- 21-Beena J. *Dental Subscale of Children's Fear Survey Schedule and Dental Caries Prevalence*. Eur J Dent 2013; 7(02): 181-5.
- 22-Greenbaum P, Melamed B. *Pretreatment Modeling. A Technique for Reducing Children's Fear in the Dental Operatory*. Dent Clin North Am 1988; 32(4): 693-704.
- 23-Javadinejad S, Farajzadegan Z, Madahain M. *Iranian Version of a Face Version of the Modified Child Dental Anxiety Scale: Transcultural Adaptation and Reliability Analysis*. J Res Med Sci 2011;16(7): 872-7.
- 24-Javadinejad S, Farajzadegan Z, Sherkat S, Shokri Mozhdehi M. *Reliability and Validity of the Modified Retranslated Persian Version of Child Dental Anxiety Scale in Comparison with Corah's Dental Anxiety Scale and Venham Picture Test*. J Res Dent Sci 2014; 11(2): 112-5. [Persian]
- 25-Aminabadi NA, Erfanparast L, Sohrabi A, Oskouei SG, Naghili A. *The Impact of Virtual Reality Distraction on Pain and Anxiety during Dental Treatment in 4-6 Year-Old Children: A Randomized Controlled Clinical Trial*. J Dent Res Dent Clin Dent Prospects 2012; 6(4): 117-24.
- 26-Aminabadi NA, Pourkazemi M, Babapour J, Oskouei SG. *The Impact of Maternal Emotional Intelligence and Parenting Style on Child Anxiety and Behavior in the Dental Setting*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2012; 17(6): e1089-95.
- 27-Jamali Z, Najafpour E, Ebrahim Adhami Z, Sighari Deljavan A, Aminabadi NA, Shirazi S. *Does the Length of Dental Procedure Influence Children's Behavior During and after Treatment? A Systematic Review and Critical Appraisal*. J Dent Res Dent Clin Dent Prospects 2018; 12(1): 68-76.
- 28-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.

- 29-Paryab M, Arab Z. *The Effect of Filmed Modeling on the Anxious and Cooperative Behavior of 4-6 Years Old Children During Dental Treatment: A Randomized Clinical Trial Study*. Dent Res J 2014; 11(4): 502-7.
- 30-Cianetti S, Lombardo G, Lupatelli E, Pagano S, Abraha I, Montedori A, et al. *Dental Fear/Anxiety among Children and Adolescents. A Systematic Review*. Eur J Paediatr Dent 2017; 18(2): 121-30.
- 31-Leko J, Škrinjaric T, Gorseta K. *Reliability and Validity of Scales for Assessing Child Dental Fear and Anxiety*. Acta stomatol Croatica 2020; 54(1): 22-31.
- 32-Arslan I, Aydinoglu S. *Turkish Version of the Faces Version of the Modified Child Dental Anxiety Scale (MCDAS(F)): Translation, Reliability, and Validity*. Clin Oral Investig 2022; 26(2): 2031-42.
- 33-Paglia L, Gallus S, de Giorgio S, Cianetti S, Lupatelli E, Lombardo G, et al. *Reliability and Validity of the Italian Versions of the Children's Fear Survey Schedule - Dental Subscale and the Modified Child Dental Anxiety Scale*. Eur J Paediatr Dent 2017; 18(4): 305-12.
- 34-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.
- 35-Chhabra N, Chhabra A, Walia G. *Prevalence of Dental Anxiety and Fear among Five to Ten Year Old Children: A Behaviour Based Cross Sectional Study*. Minerva stomatologica 2012; 61(3): 83-9.
- 36-Wu L, Gao X. *Children's Dental Fear and Anxiety: Exploring Family Related Factors*. BMC Oral Health 2018;18(1):100.
- 37-Alsadat FA, El-Housseiny AA, Alamoudi NM, Elderwi DA, Ainoso AM, Dardeer FM. *Dental Fear in Primary School Children and its Relation to Dental Caries*. Niger J Clin Pract 2018; 21(11): 1454-60.
- 38-Ciarrochi J, Deane FP, Anderson S. *Emotional Intelligence Moderates the Relationship between Stress and Mental Health*. Personality and individual differences 2002; 32(2): 197-209.
- 39-Miri MR, Kermani T, Khoshbakht H, Moodi M. *The Relationship between Emotional Intelligence and Academic Stress in Students of Medical Sciences*. J Educ Health Promot 2013; 2: 40.
- 40-Broman CL, Reckase MD, Freedman-Doan CR. *The Role of Parenting in Drug Use Among Black, Latino and White Adolescents*. J Ethn Subst Abuse 2006; 5(1): 39-50.
- 41-Kiefner-Burmeister A, Hinman N. *The Role of General Parenting Style in Child Diet and Obesity Risk*. Curr Nut Rep 2020; 9(1): 14-30.
- 42-Minaie MG, Hui KK, Leung RK, Toumbourou JW, King RM. *Parenting Style and Behavior as Longitudinal Predictors of Adolescent Alcohol Use*. Journal of studies on alcohol and drugs 2015;76(5):671-9.
- 43-Esmali Kooraneh A, Amirsardari L. *Predicting Early Maladaptive Schemas Using Baumrind's Parenting Styles*. Iran J Psychiatry Behav Sci 2015;9(2):e952.
- 44-Shaygan M, Karami Z. *Chronic Pain in Adolescents: The Predictive Role of Emotional Intelligence, Self-Esteem and Parenting Style*. Int J Community Based Nurs Midwifery 2020; 8(3):253-63.
- 45-Luther B. *Looking at childhood obesity through the lens of Baumrind's parenting typologies*. Orthopedic nursing 2007; 26(5): 270-8; quiz 9-80.

- 46-Aminabadi NA, Deljavan AS, Jamali Z, Azar FP, Oskouei SG. *The influence of parenting style and child temperament on child-parent-dentist interactions*. Pediatric dentistry 2015;37(4):342-7.
- 47-Lee DW, Kim JG, Yang YM. The Influence of Parenting Style on Child Behavior and Dental Anxiety. *Pediatr Dent* 2018;40(5):327-33.
- 48-Krikken JB, van Wijk AJ, ten Cate JM, Veerkamp JS. Child dental anxiety, parental rearing style and referral status of children. *Community dental health* 2012;29(4):289-92.
- 49-Krikken JB, Veerkamp JS. *Child Rearing Styles, Dental Anxiety and Disruptive Behaviour; An Exploratory Study*. Official Journal of the European Academy of Paediatric Dentistry 2008; 9(1): 23-8.
- 50-Mehrotra P, Singh N, Govil S, Pandey R, Mehrotra D. *Influence of Parental Authority in Development of Dental Fear among Adolescents*. Journal of Oral Biology And Craniofacial Research 2019; 9(4): 363-6.
- 51-Aminabadi NA, Erfanparast L, Adhami ZE, Maljaini E, Ranjbar F, Jamali Z. *The impact of emotional intelligence and intelligence quotient (IQ) on child anxiety and behavior in the dental setting*. Acta Odontol Scand 2011; 69(5): 292-8.
- 52-Ramos MK, Alfaro ZLM, Madera AMV, González MF. *Fear and anxiety in children treated at the dental surgery of the University of Cartagena*. Rev Odont Mex 2018;22(1):8-14.
- 53-Joseph DL, Newman DA. *Emotional intelligence: an integrative meta-analysis and cascading model*. The Journal of applied psychology 2010;95(1):54-78.
- 54-Sarapultseva M, Yarushina M, Kritsky I, Ibragimov R, Sarapultsev A. *Prevalence of Dental Fear and Anxiety among Russian Children of Different Ages: The Cross-Sectional Study*. Eur J Dent 2020;14(4):621-5.
- 55-Sahebalam R, Rafieinezhad R, Boskabadi M. *Comparison of the Efficacy of Jilo Animation Approach versus Conventional Tell-Show-Do (TSD) Technique on Cooperation and Anxiety Levels of Children during Dental Practice: A Randomized Controlled Clinical Trials*. J Dent (Shiraz) 2020; 21(4): 284-91.
- 56-Hagqvist O, Tolvanen M, Rantavuori K, Karlsson L, Karlsson H, Lahti S. *Changes In Dental Fear and Its Relations to Anxiety and Depression in the Finnbrain Birth Cohort Study*. European Journal of Oral Sciences 2020; 128(5): 429-35.

Relationship between Emotional Intelligence and Parenting Style with Dental Fear and Anxiety in Children Aged 6 - 15 Years

Fatemeh Zarebidoki¹, Zahra Bahrololoomi¹, Milad Hazeri Baqdad Abad²,
Fateme Salari³, Zahra Zarebidaki^{*4}

Original Article

Introduction: The child's relationship with the dentist is the product of complex interactions between the patient, parents, and the dentist. Therefore, the aim of this study was to investigate the effect of emotional intelligence and parenting style on the child's dental anxiety and fear.

Methods: In this descriptive cross-sectional study, the patients aged 6 to 15 years with their parents who referred to Shahid Sadoughi Dental School in Yazd were selected through simple method. The MCDAS and CFSS-DS questionnaires were used to measure anxiety and fear, respectively, and the level of emotional intelligence and parenting style were measured by the Shering and Baumrind questionnaires, respectively. Data were analyzed via SPSS16, and T_Test, ANOVA were utilized.

Results: Out of 120 participants, 39 were boys and 81 were girls. The mean age range of the children was 9.31 ± 2.46 years and parents' mean age was 37.60 ± 4.82 . There was no significant relationship between parenting style and child's dental fear and anxiety ($P=0.492$ and $P=0.769$, respectively) and between parent's emotional intelligence and child's dental anxiety ($P=0.053$), but there was an inverse and significant relationship between parent's emotional intelligence and child's dental fear ($r=0.274$ and $P=0.003$).

Conclusion: The results of the present study showed that the parenting style has no significant relationship with child's dental fear and anxiety and also the parent's emotional intelligence with the child's dental anxiety, but the parent's emotional intelligence has an inverse and significant relationship with the child's dental fear.

Keywords: Dental anxiety, Emotional intelligence, Dental fear, Parenting style.

Citation: Zarebidoki F, Bahrololoomi Z, Hazeri Baqdad Abad M, Salari F, Zarebidaki Z. **Relationship between Emotional Intelligence and Parenting Style with Dental Fear and Anxiety in Children Aged 6 - 15 Years.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2024; 32(3): 7674-86.

¹Department of Pedodontics, School of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

²Department of Oral Health and Social Dentistry. Faculty of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

³Dentist, Yazd, Iran.

⁴Department of Restorative Dentistry, School of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

*Corresponding author: Tel: 09134509675, email: z.zarebidaki76@gmail.com