

Determining the behavior management technique's acceptance of mothers referred to the department of pediatric dentistry in Qazvin (2007)

Sh Razavi*

B Purtaji**

*Assistant professor of Pediatric Dentistry, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

**Dentist

*Abstract

Background: For dental treatment of the children who do not cooperate with the dentist, the use of behavior management techniques is inevitable. Behavior management techniques are the means by which the dental health team effectively performs treatment for the child and at the same time, instills a positive dental attitude.

Objective: Determining the behavior management technique's acceptance of mothers referred to the department of pediatric dentistry in Qazvin (2007).

Methods: This was a cross-sectional descriptive study in which a film including 4 different behavior management techniques marked as: general anesthesia (GA), parents' separation (PS), hand-over-mouth (HOM), and voice control (VC) was produced. Before showing each technique, a brief explanation over the technique's characteristics, method, and the objective was given by a pedodontist in the film. A total of 50 mothers who were referred to the pediatric dentistry department of Qazvin University watched the film and later filled out a questionnaire. The data were analyzed using SPSS.

Findings: Mothers' acceptance of P.S was 100%, V.C 92%, HOM 50%, and G.A 30%. There was a statistically significant relationship between the acceptance of voice control and child's order, child's age, and the number of children. Also, a significant relationship between the acceptance of general anesthesia and the child's order and mother's education was found.

Conclusion: According to our data, the parents' separation and general anesthesia are the most and the least accepted technique, respectively.

Keywords: Pediatric Dentistry, Child's Behavior, Behavior Management, Parental Attitude

Corresponding Address: Department of Pediatric Dentistry, Dental school, Qazvin University of Medical Sciences, Shahid Bahonar Blvd., Qazvin, Iran

Email: shvr57@yahoo.com

Tel: +98 281 3353061

Received: 2009/02/28

Accepted: 2009/06/14

پذیرش روش‌های کنترل رفتار از سوی مادران مراجعه کننده به بخش کودکان دانشکده دندان پزشکی قزوین (۱۳۸۶)

دکتر شیوا رضوی* دکتر بهاره پورتاجی**

*استادیار گروه کودکان دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین
**دانش آموخته رشته دکترای دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

Email: shvr57@yahoo.com

آدرس مکاتبه: قزوین، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده دندان پزشکی، بخش کودکان، تلفن ۳-۳۳۵۳۰۶۱

تاریخ پذیرش: ۸۸/۳/۲۴

تاریخ دریافت: ۸۷/۱۲/۱۰

* چکیده

زمینه: استفاده از روش‌های کنترل رفتار جهت درمان کودکانی که با دندان پزشکی همکاری نمی‌کنند، اجتناب ناپذیر است. روش‌های کنترل رفتار، روش‌هایی هستند که گروه دندان پزشکی با آن به طور مؤثر و کارآمد کودک را درمان کرده و همزمان نگرش مثبتی نسبت به دندان پزشکی به او القا می‌کنند.

هدف: مطالعه به منظور تعیین میزان پذیرش روش‌های کنترل رفتار از سوی مادران مراجعه کننده به بخش کودکان دانشکده دندان پزشکی قزوین انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۶ در دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام شد. فیلمی حاوی ۴ روش کنترل رفتار (بی‌هوشی عمومی، جدا کردن کودک از والدین، گذاشتن دست روی دهان کودک و کنترل صدا) ساخته شد. قبل از نمایش هر روش، در فیلم توضیح مختصری توسط دندان پزشک کودکان راجع به ویژگی و هدف هر روش داده شد. ۵۰ نفر از مادران مراجعه کننده به بخش کودکان دانشکده دندان پزشکی قزوین پس از مشاهده هر روش در این فیلم، پرسش‌نامه مربوطه را تکمیل کردند. داده‌ها با آزمون‌های آماری تی و کای دو تحلیل شدند.

یافته‌ها: ۵۶٪ از کودکان مورد مطالعه پسر و ۴۴٪ آنها دختر بودند و در گروه سنی ۳ تا ۱۰ سال قرار داشتند و رتبه فرزند اول تا پنجم خانواده را به خود اختصاص داده بودند. مادران نیز با دارا بودن تحصیلات ابتدایی تا فوق لیسانس در گروه سنی ۲۳ تا ۵۰ سال قرار داشته و صاحب ۱ تا ۵ فرزند بودند. پذیرش مادران در مورد روش جدا کردن کودک از والدین ۱۰۰٪، روش کنترل صدا ۹۲٪، روش گذاشتن دست روی دهان کودک ۵۰٪ و روش بی‌هوشی عمومی ۳۰٪ بود. بین پذیرش روش کنترل صدا با رتبه فرزند، سن کودک و تعداد فرزندان و همچنین بین پذیرش روش بی‌هوشی عمومی از سوی مادران با تحصیلات مادر و رتبه فرزند ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، جدا کردن کودک از والدین بیش‌ترین و بی‌هوشی عمومی کم‌ترین روش پذیرفته شده از سوی مادران بود.

کلیدواژه‌ها: دندان پزشکی کودکان، رفتار کودک، کنترل رفتار، نگرش والدین

* مقدمه

نیست^(۱). روش‌های کنترل رفتار روش‌های پایه و اساس برقراری ارتباط خوب بین گروه دندان پزشکی و بیمار خردسال است.^(۳)

مسأله مهم دیگر علاوه بر همکاری کودک و مهارت دندان پزشک در کاربرد روش‌های کنترل رفتاری، والدین کودک هستند. والدین در ایجاد مهارت‌های لازم در کودک برای مقابله با تنش، نقش مهمی دارند. از این رو درمان دندان پزشکی کودکان از نظر نوع ارتباط، تفاوت

هدف رشته دندان پزشکی کودکان پیشگیری یا رفع مشکلات دندان و دهانی کودکان است.^(۲) خوشبختانه، بیش‌تر کودکان به راحتی و به طور خوشایندی ملاقات‌های دندان پزشکی را پیش می‌برند؛ بدون این که هیچ‌گونه فشار ناخواسته‌ای به خود یا گروه دندان پزشکی وارد آورند.^(۴) اما برخی از کودکان همکاری نمی‌کنند و انجام درمان دندان پزشکی آنها بدون استفاده از روش‌های کنترل رفتار کودک حین درمان دندان پزشکی امکان‌پذیر

سپس یک مطالعه آزمایشی بر روی ۱۰ نفر از مادران مراجعه کننده انجام شد تا فیلم تهیه شده ارزیابی و تغییرات لازم در آن انجام شود.

به دنبال تأیید فیلم، قسمت اول پرسش‌نامه (اطلاعات دوگرافیک) توسط دانشجویان دندان پزشکی که در بخش حضور داشتند از مادران سؤال و تکمیل شد. معیار ورود به مطالعه، عدم سابقه هرگونه درمان دندان پزشکی در کودک و معیارهای خروج شامل کودک تک والدی، ابتلای کودک به هر نوع بیماری سیستمیک و سابقه بستری شدن طولانی کودک در بیمارستان بودند. به این ترتیب حجم نمونه اصلی معادل ۵۰ مادر تعیین شد که همگی به روش مبتنی بر هدف انتخاب شدند.

پرسش‌نامه‌ها آخر هر هفته کاری از دانشجویان تحویل گرفته شد و هر بار که ۲۰ پرسش‌نامه مطابق معیارهای ورود و خروج جمع آوری می‌شد، با مادران تماس گرفته و از آنها جهت شرکت در مطالعه در یک روز معین دعوت شد. در روز قبل از نمایش فیلم و هنگام تماس تلفنی نیز مجدداً از مادران در مورد درمان دندان پزشکی سؤال شد و در صورتی که در فاصله زمانی تشکیل پرونده تا تماس برای مراجعه تحت درمان بودند، از مطالعه حذف شدند. قبل از نمایش فیلم، مادران در مورد نحوه پاسخ دادن به پرسش‌نامه توجیه شدند و از مادران درخواست شد تا پس از پایان نمایش هر روش در پرسش‌نامه علامت بزنند. بعد از نمایش هر روش، یک دقیقه جهت علامت گذاری پرسش‌نامه در نظر گرفته و سپس روش بعدی نمایش داده شد. لازم به ذکر است که همه مادران شرکت کننده در این مطالعه با سواد بودند و مشکلی از بابت خواندن پرسش‌نامه و علامت زدن نداشتند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری تحلیل شدند.

* یافته‌ها:

۵۶ درصد از کودکان مورد مطالعه پسر و ۴۴ درصد آنها دختر بودند و در گروه سنی ۳ تا ۱۰ سال قرار داشتند و رتبه فرزند اول تا پنجم خانواده را به خود اختصاص داده

عمده‌ای با بزرگسالان دارد. درمان بزرگسالان شامل یک ارتباط یک به یک یعنی ارتباط بیمار و دندان‌پزشک است. اما درمان کودکان یک ارتباط یک به دو یعنی ارتباط بیمار خردسال - دندان‌پزشک و خردسال - والدین است. این نوع ارتباط در دندان‌پزشکی کودکان سبب ایجاد مثلثی به نام مثلث درمانی بیمار - دندان‌پزشک و والدین شده است. بیمار خردسال در رأس این مثلث قرار دارد و به تازگی جامعه نیز در مرکز مثلث قرار گرفته است.^(۳) لذا، این مطالعه به منظور تعیین میزان پذیرش روش‌های کنترل رفتار از سوی مادران مراجعه کننده به بخش کودکان دانشکده دندان‌پزشکی قزوین انجام شد.

* مواد و روش‌ها:

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۶ در دانشکده دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام شد. ابتدا یک فیلم با کمک یک کودک و با استفاده از دستور کار انجمن دندان‌پزشکی کودکان امریکا (American Association of Pediatric Dentistry, AAPD) و زیر نظر متخصص دندان‌پزشکی کودکان راجع به سه روش جدا کردن کودک از والدین، گذاشتن دست روی دهان و کنترل صدا ساخته شد. فیلم مربوط به روش بی‌هوشی نیز در بیمارستان و از همان کودک تحت بی‌هوشی که برای او درمان دندان‌پزشکی انجام می‌شد، تهیه شد. علت نمایش چهار روش کنترل رفتار روی یک کودک این بود که چهره کودک روی پذیرش هر یک از روش‌ها از سوی والدین تأثیر نگذارد. قبل از نمایش هر روش در فیلم، توضیح مختصری توسط متخصص دندان‌پزشکی کودکان راجع به ویژگی و هدف روش داده شد. علت توضیح دادن در فیلم به جای توضیح شفاهی این بود که شرایط نمایش فیلم برای همه گروه‌ها یکسان باشد. مدت نمایش هر روش به همراه توضیح به طور تقریبی ۳ دقیقه و کل فیلم ۱۲ دقیقه بود. ترتیب نمایش روش‌ها هم عبارت بود از: ۱- بی‌هوشی عمومی ۲- جدا کردن کودک از والدین ۳- گذاشتن دست روی دهان ۴- کنترل صدا.

بی‌هوشی عمومی بیش‌ترین و گذاشتن دست روی دهان کودک کم‌ترین روش مورد پذیرش بود و جداکردن کودک از مادر کم‌تر از بی‌هوشی عمومی مورد قبول بود.^(۱) در مطالعه پرتز و زادیک، روش جداکردن کودک از مادر مورد مطالعه قرار نگرفته بود و کنترل صدا بیش‌ترین روش مورد پذیرش بود.^(۶) شاید اختلاف نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر با سایر مطالعه‌ها مربوط به نحوه توضیح روش‌های مختلف در آن مطالعه‌ها و زمان پر کردن پرسش‌نامه باشد. چنانچه در مطالعه پرتز و زادیک همچون مطالعه حاضر پرسش‌نامه بعد از مشاهده هر روش پر می‌شد.^(۶) ولی در مطالعه هاولکا و همکاران پرسش‌نامه پس از پایان مشاهده تمام روش‌ها پر شد^(۷) که شاید به علت فاصله زمانی ایجاد شده، امکان که شاید به علت فاصله زمانی ایجاد شده بین مشاهده فیلم و پر کردن پرسش‌نامه و تداخل روش‌های مختلف کنترل رفتاری نمایش داده شده در ذهن بیننده با یکدیگر، احتمال مخدوش شدن نتیجه نظرسنجی افزایش یافته و دقت آن کاهش یابد.

همچنین ممکن است به علت تعداد زیاد روش‌های نمایش داده شده در مطالعه آنها مقایسه روش‌ها برای والدین مشکل‌تر باشد. در مطالعه‌های خارج از کشور علاوه بر مادران، پدران نیز به عنوان نمونه انتخاب شده بودند.^(۶-۱۲) لیکن در این مطالعه به دلایلی از قبیل رابطه احساسی بیش‌تر مادر به کودک (واقع بینانه‌تر بودن آنها)، خانه‌دار بودن اکثر مادران مراجعه کننده به دانشکده (گردآوری راحت‌تر آنها در یک روز خاص جهت انجام تحقیق) و نیز حضور بیش‌تر مادر به همراه کودک جهت درمان دندان‌پزشکی (نسبت به پدر) سبب شد که مادران مورد مطالعه قرار گرفتند. به علاوه در بعضی از مطالعه‌ها به جای دو گزینه پذیرش یا عدم پذیرش روش‌ها، از معیار VAS استفاده شده بود که به صورت خط کش مدرجی از ۰ تا ۱۰۰ علامت گذاری شده است و والدین به جای دو گزینه بلی یا خیر باید میزان موافقت یا مخالفت خود را روی طیفی از اعداد نشان دهند.

بودند. مادران نیز با دارا بودن تحصیلات ابتدایی تا فوق لیسانس در گروه سنی ۲۳ تا ۵۰ سال قرار داشته و صاحب ۱ تا ۵ فرزند بودند. پذیرش روش‌ها به ترتیب عبارت بودند از: جدا کردن کودک از والدین، کنترل صدا، گذاشتن دست روی دهان و بی‌هوشی عمومی (جدول شماره ۱).

جدول ۱- فراوانی میزان پذیرش روش‌های کنترل رفتار از سوی مادران (۵۰ نفر)

روش	پذیرش	تعداد	درصد
کنترل صدا	موافق	۴۶	۹۲
	مخالف	۴	۸
جداکردن کودک از مادر	موافق	۵۰	۱۰۰
	مخالف	۰	۰
گذاشتن دست روی دهان کودک	موافق	۲۵	۵۰
	مخالف	۲۵	۵۰
بی‌هوشی عمومی	موافق	۱۵	۳۰
	مخالف	۳۵	۷۰

بین پذیرش روش کنترل صدا با رتبه کودک ($p=0/04$)، سن کودک ($p=0/03$) و تعداد فرزندان خانواده ($p=0/01$) ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت؛ به طوری که با افزایش هریک از این متغیرها، میزان پذیرش مادران از این روش بیش‌تر می‌شد. همچنین بین پذیرش روش بی‌هوشی عمومی با رتبه کودک ($p=0/01$) و تحصیلات مادر ($p=0/03$) ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت، به طوری که با افزایش رتبه کودک میزان پذیرش این روش از سوی مادران افزایش و با افزایش تحصیلات مادر، میزان پذیرش آنها از این روش کاهش می‌یافت.

*بحث و نتیجه گیری:

در مطالعه حاضر جداکردن کودک از والدین بیش‌ترین و بی‌هوشی عمومی کم‌ترین روش پذیرفته شده از سوی مادران بود. در مطالعه کوپیتزکی والدین بعد از مشاهده فیلم، روش آرام بخشی هوشیارانه (C.S) را بر بی‌هوشی عمومی ارجح دانستند و همانند مطالعه حاضر روش بی‌هوشی عمومی کم‌ترین روش مورد پذیرش آنها بود.^(۵) در مطالعه ابوشال و ادنوبی، بر خلاف مطالعه حاضر، روش

می‌شد. در حالی که در سایر مطالعه‌ها رابطه آماری معنی‌داری بین پذیرش روش بی‌هوشی عمومی از سوی والدین و سطح تحصیلات آنها به دست نیامد. (۱۰۹)^(۱۰۹)

به طور کل، روش جداکردن کودک از مادر بیش‌ترین و کنترل صدا دومین روش مورد پذیرش بود.

والدین، روش گذاشتن دست روی دهان کودک را بر روش بی‌هوشی عمومی ترجیح می‌دادند و والدین با تحصیلات پایین‌تر نسبت به والدین تحصیل‌کرده بیش‌تر روش بی‌هوشی عمومی را قبول داشتند. لذا، شاید بتوان جداکردن کودک از مادر را به عنوان اولین روش رفتاری در درمان کودکان غیر همکار به کار برد.

با توجه به پذیرش کم روش بی‌هوشی عمومی از سوی والدین، به نظر می‌رسد بتوان با کمی تأخیر زمانی نسبت به ایجاد تسهیلات مناسب جهت دندان‌پزشکی بیمارستانی تحت بی‌هوشی عمومی در قزوین اقدام نمود و بیماران مایل به چنین درمانی را به نزدیک‌ترین مرکز مجهز ارجاع داد.

*مراجع:

1. Abushal MS, Adenubi JO. Attitudes of Saudi parents toward behavior management techniques in pediatric dentistry. *J Dent Child (Chic)* 2003 May-Aug; 70(2): 104-10
2. Kupietzky A, Ram D. Effects of a positive verbal presentation on parental acceptance of passive medical stabilization for the dental treatment of young children. *Pediatr Dent* 2005 Sep Oct; 27(5):380-4
3. Mc Donald RE, Avery DR. *Dentistry for the child and adolescent*. 8th ed. St Louis: Mosby Co; 2004. 35-49, 526
4. Pinkham JR, Cassmassimo PS. *Pediatric dentistry infancy through adolescence*. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2005. 394-413
5. Kupietzky A. Effects of video information on parental preoperative anxiety level and

در مطالعه حاضر روش کنترل رفتاری گذاشتن دست روی دهان کودک بیش‌تر از بی‌هوشی عمومی مورد پذیرش مادران واقع شد. در حالی که در مطالعه ایتون، مک تیگ، ابوشال و ادنوبی و مطالعه اسکات و گارسیا - گودوی روش بی‌هوشی عمومی بیش‌تر از روش گذاشتن دست روی دهان کودک مورد پذیرش والدین بود. (۹۰)^(۹۰)

در مطالعه حاضر مادران از طبقه پایین و متوسط جامعه بودند و شاید به علت عدم توانایی پرداخت هزینه بالای بی‌هوشی عمومی و بستری شدن در بیمارستان، روش گذاشتن دست روی دهان کودک را که کم هزینه‌تر از بی‌هوشی عمومی است ترجیح می‌دادند، ولی در سایر مطالعه‌ها والدین شرکت کننده از تمام طبقات اجتماعی - اقتصادی بودند.

در مطالعه حاضر روش کنترل رفتاری کنترل صدا، دومین روش مورد پذیرش مادران بود که این یافته در مطالعه هاولکا نیز دیده شد.^(۴) در حالی که در برخی مطالعه‌ها کنترل صدا دومین روش غیر قابل قبول واقع شد.^(۹۱) در مطالعه ایتون و مک تیگ نیز، کنترل صدا سومین روش غیر قابل قبول بود.^(۸) اما در مطالعه پرتز و زادیک، کنترل صدا بیش‌ترین روش مورد قبول بود.^(۶) شاید این اختلافها به علت نحوه نمایش روش مورد نظر در فیلم باشد.

در مطالعه پرتز و زادیک بین پذیرش روش کنترل صدا از سوی مادران با رتبه کودک ارتباط معنی‌داری یافت نشد، ولی در مطالعه حاضر با افزایش رتبه فرزند موافقت والدین برای استفاده از روش بی‌هوشی عمومی بیش‌تر می‌شد.^(۶) این متغیر در هیچ مطالعه دیگری بررسی نشده بود.

در مطالعه پرتز و زادیک و مطالعه لارنس و مک تیگ بین پذیرش روش کنترل صدا از سوی والدین با تعداد فرزندان خانواده ارتباط آماری معنی‌داری یافت نشد.^(۱۰۶)

در مطالعه حاضر هرچه تحصیلات مادران بیش‌تر می‌شد مخالفت آنها با روش بی‌هوشی عمومی بیش‌تر

their perception of conscious sedation v.s general anesthesia for the dental treatment of their young child. *J Clin Pediatr Dent* 2006 winter; 31(2): 90-2

6. Peretz B, Zadik D. Parents' attitudes toward behavior management techniques during dental treatment. *Pediatr Dent* 1999 May-Jun; 21(3): 201-4

7. Havelka C, McTigue D, Wilson S, Odom J. The influence of social status and prior explanation on parental attitudes toward behavior management techniques. *Pediatr Dent* 1992 Nov-Dec; 14(6): 376-81

8. Eaton JJ, McTigue DJ, Fields HW Jr, Beck

FM. Attitudes of contemporary parents toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 2005 Mar-Apr; 27(2): 107-13

9. Scott S, Gracia-Godoy F. Attitudes of Hispanic parents toward behavior management techniques. *ASDC J Dent Child* Mar-Apr 1998; 65(2): 128-31

10. Lawrence SM, Mc Tigue DJ, Wilson S, Parental attitudes toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 1991 May-Jun; 13(3): 151-5