

میزان آگاهی دندان پزشکان عمومی شهر اصفهان از روش های مختلف کنترل رفتاری کودکان در مطب های دندان پزشکی

رومینا مظاهری^۱مریم کرمی^۲آوین فتاحی^۳مسعود امانی فر^۴

۱: استادیار، گروه دندان پزشکی کودکان، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.
 ۲: دانشیار، گروه دندان پزشکی کودکان، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.
 ۳: نویسنده مسئول: دستیار تخصصی، گروه دندان پزشکی کودکان، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران. Email: Avin_f86@yahoo.com
 ۴: دندان پزشک، اصفهان، ایران.

چکیده

مقدمه: از آنجا که داشتن آگاهی و نیز توانایی در کنترل رفتار کودک یک رکن اساسی در دندان پزشکی کودکان می باشد، این تحقیق جهت بررسی میزان آگاهی دندان پزشکان عمومی شهر اصفهان از روش های مختلف کنترل رفتاری کودکان در مطب انجام شد.

مواد و روش ها: در این پژوهش توصیفی- تحلیلی، ۱۰۲ نفر از دندان پزشکان عمومی اصفهان به روش تصادفی آسان از لیست آدرس مطب دندان پزشکان بدون هیچ اطلاعی از سابقه آنان در انجام درمان برای کودکان، انتخاب شده و به پرسش نامه ای که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته بود پاسخ دادند. سؤالات پرسش نامه به صورت ۴ جوابی و در زمینه آگاهی دندان پزشک از تکنیک های رایجی که در کنترل رفتار کودکان در مطب مورد استفاده قرار می گیرد طراحی شده بود. داده ها با آزمون t مستقل، Anova و Mann Whitney ضریب همبستگی Pearson و Spearman مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت ($\alpha = 0/05$).

یافته ها: میانگین نمره آگاهی کلی دندان پزشکان عمومی از روش های مختلف هدایت رفتاری کودکان در مطب، ۹/۵۲ (نمره از ۱۰۰) بود و تنها ۸/۹٪ آنان آگاهی نسبتاً خوبی از شیوه های کنترل رفتاری داشتند. همچنین بین نمره آگاهی کلی دندان پزشکان و فاکتورهای مختلف جنس، سن، سابقه کار و میزان علاقمندی به درمان کودکان رابطه معنی داری وجود نداشت ($p \text{ value} > 0/05$).

نتیجه گیری: میزان آگاهی کلی دندان پزشکان عمومی شهر اصفهان از روش های کنترل رفتاری کودکان در حد متوسط بود.

کلید واژه ها: آگاهی، کنترل رفتار، دندان پزشکی کودکان.

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۰/۳۰

تاریخ اصلاح: ۹۴/۱۰/۱۰

تاریخ ارسال: ۹۴/۷/۵

استناد به مقاله: مظاهری ر، کرمی م، فتاحی آ، امانی فر م. میزان آگاهی دندان پزشکان عمومی شهر اصفهان از روش های مختلف کنترل رفتاری کودکان در مطب های دندان پزشکی. مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان، ۱۳۹۵، ۱۲(۱)، ۷۱-۵۹.

مقدمه

پایه و اساس دندان‌پزشکی کودکان، مهارت در کنترل رفتاری کودکان است. این مهارت در کوتاه‌مدت نیاز فوری دندان‌پزشکی کودک را برطرف و در درازمدت به بهبود سلامت جامعه کمک می‌کند (۱). در واقع کنترل رفتاری روشی است که به کمک آن تیم ارایه‌دهنده خدمات دندان‌پزشکی بتواند به طور مؤثر و کارآمد کودک را درمان و همزمان نگرش مثبتی به او القا نماید (۱، ۲). کودکی که رفتارش به طرز مناسبی کنترل شود، در حد توان خود به دندان‌پزشک کمک می‌نماید. اگر کودک مطب را با گریه و احساس انزجار ترک کند، حتی اگر ترمیم دندان‌هایش به‌طور دقیق و کاملی انجام شده باشد آن ملاقات با شکست مواجه بوده است. این همان نکته‌ای است که اهمیت مسأله کنترل رفتاری را خاطرنشان می‌سازد (۳).

خوشبختانه بسیاری از کودکان به‌طور خوشایندی ملاقات‌های دندان‌پزشکی را پیش می‌برند. این موفقیت‌ها می‌تواند به دلیل اعتماد به نفس کودک، آماده‌سازی مناسب کودک توسط والدین و یا از همه مهم‌تر مهارت‌های عالی ارتباطی تیم دندان‌پزشکی باشد. از طرف دیگر برخی تجارب کودکان در داخل یا خارج از مطب دندان‌پزشکی باعث اضطراب نسبت به دندان‌پزشکی می‌شود. در این موارد به شرط آن‌که دندان‌پزشک آگاهی صحیحی از تکنیک‌های کنترل رفتاری کودک داشته باشد و روش‌های روان‌شناختی غیردارویی مناسبی را به کار برد، به راحتی می‌تواند کودک را کنترل نموده و رفتاری مثبت را در او شکل دهد (۱).

Maybury و همکاران بیان داشتند که میزان آگاهی دندان‌پزشکان عمومی از بیشتر تکنیک‌های ارتباطی کم است اما آن‌هایی که دوره‌های برقراری ارتباط با کودک را پس از دوران تحصیل خود گذرانده‌اند بیشتر متمایل به استفاده از این تکنیک‌ها نسبت به سایرین هستند (۴). Storm و همکاران عنوان کردند که آگاهی دندان‌پزشکان در زمینه اضطراب کودک در دندان‌پزشکی پایین است و گذراندن دوره‌های آموزشی در این زمینه ارتباط قوی با کاربرد

تکنیک‌های کنترل رفتاری توسط دندان‌پزشک دارد (۵). بررسی Adir و همکاران نشان داد که زمان اختصاص داده شده به تدریس روش‌های کنترل رفتار کودکان در برنامه‌های آموزشی دندان‌پزشکان عمومی ایالات متحده ۱۲٪ می‌باشد (۶) و Idehen و Folayan نیز خاطرنشان کردند که آموزش دندان‌پزشکان در زمینه تکنیک‌های کنترل رفتاری باید از لحاظ محتوا و عمل کامل باشد تا آگاهی و در نتیجه عملکرد آنان در این زمینه افزایش یابد (۷). جعفرزاده و همکاران بیان داشتند نگرش دندان‌پزشکان عمومی نسبت به روش‌های مختلف کنترل رفتاری با جنس، سن، تجربه کاری و تعداد بیماران اطفال ارتباط دارد (۸). به علاوه sharath و همکاران و Bimstein و Jsatto در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که روش بگو- نشان بده- عمل کن، برای کنترل رفتار کودکان نسبت به روش‌های تهاجمی ارجح می‌باشد (۹، ۱۰).

از آن‌جا که روش‌های کنترل رفتار به‌صورت کار روتین بسیاری از دندان‌پزشکان در آمده است، گاهی اوقات اهمیت آن‌ها نادیده گرفته می‌شود. این مسأله زمینه مشکلات رفتاری اجتناب‌پذیر را افزایش می‌دهد (۱).

این تحقیق جهت بررسی میزان آگاهی دندان‌پزشکان عمومی از روش‌های مختلف کنترل رفتاری کودکان در مطب ترتیب داده شد. نتایج این تحقیق می‌تواند در ارتقای سطح کیفی خدمات ارایه شده به کودکان به‌طور فزاینده‌ای مؤثر باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی بود. در این پژوهش حجم نمونه ۹۶ نفر محاسبه گردید که با در نظر گرفتن احتمال ریزش و مخدوش‌شدگی‌های احتمالی تعداد ۱۳۰ نفر از دندان‌پزشکان عمومی شهر اصفهان بدون هیچ‌گونه اطلاعی از سابقه آنان در انجام درمان برای کودکان به روش تصادفی آسان انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه داشتن مدرک دکترای عمومی و همچنین

در نهایت برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸، آزمون‌های t مستقل، Mann Whitney و Repeated Measure's ANOVA و ضریب همبستگی Pearson و Spearman استفاده گردید. در ارزشیابی سؤالات به جواب‌های غلط، نمره ۰ و به جواب‌های صحیح نمره ۱ داده شد. در آخر به منظور کیفی‌سازی نمره‌ها این محدوده به ۳ قسمت تقریباً مساوی ضعیف (۰-۳۳)، متوسط (۳۳-۶۶) و خوب (۶۶-۱۰۰) تقسیم گردید.

یافته‌ها

از تعداد ۱۰۲ نفر دندان‌پزشک عمومی شرکت‌کننده در این مطالعه ۴۶ نفر (۴۵/۱٪) زن و ۵۶ نفر (۵۴/۹٪) مرد بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان $37/4 \pm 5/8$ سال و میانگین سابقه کاری آنان $10/5 \pm 4/9$ سال بود.

جدول ۱ توزیع فراوانی افراد مورد پژوهش را به تفکیک میزان علاقمندی آنان به انجام درمان برای کودکان زیر ۶ سال و نیز نسبت بیماران خردسال به کل بیماران آنان نشان می‌دهد.

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد افراد مورد پژوهش به تفکیک میزان علاقمندی و نیز نسبت بیماران خردسال به کل بیماران آنان

درصد	تعداد	میزان علاقمندی
۳۰/۴	۳۱	کم
۴۵/۱	۴۶	متوسط
۲۳/۵	۲۴	زیاد
۱	۱	بسیار زیاد
۱۰۰	۱۰۲	جمع
درصد	تعداد	نسبت بیماران خردسال به کل بیماران
۲۵/۵	۲۶	< ۰.۵٪
۳۷/۳	۳۸	۰.۵٪-۰.۳۵٪
۲۰/۶	۲۱	۰.۳۶٪-۰.۶۵٪
۱۵/۷	۱۶	۰.۶۶٪-۰.۹۵٪
۰/۹	۱	> ۰.۹۵٪
۱۰۰	۱۰۲	جمع

آزمون Mann Whitney نشان داد که میزان علاقمندی به درمان کودکان در دندان‌پزشکان زن به‌طور معنی‌داری

فعالیت دندان‌پزشک در مطب خصوصی خود و داشتن پروانه مطب معتبر بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز عدم همکاری در پرکردن پرسش‌نامه و یا پاسخ ندادن به بعضی سؤالات بود.

اطلاعات لازم برای انجام این تحقیق از طریق پرسش‌نامه جمع‌آوری گردید. بدین‌صورت که ابتدا ۲۴ سؤال ۴ جوابی در مورد آگاهی و اطلاعات دندان‌پزشک از طرز رفتار با کودک در برخورد با تیم دندان‌پزشکی و روش‌های رایجی که در کنترل رفتار کودکان در مطب مورد استفاده قرار می‌گیرد، تهیه شد و به همراه ویژگی‌های دموگرافیک دندان‌پزشک، در قالب یک پرسش‌نامه پیوست آماده گردید. ۷ سؤال اول پرسش‌نامه مربوط به چگونگی برقراری ارتباط با کودک، ۴ سؤال بعدی مربوط به شرایط حضور و یا عدم حضور والدین در حین درمان، ۶ سؤال بعدی مربوط به چگونگی انجام بی‌حسی در بیماران خردسال و ۷ سؤال آخر مربوط به روش‌های کنترل رفتار متداول غیردارویی می‌باشد (قابل ذکر است در طراحی سؤالات از کتاب‌های دندان‌پزشکی کودک و نوجوان (Macdonald 2011)، دندان‌پزشکی کودکان- نوزادی تا نوجوانی (Pinkham 2013) و هدایت رفتاری کودکان در دندان‌پزشکی (Wright 1987) استفاده گردید (۱، ۲ و ۱۱).

این پرسش‌نامه جهت بررسی روایی محتوای آن به کارشناس روش تحقیق و چند تن از اعضای هیأت علمی گروه کودکان دانشکده دندان‌پزشکی ارایه شد. هم‌چنین برای به‌دست آوردن ضریب پایایی و اطمینان از قابل اعتماد بودن نتایج، پرسش‌نامه توسط ۲۰ نفر از دندان‌پزشکان عمومی که به‌طور تصادفی انتخاب شده بودند تکمیل گردید. اطلاعات به‌دست آمده از طریق نرم‌افزار SPSS تحلیل و آلفای کرونباخ ۰/۷۶۲ به‌دست آمد. سپس طرح اصلی با مراجعه به مطب‌های خصوصی ۱۳۰ دندان‌پزشکی عمومی که به‌طور تصادفی انتخاب شده بودند، صورت پذیرفت. به این‌صورت که شرح کاملی در خصوص این تحقیق و پرسش‌نامه به دندان‌پزشکان داده شد. پس از گذشت یک هفته، پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری گردید.

بیشتر از دندان پزشکان مرد می باشد ($p \text{ value} = 0/04$). به علاوه ضریب همبستگی Spearman نشان داد که بین میزان علاقمندی دندان پزشکان به انجام درمان برای کودکان و نسبت بیماران خردسال به کل بیماران آنان رابطه مستقیم قوی وجود دارد ($r = 0/729$ و $p \text{ value} < 0/001$).

جدول ۲ توزیع فراوانی میزان آگاهی کلی افراد مورد پژوهش را از روش های مختلف هدایت رفتار کودکان در مطب دندان پزشکی نشان می دهد. میانگین نمره آگاهی کلی دندان پزشکان عمومی، $10/2 \pm 52/9$ یعنی در حد متوسط بود.

آزمون t مستقل نشان داد که بین نمره آگاهی کلی زنان و مردان از روش های مختلف هدایت رفتاری کودکان تفاوت معنی داری وجود ندارد ($p \text{ value} = 0/88$). به علاوه ضریب همبستگی Pearson نشان داد که بین سن و سابقه کار دندان پزشکان با نمره آگاهی کلی آنان رابطه معنی داری وجود ندارد ($r = 0/184$ و $p \text{ value} = 0/06$).

($r = -0/154$ و $p \text{ value} = 0/12$) سابقه کار ($p \text{ value}$). همچنین ضریب همبستگی Spearman نشان داد که بین میزان علاقمندی دندان پزشکان به انجام درمان برای کودکان زیر ۶ سال و نمره آگاهی کلی آنان رابطه معنی داری وجود ندارد ($r = 0/12$ و $p \text{ value} = 0/23$).

جدول ۳ توزیع فراوانی میزان آگاهی افراد مورد پژوهش را به تفکیک در ۴ زمینه چگونگی برقراری ارتباط اولیه با کودک، شرایط حضور یا عدم حضور والدین، چگونگی انجام بی حسی، و روش های کنترل رفتار متداول غیردروبی نشان می دهد. نمودار ۱ نیز میانگین نمره آگاهی افراد مورد پژوهش را در زمینه های مختلف نشان می دهد.

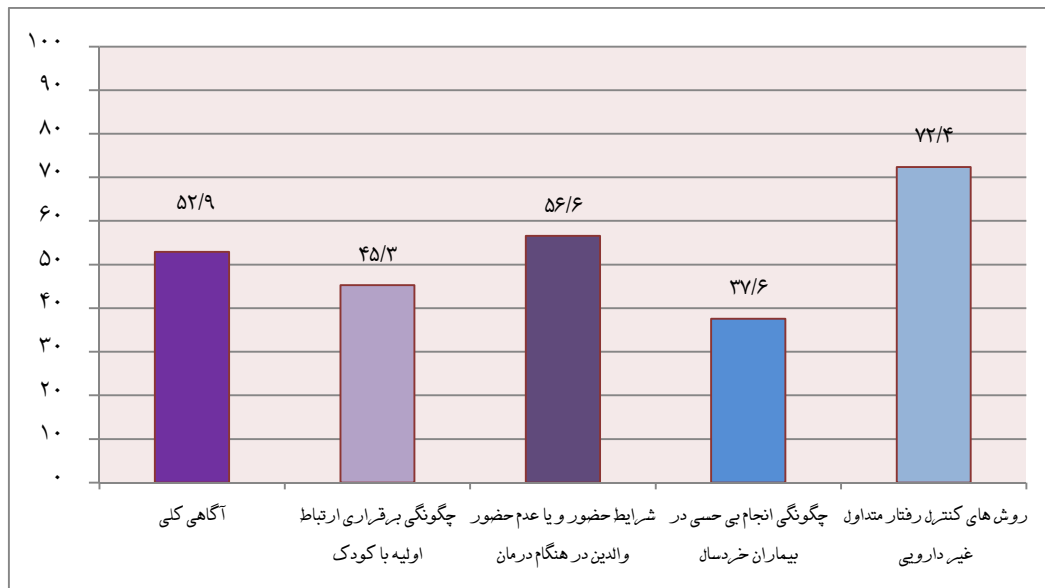
آنالیز واریانس نشان داد که بین میانگین نمره آگاهی در زمینه های مختلف تفاوت آماری معنی داری وجود دارد ($p \text{ value} < 0/001$) و بیشترین آگاهی در زمینه روش های کنترل رفتار متداول غیردروبی و کمترین آگاهی در زمینه چگونگی انجام بی حسی در بیماران خردسال بود.

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد افراد مورد پژوهش به تفکیک نمره آگاهی کلی آنان از روش های مختلف هدایت رفتاری کودکان در مطب

نمره آگاهی از ۱۰۰	کل افراد		زن		مرد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
< ۳۳ (ضعیف)	۲	۲٪	۲	۴/۳٪	۰	۰٪
۳۳-۶۶ (متوسط)	۹۰	۸۸/۲٪	۳۹	۸۴/۸٪	۵۱	۹۱/۱٪
> ۶۶ (خوب)	۱۰	۹/۸٪	۵	۱۰/۹٪	۵	۸/۹٪
جمع	۱۰۲		۴۶		۵۶	
(انحراف معیار) میانگین نمره از ۱۰۰	۵۲/۹ (۱۰/۲)		۵۲/۸ (۱۰/۹)		۵۳/۱ (۹/۸)	

جدول ۳: توزیع فراوانی و درصد افراد مورد پژوهش به تفکیک نمره آگاهی آنان در زمینه های مختلف

زمینه	چگونگی برقراری ارتباط با کودک	شرایط حضور یا عدم حضور والدین حین درمان	چگونگی انجام دهی در بیماران خردسال	روش های کنترل رفتار متداول غیردروبی
نمره از ۱۰۰	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد
< ۳۳ (ضعیف)	۱۷ (۱۶/۷)	۱۹ (۱۸/۶)	۲۷ (۲۶/۵)	۱ (۱)
۳۳-۶۶ (متوسط)	۶۱ (۵۹/۸)	۴۶ (۴۵/۱)	۶۵ (۶۳/۷)	۴۰ (۳۹/۲)
> ۶۶ (خوب)	۲۴ (۲۳/۵)	۳۷ (۳۶/۳)	۱۰ (۹/۸)	۶۱ (۵۹/۸)
جمع	۱۰۲ (۱۰۰)	۱۰۲ (۱۰۰)	۱۰۲ (۱۰۰)	۱۰۲ (۱۰۰)
(انحراف معیار) میانگین نمره از ۱۰۰	۴۵/۳ (۱۷/۴)	۵۶/۶ (۲۲/۵)	۳۷/۶ (۱۷/۰۲)	۷۲/۴ (۱۷/۰۱)



نمودار ۱: میانگین نمره آگاهی افراد مورد پژوهش در زمینه‌های مختلف

بحث

تحقیق حاضر از محدود مطالعاتی است که به بررسی آگاهی دندان‌پزشکان عمومی از روش‌های مختلف کنترل رفتاری کودکان پرداخته است.

در این پژوهش از ۱۰۲ نفر شرکت‌کننده تنها ۲۵ نفر آنان (حدود ۲۵٪) به میزان زیادی علاقمند به درمان کودکان زیر ۶ سال بودند. به علاوه پذیرش کودکان خردسال در مطب حدود ۶۳٪ آنان، کمتر از ۳۵٪ کل بیماران بود. آمارهای فوق بیانگر میزان پایین علاقمندی دندان‌پزشکان عمومی به درمان کودکان است که این امر می‌تواند به سبب عدم دانش کافی در زمینه روش‌های سایکولوژیک کنترل رفتار کودکان و یا استفاده صحیح و بجا از این تکنیک‌ها در مطب باشد. همچنین میزان علاقمندی دندان‌پزشکان زن به درمان کودکان به طور معنی‌داری بیشتر از دندان‌پزشکان مرد بود ($p\text{ value} = 0/04$). بیشتر بودن تعداد دندان‌پزشکان زن متخصص کودکان نسبت به متخصصین مرد در شهر اصفهان تأییدی بر مطلب فوق می‌باشد و علت آن را می‌توان در پیوند عاطفی و احساسی عمیق‌تر بین جنس مؤنث و کودک و ایجاد ارتباط سریع‌تر بین آن دو جستجو کرد.

در این پژوهش میانگین نمره آگاهی کلی دندان‌پزشکان عمومی شهر اصفهان از روش‌های مختلف کنترل رفتاری کودکان در مطب، ۵۲/۹ (نمره از ۱۰۰) یعنی در حد متوسط بود و تنها ۹/۸٪ آنان آگاهی خوبی از شیوه‌های کنترل رفتاری داشتند. این داده‌ها، مطالعات بیشتر دندان‌پزشکان را در این زمینه و همچنین تلاش بیشتر مسؤولین را در جهت بهبود کیفیت آموزشی دانشجویان و نیز افزایش دوره‌های بازآموزی بیشتر برای دندان‌پزشکان عمومی می‌طلبد. Maybury و همکاران و Storm و همکاران نیز آگاهی دندان‌پزشکان را در زمینه اکثر تکنیک‌های ارتباطی و همچنین چگونگی کنترل اضطراب کودک در دندان‌پزشکی پایین گزارش نمودند (۴، ۵). به علاوه Wright و همکاران در دسترس نبودن منابع اطلاعاتی کافی را علت عدم به‌کارگیری روش‌های مختلف کنترل رفتاری توسط دندان‌پزشکان ذکر کرده‌اند (۱۲). Adair و همکاران هم در مطالعه خود زمان اختصاص داده شده به آموزش روش‌های کنترل رفتار را تنها ۱۲٪ ذکر کردند (۶). در عین حال Bimstein و Jsatto بیان داشتند که آموزش عملی تأثیر زیادی در افزایش آگاهی و شکل‌گیری درک دانشجویان نسبت به روش‌های کنترل رفتاری کودکان دارد (۱۰).

در تحقیق حاضر بین نمره آگاهی کلی دندان‌پزشکان از روش‌های مختلف کنترل رفتاری کودکان و فاکتورهای مختلف جنس، سن، سابقه کار و میزان علاقمندی به درمان کودکان رابطه معنی‌داری وجود نداشت. اگرچه در اکثر تحقیقاتی که به بررسی نگرش و عملکرد دندان‌پزشکان در این زمینه پرداخته‌اند به تأثیرگذاری همه این فاکتورها اشاره گردیده است (۱۲-۱۵). از جمله جعفرزاده و همکاران بیان داشتند نگرش دندان‌پزشکان عمومی نسبت به روش‌های کنترل رفتاری با جنس، سن، تجربه کاری و تعداد بیماران اطفال ارتباط دارد (۸). هم‌چنین Wright و همکاران گزارش کردند دندان‌پزشکان جوان‌تر تمایل بیشتری به استفاده از روش‌های مختلف کنترل رفتاری داشتند و دندان‌پزشکان زن نیز از روش بگو - نشان بده - عمل کن بیشتر از دندان‌پزشکان مرد استفاده می‌کردند (۱۲). Adiar و همکاران هم ذکر کردند که دندان‌پزشکان زن جوان تمایل کمتری به استفاده از روش‌های ارتباطی غیرگفتاری و دست روی دهان داشته داشته و بیشتر از دندان‌پزشکان مرد از روش پرت کردن حواس استفاده می‌کردند (۱۶). البته تحقیقاتی نیز وجود دارد که در آن‌ها تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین دندان‌پزشکان زن و مرد و پیر و جوان در کاربرد اکثر روش‌های کنترل رفتاری مشاهده نشده است (۱۶، ۱۷).

همان‌طور که واضح و مشخص است چگونگی برخورد دندان‌پزشک با کودک در اولین ملاقات تأثیر بسیار زیادی در ایجاد ارتباط نزدیک و دوستانه بین آن دو و همکاری کودک در طول جلسات درمان دارد. در واقع برقراری ارتباط مناسب، اولین هدف در کنترل موفقیت‌آمیز کودکان خردسال است (۱۱). در این تحقیق میانگین نمره آگاهی دندان‌پزشکان عمومی از چگونگی برقراری ارتباط با کودک، ۴۵/۳ (نمره از ۱۰۰) یعنی کمتر از نصف بود. این نتیجه آموزش بیشتر شیوه‌های ارتباطی و تلاش بیشتر دندان‌پزشکان را در زمینه ایجاد ارتباط صحیح با کودکان می‌طلبد. Adiar و همکاران نیز در تحقیقات خود به منظور

افزایش آگاهی دانشجویان به اهمیت تدریس شیوه‌های ارتباطی در برنامه آموزشی اشاره کرده‌اند (۱۸، ۱۹). میانگین نمره آگاهی دندان‌پزشکان عمومی از شرایط حضور و یا عدم حضور والدین در کنار کودک حین درمان ۵۶/۶ بود و تنها ۳۶/۳٪ آنان آگاهی نسبتاً خوبی در این زمینه داشتند. این داده‌ها بیانگر آن است که بیشتر دندان‌پزشکان آگاهی درستی از شرایط حضور والدین یا جداسازی آن‌ها از کودک نداشته و بدون داشتن دیدگاه صحیحی در این زمینه به درمان کودکان می‌پردازند. در صورتی که داشتن اطلاعات کافی در این خصوص می‌تواند راهگشای بسیاری از مشکلات کنترل رفتاری کودکان کم‌رو، خجالتی و یا لوس و فرصت‌طلب باشد. البته در بسیاری از تحقیقات، نگرش و عملکرد اکثر دندان‌پزشکان عمومی و متخصص در جهت تمایل به حضور والدین در کنار کودک به منظور سهولت در کنترل رفتار کودکان بوده است (۱۳، ۱۷، ۱۸، ۲۰ و ۲۱).

در این پژوهش، میانگین نمره آگاهی دندان‌پزشکان از چگونگی انجام بی‌حسی در بیماران خردسال ۳۷/۶ و نزدیک به ضعیف ارزیابی گردید که علت آن می‌تواند عدم آگاهی درست دندان‌پزشک از تفاوت‌های تکنیکی و سایکولوژیکی بین تزریق کودکان و بزرگسالان باشد. به عنوان مثال تنها ۳۵٪ از دندان‌پزشکان بهترین انتخاب برای اولین تزریق بی‌حسی موضعی در کودکان را تزریق انفیلتراسیون در قسمت خلفی ماگزیلا می‌دانستند و فقط ۱۹/۶٪ آنان به خاطر کاهش حس ناراحتی کودک مدت زمان ۴۰-۴۵ ثانیه را برای انجام تزریق بی‌حسی لازم می‌دانستند. این نتیجه مشابه نتیجه حاصل از تحقیق Kohli و همکاران می‌باشد، در تحقیق آنان نیز تنها ۱۱٪ از شرکت‌کنندگان زمانی معادل ۶۰ ثانیه برای تزریق یک کارپول سپری می‌کردند (۲۲). این نتایج آموزش و مطالعه بیشتر دندان‌پزشکان عمومی را در زمینه بی‌حسی در کودکان می‌طلبد.

سطح کشور تا بتوان از روش‌ها و اطلاعات آن‌ها به نحو مطلوبی در اجرای این تحقیق بهره جست را می‌توان از محدودیت‌های این مطالعه ذکر کرد. لذا انجام مطالعات مشابه در نواحی جغرافیایی- فرهنگی مختلف، بررسی نگرش و عملکرد دندان‌پزشکان در زمینه کنترل رفتار کودکان و همچنین بررسی ارتباط بین آگاهی، نگرش و عملکرد آنان در این زمینه پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد میزان آگاهی دندان‌پزشکان عمومی نسبت به روش‌های مختلف کنترل رفتاری در حد متوسط می‌باشد که مستلزم برنامه‌ریزی‌های بهتر آموزشی و افزایش دانش، آگاهی و مطالعه دندان‌پزشکان در این حیطه است. همچنین مشخص گردید فاکتورهای مختلف (سن، جنس، سابقه کار و میزان علاقمندی به انجام درمان کودکان) تأثیر چندانی بر روی میزان آگاهی ندارند.

روش‌های مختلفی از قبیل بگو- نشان بده- انجام بده، کنترل صدا، تقویت مثبت، دست روی دهان و... برای کنترل رفتاری کودکان وجود دارد. داشتن اطلاعات کافی در مورد زمان و چگونگی استفاده از این روش‌ها در کنترل موفقیت‌آمیز کودکان و انجام درمان مناسب برای آنان بسیار حایز اهمیت است. در این پژوهش میانگین نمره آگاهی دندان‌پزشکان از روش‌های کنترل رفتار متداول غیردارویی، ۷۲/۴ و در حد خوب ارزیابی گردید که بیانگر اطلاعات نسبتاً قابل قبول دندان‌پزشکان در این زمینه است. تحقیقات خارجی مشابه نیز بیانگر آگاهی و عملکرد خوب دندان‌پزشکان در زمینه کاربرد این روش‌ها و شرایط و زمان مناسب استفاده از آن‌ها می‌باشد (۹، ۱۲، ۱۳، ۱۷، ۱۸ و ۲۰). در مطالعه Carr و همکارانش، ۶۱/۸٪ دندان‌پزشکان اطلاع کافی در مورد روش بگو- نشان بده- انجام بده داشته و برای همه کودکان استفاده می‌کردند (۱۳). این میزان در مطالعه Joshi و Crossley حدود ۸۷٪ بود (۲۰). در نهایت عدم تمایل برخی از دندان‌پزشکان به شرکت در مطالعه حاضر و نیز کمبود سابقه چنین پژوهش‌هایی در

References

- McDonald RE, Avery DR, Dean JA. Dentistry For the child and adolescent. 8th ed. St Louis: Mosby; 2011. p. 36-53, 307-353, 567-602.
- Pinkham J, Casamassimo P, Fields HW, McTigue DJ, Nowak A. Pediatric dentistry: infancy through adolescence. 4th ed. St Louis: Mosby; 2005. p. 101-127, 345-358.
- Wright GZ, Strakey PE, Gardner DE. Child Management in Dentistry. Translation Sh Boromand, A kosari. Tehran: Beasat; 2001. (In Persian)
- Maybury C, Horowitz AM, Wang M, Kleinman DV. Use of communication techniques by Maryland dentists. J Am Dent Assoc 2013; 144(12): 1386-96
- Storm K, Ronneberg A, Skaare AB, Espelid I, Willumsen T. Dentist s' use of behavioural management techniques and their attitudes towards treating pediatric patients with dental anxiety. Eur Arch Paediatr Dent 2015; 16(4): 349-355.
- Adair SM, Rockman RA, Schafer TE, Waller JL. Survey of behavior management teaching in pediatric dentistry advanced education programs. Pediatr Dent 2004; 26(2): 151-8.
- Folayan M, Idehen E. Factors influencing the use of behavioral management techniques during child management by dentists. J Clin Pediatr Dent 2005; 28(2): 155-61.
- Jafarzadeh Samani M, Hajiahmadi M, Yousefi S, Binande ES. Evaluation of the general dentists' attitudes toward non-pharmacological methods of controlling pediatrics' behavior in Isfahan. J Dent Med Tehran Univ Med Sci 2013; 26(2): 124-30. (In Persian)
- Sharath A, Rekka P, Muthu MS, Rathna Prabhu V, Sivakumar N. Children's behavior pattern and behavior management techniques used in a structured postgraduate dental program. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2009; 27(1): 22-6.
- Bimstein E, Azari AF, Sotto JJ, Riley JL. Students' perceptions about pediatric dental behavior guidance in an undergraduate four-year dental curriculum. J Dent Educ 2009; 73(12): 1366-71.

11. Wright GZ, Starkey PE, Gardner DE. Child management in dentistry. 2nd ed. Bristol: John Wright; 1987.
12. Wright FA, Giebartowski JE, McMurray NE. A national survey of dentists' management of children with anxiety or behavior problems. *Aust Dent J* 1991; 36(5): 378-83.
13. Carr KR, Wilsons, Nimer S, Thornton JB Jr. Behavior management techniques among pediatric dentists practicing in the southeastern United States. *Pediatr Dent* 1999; 21(6): 347-53.
14. McKnight-Hanes C, Myers DR, Dushku JC, Davis HC. The use of behavior management techniques by dentists across practitioner type, age, and geographic region. *Pediatr Dent* 1993; 15(4): 267-271.
15. York KM, Mlinac ME, Deibler MW, Creed TA, Ganem I. Pediatric behavior management techniques: a survey of predoctoral dental students. *J Dent Educ* 2007; 71(4): 532-9.
16. Adair SM, Schafer TE, Waller JL, Rockman RA. Age and gender differences in the use of behavior management techniques by pediatric dentists. *Pediatr Dent* 2007; 29(5): 403-8.
17. Peretz B, Glaicher H, Ram D. Child-management techniques. Are there differences in the way female and male pediatric dentists in Israel practice? *Braz Dent J* 2003; 14(2): 82-6.
18. Adair SM, Waller JL, Schafer TE, Rockman R: A survey of members of the American Academy of Pediatric Dentistry on their use of behavior management techniques. *Pediatr Dent* 2004; 26(2): 159-166.
19. Adair SM, Schafer TE, Rockman RA, Waller JL. Survey of behavior management teaching in predoctoral pediatric dentistry programs. *Paediatr Dent* 2004; 26(2): 143-50.
20. Crossley ML, Joshi G. An investigation of pediatric dentists' attitudes toward parental accompaniment and behavioral management techniques in the UK. *Br Dent J* 2002; 192(9): 517-21.
21. Marcum BK, Turner C, Courts FJ. Pediatric dentists' attitudes regarding parental presence during dental procedures. *Pediatr Dent* 1995; 17(7): 432-6.
22. Kohli K, Ngan P, Crout R, Linscott PC. A survey of local and topical anesthesia use by pediatric dentists in the United States. *Pediatr Dent* 2001; 23(3): 265-9.

Knowledge of general dentists in Isfahan about children's behavioral management techniques in the dental office

Romina Mazaheri¹

Romina Mazaheri²

Avin Fattahi³

Masoud Amanifar⁴

1. Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Khorasgan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2. Associate Professor, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Khorasgan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

3. **Corresponding Author:** Postgraduate Student, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Khorasgan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Email: Avin_f86@yahoo.com

4. DDS. Isfahan. Iran

Abstract

Introduction: Since awareness and also ability to control children's behavior are fundamental factors in pedodontic dentistry, this study was undertaken to assess the level of awareness of general dentists in Isfahan about various behavior management methods in the dental office.

Materials & Methods: In this descriptive/cross-sectional study, 102 general dentists were selected using simple randomization method from the list of dental clinics in Isfahan without any knowledge about their experience to render treatment to pediatric patients; then they filled a questionnaire whose validity and reliability had already been confirmed. The questions on the questionnaire were in 4-item multiple-choice format in relation to dentists' awareness about the current techniques applied in behavior management in dental offices. Data were statistically analyzed with SPSS, using independent t-test, ANOVA and Pearson's and Spearman's correlation coefficients ($\alpha=0.05$).

Results: The average score of the general dentists' awareness of various methods of behavior management was 52.9 (out of 100) and only 9.8% of them had relatively proper awareness about behavior control techniques. In addition, there was no significant correlation between the dentists' awareness and factors such as gender, age, experience and the level of interest in treating children (p value > 0.05).

Conclusion: General dentists' awareness in Isfahan of behavior management methods of children was at a moderate level.

Key words: Awareness, Behavior control, Pediatric dentistry.

Received: 27.9.2015

Revised: 31.12.2015

Accepted: 20.1.2016

How to cite: Mazaheri R, Karami M, Fattahi A, Amanifar M. Knowledge of general dentists in Isfahan about children's behavioral management techniques in the dental office. J Isfahan Dent Sch 2016; 12(1): 59-71.

پيوست

پرسش نامه موجود به منظور تعیین میزان آگاهی دندان پزشکان عمومی شهر اصفهان از روش های مختلف کنترل رفتاری کودکان در مطب های دندان پزشکی، طراحی شده است. خواهشمند است با ارایه پاسخ دقیق و بذل توجه کافی پژوهشگر ما را یاری فرمایید. لازم به ذکر است که کلیه اطلاعات دریافتی محرمانه باقی خواهد ماند و صرفاً در تجزیه و تحلیل آماری به کار گرفته می شود. ضمناً ذکر نام و نام خانوادگی ضروری نمی باشد. قبلاً از بذل توجه شما نسبت به این امر صمیمانه متشکریم.

معاونت پژوهشی دانشکده دندان پزشکی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

ویژگی های فردی دندان پزشک

جنس: زن ☐ مرد ☐ سن: سال سال فراغت از تحصیل: سابقه کار: سال

میزان علاقمندی شما به انجام درمان های دندان پزشکی برای کودکان زیر ۶ سال چقدر است؟

بسیار زیاد ☐ زیاد ☐ متوسط ☐ کم ☐

نسبت بیماران خردسال به کل بیماران شما چقدر است؟

بیش از ۹۵٪ ☐

۹۵-۶۶٪ ☐

۶۵-۳۶٪ ☐

۳۵-۵٪ ☐

کمتر از ۵٪ ☐

"سوالات مربوط به میزان آگاهی از روش های مختلف هدایت رفتاری"

۱. ارتباط گفتاری با کودکان بهتر است از چه طریقی آغاز شود؟

*الف- با تعریف و تمجید از کودک

ب- با انجام پرسش هایی در مورد دوستان، برنامه های تفریحی و خوراکی های مورد علاقه کودک

ج- با انجام این پرسش که کدام دندان تورا اذیت می کند.

د- با تشریح اتاق کار و وسایل دندان پزشکی

۲. مهم ترین جنبه کنترل و کنترل رفتاری کودک برای درمان دندان پزشکی چیست؟

الف- ایجاد حس اعتماد و اطمینان در کودک

*ب- کنترل درد

ج- انجام درمان در کوتاه ترین زمان ممکن

د- تشویق و دادن جایزه

۳. کدام مورد جز تکنیک های ارتباطی در کنترل رفتار کودکان نمی باشد؟

الف- Tell-show-do

ب- Voice control (کنترل صدا)

ج- Distraction (منحرف ساختن)

*د- HOME (دست روی دهان)

۴. چه زمانی بهترین موقع برای دادن جایزه به کودک است؟

الف- قبل از شروع درمان دندان‌پزشکی

ب- در حین درمان به دنبال مشاهده رفتار مناسب از جانب کودک

*ج- در پایان درمان به عنوان تشویق کودک و تقویت رفتار مناسب او

د- بستگی به سن کودک، میزان همکاری وی و پذیرش والدین دارد.

۵. کدام حالت بدنی دندان‌پزشک حاکی از استوار بودن و مصمم بودن وی بوده و موجب القا حس مهم بودن تقاضاهای دندان‌پزشک می‌گردد؟

*الف- قرار گرفتن در موقعیت جلو و پایین

ب- قرار گرفتن در موقعیت عقب و پایین

ج- قرار گرفتن در موقعیت جلو و بالا

د- قرار گرفتن در موقعیت عقب و بالا

۶. هنگامی که اولین ملاقات دندان‌پزشکی، یک ملاقات اورژانسی است چه عواملی وضعیت موجود را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند؟

الف- وجود درد

ب- اضطراب بیش از حد والدین و کودک

ج- انجام درمان سریع و خارج از نوبت

*د- همه موارد

۷. فاصله زمانی بین نوبت اول و دوم برای کودک ترسو و مضطربی که در اولین ملاقات دندان‌پزشکی غیرهمکار بوده ولی نهایتاً با تکنیک‌های صحیح

کنترل رفتاری وادار به همکاری می‌شود، چقدر باید باشد؟

*الف- کمتر از ۲ هفته

ب- حدود ۳ هفته

ج- ۱ ماه

د- ۲ ماه

۸. کدام یک از موارد زیر از دلایل جداسازی کودک از والدین است؟

الف- تکرار دستورات توسط والدین

ب- توجه و تمرکز کودک بین دندان‌پزشک و والدینش تقسیم می‌شود.

ج- دندان‌پزشک قادر نیست از تغییر تن صدا برای جلب همکاری و توجه کودک استفاده کند.

*د- همه موارد

۹. در صورتی که به منظور حمایت و دلگرمی کودک با حضور والدین در اتاق کار موافقت شود، چه توصیه‌ای باید به آن‌ها نمود؟

*الف- به آرامی در گوشه اتاق نشسته و یک ناظر ساکت باشند.

ب- به آرامی در گوشه اتاق نشسته و در زمان لازم کودک را حمایت کرده و به او تذکر بدهد.

ج- در کنار کودک بنشیند و در حین درمان به آرامی با او صحبت کند.

د- در کنار کودک بنشیند و حرف‌های دندان‌پزشک را تأیید و تکرار کند.

۱۰. کودکان کدام سنین بیشترین سود را از حضور والدین در اتاق کار دندان‌پزشکی می‌برند؟

الف- ۱/۵ تا ۲ ساله‌ها

ب- ۲ تا ۳/۵ ساله‌ها

*ج- ۳/۵ تا ۴ ساله‌ها

د- ۴ تا ۵/۵ ساله‌ها

۱۱. بیش‌ترین تأثیر نگرانی مادر در ایجاد اضطراب در کودک در کدام گروه سنی است؟

الف- زیر ۲ سالگی

*ب- زیر ۴ سالگی

ج- بین ۴-۶ سالگی

د- بین ۶-۸ سالگی

۱۲. بیش‌ترین علت ترس کودک از دندان‌پزشکی چیست؟

الف- ترس کودک از دندان‌پزشک

*ب- ترس کودک از سوزن بی‌حسی

ج- ترس کودک از خفه شدن در حین درمان

د- ترس کودک از آنگل و توربین و صداهای حاصله از آنها

۱۳. کدام‌یک از اعمال زیر در هنگام انجام تزریق بی‌حسی موضعی توصیه نمی‌شود؟

الف- داشتن اعتماد به نفس و انجام بی‌حسی در مدت زمان مناسب

*ب- گرفتن دست‌های کودک توسط دستیار برای جلوگیری از حرکات نابجا

ج- انجام تمامی بی‌حسی‌های موضعی در وضعیت خوابیده (Supine)

د- خارج نگه‌داشتن سرنگ‌های تزریق از دید بیماران

۱۴. در صورت امکان، بهترین انتخاب برای اولین تزریق بی‌حسی موضعی برای کودکان چیست؟

*الف- تزریق انفیلتراسیون در قسمت خلفی ماگزیلا

ب- تزریق انفیلتراسیون در قسمت قدامی ماگزیلا

ج- تزریق بلاک در فک پایین

د- تزریق انفیلتراسیون در فک پایین

۱۵. بهترین سوزن برای انواع مختلف بی‌حسی موضعی در بیماران خردسال زیر ۹ سال کدام است؟

الف- سوزن‌های بلند برای هر دو فک

*ب- سوزن‌های کوتاه برای هر دو فک

ج- سوزن‌های کوتاه برای فک بالا و سوزن‌های بلند برای فک پایین

د- طول سوزن معیار انتخابی نمی‌باشد.

۱۶. مدت زمان قابل قبول برای تزریق بی‌حسی موضعی که کم‌ترین حس ناراحتی را در کودکان ایجاد کند چقدر است؟

الف- ۱۰-۵ ثانیه

ب- ۲۰-۱۵ ثانیه

ج- ۳۰-۲۵ ثانیه

*د- ۴۵-۴۰ ثانیه

۱۷. بهترین پاسخ دستیار دندان‌پزشک به کودکی که سؤال می‌کند «آیا دکتر امروز به من آمپول می‌زند؟» چیست؟

الف- بله، امروز برای درمان نیاز به آمپول داری

*ب- مطمئن نیستم، می‌توانی از خود او بپرسی

ج- اصلاً تزریقی در کار نیست

د- بستگی به سن و شرایط بیمار، پاسخ‌ها متفاوت است.

۱۸. از دیدگاه کلی کدام روش زیر اساس کنترل رفتاری کودکان شناخته می‌شود؟

الف- Tell-show-do

ب- Voice control (کنترل صدا)

ج- Positive-reinforcement (تقویت مثبت)

د- Desensitization (حساسیت‌زدایی)

۱۹. کدام یک از روش‌های غیردارویی زیر جهت کنترل رفتاری کودک به کار گرفته نمی‌شود؟

الف- معاینه دندان‌ها و انجام کارهای پیشگیری ساده در جلسه اول

ب- معرفی وسایل به کودک به زبان ساده، قبل از استفاده آن‌ها

ج- تشویق کودک هنگام نشان دادن رفتار مناسب

د- مخفی نمودن وسایل و مواد دندان‌پزشکی از دید کودک

۲۰. در کدام یک از روش‌های زیر نباید از تکنیک Tell-show-do/استفاده نمود؟

الف- پروفیلاکسی

ب- تزریق

ج- تراش دندان

د- پر کردن دندان

۲۱. استفاده از کدام یک از روش‌های کنترل رفتاری زیر برای توقف رفتار از هم‌گسیخته و ناگهانی کودکان در حین درمان، توصیه می‌شود؟

الف- Voice control (کنترل صدا)

ب- Tell-show-do

ج- Retraining (بازآموزی رفتار)

د- Desensitization (حساسیت‌زدایی)

۲۲. برای کنترل رفتار کودکی که خجالتی و درونگرا بوده و در ملاقات‌های دندان‌پزشکی استرس داشته و رفتارهای اجتنابی مانند گریه کردن و نالیدن را نشان می‌دهد، کدام روش کاربرد دارد؟

الف- استفاده از داروها و در صورت نیاز بی‌هوشی عمومی

ب- استفاده از روش کنترل صدا و رفتار مقتدرانه دندان‌پزشک

ج- صمیمیت با کودک و ایجاد دوستی و استفاده از روش Tell-show-do

د- استفاده از روش HOME برای جلوگیری از گریه کردن و شنیدن درخواست‌های دندان‌پزشک

۲۳. در چه مواردی در حیطه دندان‌پزشکی، کنترل فیزیکی کودک (Physical restraint) صورت می‌گیرد؟

الف- در اطفال هیستریک

ب- اطفالی که به علت کمی سن قادر به درک زبانی نیستند

ج- کودکانی که دچار عقب افتادگی می‌باشد

د- همه موارد

۲۴. کدام یک از تکنیک‌های کنترل رفتاری زیر به عنوان آخرین اقدام برای جلب توجه کودکان ۶-۳ ساله ناسازگار به کار می‌رود؟

الف- Voice control (کنترل صدا)

ب- Retraining (بازآموزی رفتار)

ج- HOME (دست روی دهان)

د- Desensitization (حساسیت‌زدایی)