

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال دوازدهم شماره ۴۸ زمستان ۱۳۹۶

تأثیر رفتار درمانی بر افزایش سرسختی مراجعہ‌کنندگان به خدمات دندانپزشکی

توکل موسی‌زاده^۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر رفتاردرمانی برافزایش سرسختی مراجعہ‌کنندگان به خدمات دندانپزشکی انجام شد. جامعه آماری شامل ۴۰ نفر (۲۰ نفر زن و ۲۰ نفر مرد) مراجعہ‌کنندگان ۲۵-۴۵ ساله به کلینیکها و مطب‌های دندانپزشکی شهر اردبیل در سال ۲۰۱۵ بود که به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و کنترل گمارده شد در ادامه گروه آزمایش هشت جلسه رفتار درمانی دریافت کردند و گروه کنترل برنامه عادی روزانه خود را گذراندند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سرسختی‌روانشناختی جمع‌آوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. یافته‌ها نشان داد، رفتار درمانی به‌صورت معنی‌داری موجب افزایش سرسختی روانشناختی، تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی در گروه آزمایش، شده است ($p < 0.05$). در نتیجه می‌توان از رفتار درمانی در جهت ارتقاء سرسختی روانشناختی استفاده کرد.

واژگان کلیدی: رفتاردرمانی؛ سرسختی روانشناختی؛ خدمات دندانپزشکی

۱- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران

مقدمه

یکی از جنبه‌های مهم تندرستی پرداختن به سلامت دهان و دندان می‌باشد، اما حضور در مطب دندانپزشکی و قرار گرفتن بر روی یونیت برای معاینه، اغلب چندان آسان و توأم با آرامش نیست (سادوک و کاپلان^۱، ۲۰۰۳). گاهی این اضطراب چنان با ترس و وحشت توأم می‌شود که با بروز رفتارهای مقابله‌ای در بیماران، مجال ارائه هر نوع خدمات از سوی دندانپزشک را سلب می‌کند (گلدر و دیگران، ۲۰۰۰). شدت اضطراب و ترس در بیماران ممکن است تا ابعاد ناتوان‌کننده‌ای گسترش یابد و احساس مرگ قریب‌الوقوع در بیمار، وی و خانواده‌اش را از هرگونه اقدام تشخیصی یا درمانی دندانپزشکی منصرف نماید (فرانسیز و استنلی^۲، ۱۹۹۰).

وجود نشانه‌های ترس و اضطراب در بیماران موجب می‌شود، این افراد اقدامی برای درمان و مراجعه به دندانپزشک انجام ندهند. خدمات دندانپزشکی از خدمات تأثیرگذار در سلامت جسمی و روانی افراد جامعه می‌باشد. اما با توجه به اینکه بیماری‌های دهان و دندان در اکثر مواقع همراه با درد می‌باشد واز آنجایی‌که، ارائه خدمات دندانپزشکی، معمولاً با استفاده از آمپول‌های بی‌حسی انجام می‌شود، معمولاً افراد برای مراجعه به این مراکز دچار تردید هستند که بیشتر تحت تأثیر عوامل شخصیتی قرار دارند. سرسختی روانشناختی از سازه‌های شخصیتی می‌باشد، که بر بسیاری از جنبه‌های روانی و رفتاری افراد تأثیر می‌گذارد. سرسختی ویژگی شخصیتی است که، ممکن است نحوه مقابله با عوامل استرس‌زا را در افراد تعدیل کند، یعنی آنها را در تحلیل موفقیت‌آمیز موقعیت استرس‌زا یاری می‌کند. سرسختی ویژگی شخصیتی پیچیده‌ای است که از سه مؤلفه چالش، کنترل و تعهد تشکیل شده است (زرگر و دیگران، ۱۳۸۷). بررسی‌ها نشان داده‌اند، سرسختی روانشناختی با تنیدگی و امید رابطه معناداری دارد (فیض و دیگران، ۱۳۸۲؛ زاهد و دیگران، ۱۳۸۹).

خدمات دندانپزشکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار در سلامت جسمی و روانی افراد

1- Sadock & Kaplan

2- Francis & Stanley

جامعه می‌باشد که می‌تواند بر جنبه‌های جسمی و روانی افراد تأثیر بسیار داشته باشد. در حوزه روانشناسی برای کمک به افراد در حوزه‌های مختلف مورد مطالعه، روش‌های درمانی متعددی وجود دارد. رفتار درمانی از جمله روش‌های درمانی تأثیرگذار می‌باشد که سالیان طولانی مورد استفاده متخصصان روانشناسی بوده و تأثیرات این روش درمانی در مطالعات مختلف تأیید شده است. رفتاردرمانی اصطلاحی است که برای چند روش درمانی گوناگون که همگی بر نظریه یادگیری پایه‌گذاری شده‌اند، به کار می‌رود. (ریچارد اس^۱، ۲۰۰۱). هالائوانیا (۲۰۱۵) و همکاران در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش رفتاری به دانش‌آموزان در سلامت دهان و دندان از چهار کشور آسیایی، نشان داد که نگرش دانش‌آموزان بعد از آموزش و رفتار درمانی در مورد دهان و دندان در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد و ترویج رفتار درمانی و آموزش مهارت‌های لازم در رسیدن به سلامت دهان و دندان می‌تواند به‌عنوان ضرورتی در جنبه‌های مختلف بهداشت دهان و دندان قرار گیرد (هالائوانیا و دیگران، ۲۰۱۵). بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا رفتار درمانی بر افزایش سرسختی مراجعہ کنندگان به خدمات دندانپزشکی تأثیر دارد.

روش کار: روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی بوده و از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه کنترل استفاده شد. در این پژوهش، محقق به‌دنبال تعیین تأثیر، رفتاردرمانی برافزایش سرسختی مراجعہ کنندگان به خدمات دندانپزشکی استان اردبیل بود. در پژوهش حاضر رفتار درمانی در دوسطح آموزش (گروه آزمایش) و عدم آموزش (گروه کنترل) به‌عنوان متغیر مستقل، سرسختی به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد.

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی مراجعہ کنندگان ۴۵-۲۵ ساله به کلینیک‌ها و مطب‌های دندانپزشکی شهر اردبیل در سال ۲۰۱۵ بود. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به‌صورت در دسترس بود. برای این منظور از بین مراجعہ کنندگان ۴۵-۲۵ ساله علاقمند برای شرکت در طرح پژوهش، که به مراکز دندانپزشکی مراجعہ کردند تعداد ۴۰

1- Richard

نفر (۲۰ نفر زن و ۲۰ نفر مرد) به عنوان گروه نمونه انتخاب شد و در ادامه به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و کنترل گمارده شد. در تحقیقات آزمایشی حداقل تعداد نمونه مناسب ۱۵ نفر می‌باشد (ابوالقاسمی و کیامرثی، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر به منظور ارتقاء اعتبار بیرونی و قابلیت تعمیم با اطمینان بیشتر تعداد ۴۰ نفر انتخاب شد.

برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش حاضر و سنجش سرسختی افراد از پرسشنامه سرسختی روانشناختی اهواز استفاده گردید. این پرسشنامه توسط کیامرثی (۱۳۷۷) تهیه و اعتباریابی شده است. پرسشنامه سرسختی روانشناختی اهواز یک پرسشنامه مقیاسی خود گزارشی مداد - کاغذی است که دارای ۲۷ ماده می‌باشد. نمره‌گذاری این پرسشنامه ۲۷ ماده به این صورت است که آزمودنی‌ها به یکی از چهار گزینه «هرگز»، «بندرت»، «گاهی اوقات» و «بیشتر اوقات» پاسخ گفته و بر اساس مقادیر ۰، ۱، ۲، ۳ نمره‌گذاری می‌شوند، به استثنای ماده‌های ۶، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۷، ۲۱، که دارای بار عاملی منفی هستند و به شیوه‌ای معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. احراز نمره بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده سرسختی روانشناختی بالا در فرد است و اصولاً سه مولفه اصلی این سازه یعنی مبارزه‌جویی، کنترل و تعهد نیز در این افراد بالا می‌باشد. برای محاسبه پایایی این پرسشنامه از دو روش باز آزمایی و همسانی درونی استفاده شده است. ضرایب پایایی باز آزمایی برای کل آزمودنی‌ها برابر با ۰/۸۴، برای آزمودنی‌های مونث برابر با ۰/۸۵ و برای آزمودنی‌های مذکر برابر با ۰/۸۴ می‌باشد. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای کل آزمودنی‌ها برابر با ۰/۷۶، برای آزمودنی‌های مونث برابر با ۰/۷۴ و برای آزمودنی‌های مذکر برابر با ۰/۷۶ می‌باشد. با توجه به یافته‌های فوق ضرایب پایایی این پرسشنامه نیز رضایت‌بخش است (ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۵).

برای گردآوری داده‌های پژوهش حاضر از روش میدانی به‌منظور گردآوری داده‌های پرسشنامه‌ای، استفاده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها ابتدا به کلینیک‌های دندانپزشکی شهر اردبیل مراجعه کرده و پس از هماهنگی‌های لازم برای اعمال مداخله روانشناختی، اهداف پژوهش برای مراجعان ۴۵-۲۵ ساله تشریح شد و در ادامه از بین افرادی که رضایت

خود را برای شرکت در طرح پژوهش اعلام کردند تعداد ۴۰ نفر (۲۰ نفر زن و ۲۰ نفر مرد) انتخاب شدند و در ادامه به دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شد و از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد. مداخله رفتار درمانی مجموعه‌ای از تکنیک‌های رفتاری است که بر اساس نظریه رفتار درمانی بنا نهاده شده است و در این پژوهش از پکیج رفتار درمانی تبریزی، در هشت جلسه استفاده شد. گروه آزمایش ۸ جلسه یک و نیم ساعته آموزش رفتار درمانی دریافت کردند و گروه کنترل برنامه عادی روزانه خود را سپری کردند پس از اتمام جلسات گروه آزمایش، پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار دو گروه قرار داده شده و پس‌آزمون گرفته شد و پس از داده‌های بدست آمده در این جلسه، مطالب جلسات قبل به صورت مختصر مرور شده و در ادامه جلسه تکالیف خانگی بررسی شد. در ادامه آموزش‌هایی در زمینه سرسختی به مراجعان ارائه شد و مهارت‌های یاد شده در کلاس تمرین شد و در ادامه نظر اعضای گروه در زمینه جلسات گذشته بررسی شد و در آخر جلسه پس از آزمون گرفته شد و از اعضای گروه خواسته شد مهارت‌های یاد شده را در زندگی خود به کار ببرند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار آماري spss از شاخص‌های آمار توصیفی مثل میانگین و انحراف معیار و برای بررسی فرضیات پژوهش از آزمون تحلیل کواریانس به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون استفاده شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۴۵ درصد گروه آزمایش، با حداکثر فراوانی در رده سنی ۲۵-۳۰ سال، ۲۰ درصد با حداقل فراوانی در رده سنی ۴۱-۴۵ سال بودند. در گروه کنترل، افراد با حداکثر فراوانی ۵۰ درصد در رده سنی ۳۵-۴۰ و ۱۵ درصد با حداقل فراوانی در رده سنی ۴۱-۴۵ سال قرار داشتند. ۶۵ درصد گروه آزمایش، مونث و ۳۵ درصد مذکر بودند و در گروه کنترل ۵۵ درصد مونث و ۴۵ درصد مذکر بودند.

در گروه آزمایش، ۳۵ درصد افراد با حداکثر فراوانی دارای تحصیلات لیسانس و با حداقل فراوانی ۱۰ درصد افراد دارای تحصیلات فوق لیسانس بودند. و در گروه کنترل،

۴۰ درصد افراد با حداکثر فراوانی دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر، ۵ درصد افراد با حداقل فراوانی دارای تحصیلات فوق لیسانس بودند.

طبق جدول (۱)، میانگین و (انحراف معیار) نمرات برای آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب برای مبارزه‌جویی $7/80$ و $4/007$ و $10/65$ و $3/42$ به دست آمد. میانگین و (انحراف معیار) نمرات برای آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب برای تعهد $8/50$ و $3/60$ و $10/80$ و $3/001$ به دست آمد. میانگین و (انحراف معیار) نمرات برای آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب برای کنترل $11/95$ و $4/13$ و $14/05$ و $3/39$ به دست آمد. میانگین و (انحراف معیار) نمرات برای آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب برای سرسختی روانشناختی $28/25$ و $8/84$ و $32/95$ و $7/19$ به دست آمد.

طبق جدول (۲)، نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که میانگین نمرات مبارزه‌جویی ($F=72/02$)، تعهد ($F=14/54$)، کنترل ($F=6/29$)، سرسختی روانشناختی ($F=74/52$) در پس‌آزمون گروه آزمایش به‌طور معناداری نسبت به پیش‌آزمون افزایش پیدا کرده است. ($P < 0/05$) ضریب اتا نشان می‌دهد مقادیر واریانس‌های به دست آمده در متغیرهای فوق ناشی از اعمال متغیر مستقل (رفتار درمانی) می‌باشد.

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار نمرات سرسختی در دو گروه مورد مطالعه

متغیر	نوع آزمون	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مبارزه‌جویی	پیش‌آزمون	7/80	4/007	8/75	4/11
	پس‌آزمون	10/65	3/42	9/01	4/56
تعهد	پیش‌آزمون	8/50	3/60	9/25	4/24
	پس‌آزمون	10/80	3/001	10/45	4/09
کنترل	پیش‌آزمون	11/95	4/13	11/12	4/08
	پس‌آزمون	14/05	3/39	11/90	3/94
سرسختی	پیش‌آزمون	28/25	8/84	28/11	9/24
	پس‌آزمون	32/95	7/19	29/90	6/17

جدول (۲) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس میانگین نمرات سرسختی

متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	P	ضریب اتا
مبارزه‌جویی	۲۷/۲۲	۱	۲۷/۲۲	۷۲/۰۲	۰/۰۰۰	۰/۶۶
تعهد	۱۰/۲۲	۱	۱۰/۲۲	۱۴/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۲۸
کنترل	۹/۶۲	۱	۹/۶۲	۶/۲۹	۰/۰۱	۰/۱۴
سرسختی روانشناختی	۱۲۵/۹۹	۱	۱۲۵/۹۹	۷۴/۵۲	۰/۰۰۰	۰/۶۶

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر رفتاردرمانی برافزایش سرسختی مراجعه‌کنندگان به خدمات دندانپزشکی انجام شد. فرضیه این پژوهش عبارت بود از اینکه رفتاردرمانی، موجب افزایش سرسختی (مبارزه‌جویی، کنترل و تعهد) در مراجعه‌کنندگان به خدمات دندانپزشکی می‌شود. برای بررسی این فرضیه از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شده است که نتایج این آزمون نشان داد، میانگین نمرات مبارزه‌جویی ($F=۷۲/۰۲$)، تعهد ($F=۱۴/۵۴$)، کنترل ($F=۶/۲۹$)، سرسختی روانشناختی ($F=۷۴/۵۲$) در پس‌آزمون گروه آزمایش به‌طور معناداری نسبت به پیش‌آزمون افزایش پیدا کرد ($P<۰/۰۵$). نتایج به‌دست آمده همسو با نتایج پژوهش‌های نائینی (۱۹۹۰) و همکاران، جی (۲۰۰۹) و همکاران، دی جونخ (۱۹۹۵) و همکاران، لو (۲۰۱۰) و همکاران و اشلی (۲۰۱۲) و همکاران است. ریشه‌های مفهومی سرسختی روانشناختی، بر خلاف دیدگاه‌های متعدد به واکنش انفعالی انسان که در اغلب کارها در زمینه فشارهای روانی و بیماری مشاهده می‌شود، بر گرفته از مجموعه‌ای از رویکردهای در خصوص رفتار انسان است که مری (۱۹۷۳) در مقوله نظریه‌های عمده شخصیت، آنها را نظریه تکامل می‌نامد. سرسختی روانشناختی سازه شخصیتی است که از تجربیات مفید و متفاوت دوران کودکی نشأت می‌گیرد. سرسختی روانشناختی یک احساس عمومی است مبنی بر اینکه شرایط محیط ایده‌آل است و باعث می‌شود که انسان موقعیت‌های پراسترس را بالقوه، بامعنی و جالب ببیند و به این صورت که آنها را به تجارب بزرگ و پیشرفته به‌جای تجارب مختصر و کوچک تبدیل می‌کند.

بنابراین، سرسختی روانشناختی اثری مهم در محافظت از سلامتی در هنگام حوادث تنش‌زا دارد. از آن گذشته، افراد مورد بررسی سرسختی روانشناختی بالائی داشتند، تحمل ناکامی بیشتری نشان دادند (ابوالقاسمی و کیامرثی، ۱۳۸۵). سرسختی روانشناختی تأثیرات بسیاری بر جنبه‌های سلامت روانی و جسمانی افراد دارد و سرسختی روانشناختی بالا، می‌تواند در افراد درگیر با بیماری‌های دهان و دندان نیز تأثیرگذار باشد. دهان علاوه بر رفع نیازهای فیزیولوژیک، عضوی برای انتقال پیام بین افراد می‌باشد و این عضو از بدن از لحاظ روانی نیز از اهمیت بسزایی برخوردار می‌باشد، به‌طوری‌که افزایش سرسختی روانشناختی برای افراد درگیر به این بیماری‌ها می‌تواند موثر واقع شود. سرسختی روانشناختی ویژگی شخصیتی می‌باشد، که از دوران کودکی شروع می‌شود و بیشتر به یادگیری‌های محیطی وابسته می‌باشد. بنابراین آموزش مهارت‌های رفتاری و رفتار درمانی می‌تواند با ارائه مهارت‌هایی برای این افراد و همچنین تقویت با استفاده از تمرین‌های مکرر موجب افزایش میزان سرسختی روانشناختی در این افراد شود.

باتوجه به اینکه خدمات دندانپزشکی از مهم‌ترین خدمات پزشکی می‌باشد، که برای مهم‌ترین و حیاتی‌ترین عضو از بدن ارائه می‌شود و از آنجایی‌که اگر سلامت دهان و دندان به مشکل برخورد کند، می‌تواند بسیاری از جنبه‌های جسمانی و روانی افراد را به شدت تحت تأثیر خود قرار دهد، با استفاده از راهبردهای شناختی مدیریت استرس سعی می‌شود که افکار غیرمنطقی و ناکارآمد برانگیزاننده اضطراب و افسردگی شناسایی شوند، بیمار نسبت به نقش این افکار بیش یابد و با مشارکت سعی کند که افکار منطقی را جایگزین آنها کند و با کمک راهبردهای رفتاری می‌توان اضطراب و پریشانی را در آنها کاهش داد. براساس نتایج به‌دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که از رفتار درمانی می‌توان در جهت ارتقاء سرسختی افراد، برای استفاده بهینه افراد از خدمات دندانپزشکی بهره برد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۶/۰۲/۰۴

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۶/۰۵/۱۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۰۷

منابع

- ابوالقاسمی، عباس و آذر کیامرثی (۱۳۸۵). روانشناسی سرسختی، انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، ۳۹-۴۱.
- ابوالقاسمی، عباس و آذر کیامرثی (۱۳۸۵). روانشناسی سرسختی، انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، ۳۹-۴۱.
- ابوالقاسمی، عباس و محمد نریمانی (۱۳۸۵). آزمون‌های روانشناختی، انتشارات باغ رضوان.
- ریچارد اس، شارف (۲۰۰۱). نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره، ترجمه: مهرداد فیروزبخت، (۱۳۸۶)، تهران: انتشارات رسا، چاپ سوم.
- زاهد، عادل؛ قاسم پور، عبدالله و شهناز حسن‌زاده، (۱۳۸۹). نقش بخشش و سرسختی روان‌شناختی در پیش‌بینی امید، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، سال ۱۲، شماره ۳، ۱۲-۷.
- زرگر، یحیی؛ نجاریان، بهمن و علی نعامی (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی (هیجان‌خواهی، ابراز وجود، سرسختی روانشناختی)، نگرش مذهبی و رضایت زناشوی با آمادگی اعتیاد به مواد مخدر در کارکنان یک شرکت صنعتی در اهواز، مجله علوم تربیتی و روانشناسی، دوره ۳، سال ۱۵، ۹۹-۱۲۰.
- فیض، عبدالله؛ نشاط دوست، حمید و حسین نائلی (۱۳۸۲). بررسی رابطه سرسختی روان‌شناختی و روش‌های مقابله با تنبذگی، مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری سال اول، شماره اول، پیاپی (۱)، ۵-۱.
- Ashley, P.F, Williams, C.E, Moles.D & Parry. J. (2012). Sedation versus general anaesthesia for provision of dental treatment in under year olds, *Cochrane Database Syst Rev*; 11: CD006334.
- De-Jongh, A., Muris, P, Horst, G.Y, Van Zuuren, F, Schoenmakers, N & Makkes, P. (1995). One-session cognitive treatment of dental phobia: preparing dental phobics for treatment by restructuring negative cognitions, *Behav Res Ther* 1995; 33(8): 947-54.
- Francis RD & Stanley GV. (1990). *Estimating the prevalence of dental phobias*, *Aust Dent J*; 35(5): 449-53.

-
- Gelder MG, Lopez Ibor JJ & Andreason N. (2000). New Oxford Textbook of Psychiatry, 4th ed .Oxford: Oxford; 1139-1225.
- Halawanya, H.S, Abrahamb, NB., Jacobb.V & Al-Maflehia. N. (2015). The perceived concepts of oral health attitudes and behaviors of dental students from four Asian countries, *Journal of Dental Research*, 6, 2, 79–85.
- Jay, S.M, Elliott, C.H, Katz, E. & Siegel, S.E. (2009). Cognitive-behavioral and pharmacologic interventions for children's distress during painful medical procedures, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(6): 860-5.
- Lau,W & Chan,C.(2010). Effectiveness of group cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety in community clinics, *Behaviour Research and Therapy*, 48, 11, 1067.
- Naini, F.B, Mellor, A.C & Getz ,T. (1990). Treatment of dental fears: pharmacology or psychology? *Dent Update*; 26(7): 270-4, 276.
- Sadock BJ, Kaplan HI & Sadock VA. (2003). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences, *Clinical Psychiatry Baltimore: Williams and Wilkins*, 477–82.