

بررسی نگرش دندانپزشکان عمومی شهر اصفهان در ارتباط با روش‌های غیردارویی کنترل رفتاری کودکان

دکتر مهدی جعفرزاده سامانی^۱ - دکتر مریم حاجی احمدی^{۲*} - دکتر سمیرا یوسفی^۳ - الهام السادات بیننده^۴

۱- استادیار گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استادیار گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران

۳- دندانپزشک

۴- کارشناس ارشد علوم تربیتی، کارشناس معاونت پژوهشی، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Evaluation of the General dentists' attitudes toward non-pharmacological methods of controlling pediatrics' behavior in Isfahan

Mehdi Jafarzadeh Samani¹, Maryam Hajiahmadi^{2*}, Samira Yousefi³, Elham Sadat Binande⁴

1- Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2*- Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Iran (maryam_hajahmadi@dnt.mui.ac.ir)

3- Dentist

4- MS curriculum development, Research Expert of School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Background and Aims: Successful pediatric dentistry depends not only on the dentist's technical skills, but also on his/her ability to acquire and maintain a the child's cooperation. The correction of dentist' action in this area affects the view of parents and increases the quality of dental services. The objective of this study was to evaluate the attitudes of general dentists toward methods of controlling pediatrics' behavior in Isfahan.

Materials and Methods: This study was descriptive, analytic, and cross-sectional. For this research, 100 general dentists of Isfahan city were selected with simple random sampling technique and were asked to complete the questionnaire which was included four different management techniques. The data were analyzed with t-test, Pearson's correlation, ANOVA and Kruskal-Wallis.

Results: The methods accepted by dentists were Tell-Show-Do (4.0±0.5), Voice control (3.5±0.4), active restraint (3.0±0.5) and Hand-Over-Mouth (2.9±0.5) respectively. The mean score of female dentists' attitudes was more toward the method of active restraint and less toward Hand-Over-Mouth technique. Also the average score of middle aged dentists' attitudes toward Voice Control method was less than young dentists and toward Hand-Over-Mouth was higher. The general dentists with more number of pediatric patients had less consent on the method of Hand-Over-Mouth (P=0.004) and active restraint (P=0.034).

Conclusion: There were significant correlation between attitude of general dentists toward behavior management techniques with age, gender, clinical experience and the number of pediatric patients. General dentists have fewer tendencies to aggressively behavior management techniques.

Key Words: Attitudes, Dentists, Pediatric

Journal of Dental Medicine-Tehran University of Medical Sciences 2013;26(2):124-30

* مؤلف مسؤول: رشت - خیابان امام خمینی - روبروی هتل پردیس - دانشکده دندانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی گیلان - گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان
تلفن: ۳۲۲۰۰۶۰ نشانی الکترونیک: maryam_hajahmadi@dnt.mui.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: انجام کار موفق دندانپزشکی برای کودکان نه تنها به مهارت‌های دندانپزشک بستگی دارد، بلکه نیازمند برقراری ارتباط با کودک و نیز حفظ همکاری وی می‌باشد. تصحیح عملکرد دندانپزشکان در زمینه روش‌های هدایت رفتاری، بر دیدگاه والدین تأثیر گذاشته و کیفیت خدمات دندانپزشکی را افزایش می‌دهد. هدف از انجام این پژوهش بررسی نگرش دندانپزشکان عمومی شهر اصفهان در ارتباط با روش‌های هدایت رفتاری کودکان بود.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی است. به منظور انجام این پژوهش ۱۰۰ نفر از دندانپزشکان عمومی شهر اصفهان به صورت تصادفی انتخاب گردید و از آن‌ها خواسته شد تا به پرسشنامه (حاوی چهار روش هدایت رفتاری) پاسخ دهند. داده‌های حاصله توسط آزمون‌های آماری T-test، ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس یکطرفه و کروسال-والیس مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: روش‌های مورد پذیرش دندانپزشکان به ترتیب بگو- نشان بده- انجام بده (۴/۰±۰/۵)، کنترل صدا (۳/۵±۰/۴)، محدودکننده فیزیکی (۳/۰±۰/۵) و درنهایت دست روی دهان (۲/۹±۰/۵) بود. میانگین نمره نگرش دندانپزشکان زن نسبت به روش محدودکننده فیزیکی بیشتر و نسبت به روش دست روی دهان کمتر بود. همچنین میانگین نمره نگرش دندانپزشکان مسن در مقایسه با دندانپزشکان جوان نسبت به روش کنترل صدا کمتر و نسبت به روش دست روی دهان بیشتر بود. دندانپزشکان عمومی با تعداد بیمار اطفال کمتر موافقت کمتری با روش‌های دست روی دهان (P=۰/۰۰۴) و محدودکننده فیزیکی داشتند (P=۰/۰۳۴).

نتیجه‌گیری: نگرش دندانپزشکان عمومی نسبت به روش‌های مختلف کنترل رفتاری با جنس، سن، تجربه کاری و تعداد بیماران اطفال ارتباط دارد. دندانپزشکان عمومی به روش‌های تهاجمی هدایت رفتاری مانند دست روی دهان و محدودکننده فیزیکی تمایل کمتری دارند.

کلید واژه‌ها: نگرش، دندانپزشکان، کودکان

وصول: ۹۱/۰۹/۰۱ اصلاح نهایی: ۹۲/۰۲/۰۶ تأیید چاپ: ۹۲/۰۲/۱۰

مقدمه

اضطراب وی، یادگیری مکانیسم‌های سازش و ایجاد یک بیمار همکار دندانپزشکی نقش مهمی دارد. هدایت رفتاری صحیح منجر به ارایه درمانی مؤثر و ایمن همراه با ایجاد نگرش مثبت در کودک می‌گردد (۷-۵). از طرفی به دلیل اینکه روش‌های هدایت رفتاری به صورت کار طبیعی و روانه بسیاری از دندانپزشکان درآمدده است، گاهی اوقات اهمیت آن نادیده گرفته می‌شود. این مساله زمینه مشکلات رفتاری اجتناب ناپذیر را افزایش می‌دهد (۴).

مهم‌ترین روش‌های هدایت رفتاری عبارتند از (۸):

۱- بگو- نشان بده- انجام بده (توضیحاتی در سطح ادراکی کودک و بدنبال آن نشان دادن و سپس عمل به آن)
 ۲- کنترل صدا (تغییر در بلندی تون یا حالت صدا بمنظور تأثیر بر رفتار کودک و جهت‌دهی به آن)

۳- دست روی دهان (درحالیکه رفتار مورد انتظار برای کودک توضیح داده می‌شود دست روی دهان وی قرار گرفته و با تقویت رفتار مثبت دست برداشته می‌شود)

۴- محدودکننده فیزیکی (بی‌حرکت ساختن کامل یا نسبی تنه بیمار یا دیگر اندام‌های وی)

تأکید بر حقوق اجتماعی و قانونی کودکان همراه با تغییر در ساختارهای اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی جوامع و نیز تغییر در نگرش والدین و افزایش تقاضا برای رضایت آگاهانه آن‌ها، روش‌های هدایت

روش‌های هدایت رفتاری اساس برقراری ارتباط خوب بین گروه دندانپزشکی و بیمار خردسال می‌باشد. این مهارت در کوتاه‌مدت نیاز فوری دندانپزشکی کودک را برطرف نموده و در درازمدت منجر به بهبود سلامت جامعه می‌گردد (۱). خوشبختانه بیشتر کودکان ملاقات‌های دندانپزشکی را به راحتی و بدون وارد کردن فشار ناخواسته به خود یا گروه دندانپزشکی پیش می‌برند. از طرفی برخی دیگر همکاری نکرده و انجام درمان دندانپزشکی برای آن‌ها بدون استفاده از روش‌های کنترل رفتاری امکانپذیر نمی‌باشد (۲). هدف از برخی روش‌های هدایت رفتاری، حفظ ارتباط با کودک است درحالیکه برخی دیگر به منظور سرکوب رفتار نامناسب و برقراری ارتباط با کودک صورت می‌گیرند (۳). برخی از این روش‌ها خوب و معقول به نظر می‌رسند، اما برخی دیگر در نظر اول ممکن است توسط یک فرد حقوقدان و یا حتی یک دانشجوی دندانپزشکی شدید و خشن درنظر گرفته شوند (۴). دندانپزشکی که کودکان را درمان می‌کند باید از روش‌های هدایت رفتاری آگاهی داشته و با توجه به تکامل کودک و تفاوت در تجربه، آموزش و شخصیت دندانپزشکان روش‌های هدایت رفتاری کودک بین کلینیسین‌های مختلف، متفاوت می‌باشد. از طرفی رفتار تیم دندانپزشکی در هدایت رفتاری کودک، آرام کردن ترس و

(گروه اول: ۱۰-۱ بیمار، گروه دوم: ۲۰-۱۱ بیمار و گروه سوم: بالای ۲۰ بیمار) قرار گرفتند. اشکالات این پرسشنامه اولیه توسط کارشناس روش تحقیق و چند نفر از اساتید دانشکده دندانپزشکی اصفهان برطرف گردید. پس از چندین بار اصلاح، روایی پرسشنامه توسط مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه اصفهان به تایید رسید. به منظور بررسی پایایی پرسشنامه در یک مطالعه مقدماتی، ۲۰ نفر از دندانپزشکان عمومی شرکت کننده در یک جلسه بازآموزی بصورت تصادفی انتخاب شدند و از آن‌ها خواسته شد که پرسشنامه را تکمیل کنند. پس از تحلیل اطلاعات ضریب پایایی (آلفای کرونباخ) سؤالات مربوط به روش بگو- نشان بده- انجام بده ۸۰٪، روش کنترل صدا ۷۵٪، روش دست روی دهان ۷۵٪ و سؤالات مربوط به روش محدودکننده فیزیکی ۷۴٪ به دست آمد. پس از بررسی روایی و پایایی، پرسشنامه‌ها بین دندانپزشکان توزیع گردید. به منظور بررسی میزان نمره نگرش دندانپزشکان جمع امتیاز پاسخ‌های مناسبی که افراد مورد پژوهش به پرسش‌های مربوط به نگرش داده بودند محاسبه گردید. به تفکیک نوع پرسش به هر گزینه (کاملاً موافقم، موافقم، نظر خاصی ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) نمره‌ای از ۱ تا ۵ تعلق گرفته و مجموع آن‌ها در نظر گرفته شد. نمره بالاتر نشان‌دهنده نگرش مثبت‌تر دندانپزشک می‌باشد.

داده‌های حاصل از این مطالعه در نرم‌افزار کامپیوتری SPSS نسخه ۱۸ وارد گردید. پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها نتایج با استفاده از آزمون آماری T-test، واریانس یک طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و کروسکال-والیس محاسبه گردید.

یافته‌ها

از تعداد ۱۰۰ نفر دندانپزشک شرکت کننده در این مطالعه ۵۱ نفر زن و ۴۹ نفر مرد بودند. میانگین سنی افراد ۳۳/۹ سال بود. میانگین تعداد بیمار اطفال مراجعه کننده به مطب در طول یک ماه ۱۴/۱ نفر و میانگین سابقه کاری افراد مورد پژوهش ۸ سال بود. درصد افراد مورد پژوهش به تفکیک سن، سابقه کار و تعداد بیمار اطفال مراجعه کننده در طول یک ماه در جدول ۱ آمده است.

افراد مورد پژوهش از ۸ دانشگاه مختلف شامل اصفهان (۴۵ نفر)، تهران (۲۲ نفر)، خوراسگان (۱۱ نفر)، مشهد (۸ نفر)، یزد (۶ نفر)، اهواز (۵ نفر)، شیراز (۲ نفر) و زاهدان (۱ نفر) در فاصله سال‌های ۱۳۷۴ تا ۱۳۶

رفتاری کودک را تحت تأثیر قرار داده است (۱،۳). Car و همکاران در مطالعه خود نشان داد که بیشتر متخصصین دندانپزشکی کودکان از روش‌هایی که اختلاف نظر در آن وجود دارد (مانند دست روی دهان) به علت تأثیرات والدین و نگرانی‌های قانونی و اخلاقی کمتر استفاده می‌کنند (۹).

از آنجاکه اجرای راهبردهای هشیارانه و آگاهانه همراه با تغییر در نگرش دندانپزشکان می‌تواند منجر به پیشرفت‌های زیادی در مهارت‌های هدایت رفتاری کودکان گردد (۱)، و از طرفی نتایج حاصل از مطالعات مشابه خارجی به علت تفاوت‌های آموزشی، اجتماعی و فرهنگی نمی‌تواند راه‌گشای مسایل مربوط به وضعیت نگرش دندانپزشکان ایرانی نسبت به روش‌های کنترل رفتاری باشد، هدف از این مطالعه بررسی نگرش دندانپزشکان عمومی شهر اصفهان نسبت به روش‌های هدایت رفتاری کودکان بود.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی می‌باشد که در سال ۱۳۸۷ بر روی ۱۰۰ دندانپزشک عمومی صورت گرفت. لیست دندانپزشکان از سازمان نظام پزشکی اصفهان تهیه شد و به وسیله جدول اعداد تصادفی از بین ۵۰۰ دندانپزشک، نمونه موردنظر به صورت تصادفی ساده انتخاب گردید. معیار ورود نمونه‌ها داشتن مدرک دکترای عمومی دندانپزشکی بود. اطلاعات این پژوهش از طریق پرسشنامه جمع‌آوری گردید. برای تهیه پرسشنامه ابتدا چهار روش غیر دارویی کنترل رفتاری کودکان انتخاب گردید. سؤالات مناسب درمورد هریک از روش‌ها توسط نویسندگان مقاله طرح شد و به همراه ویژگی‌های دموگرافیک شامل جنس، سن، دانشگاه محل تحصیل، سال فارغ‌التحصیلی، سابقه کار، متوسط تعداد بیماران اطفال مراجعه کننده در یک ماه در قالب یک پرسشنامه تهیه گردید. افراد مورد پژوهش در سه گروه سابقه کاری قرار گرفتند:

گروه اول: افراد با سابقه کاری ۵-۱ سال

گروه دوم: افراد با سابقه کاری ۱۰-۶ سال

گروه سوم: افراد با سابقه کاری بالای ۱۰ سال

همچنین از نظر سن به سه گروه سنی (گروه اول: ۲۱-۳۰ سال، گروه دوم: ۳۱-۴۰ سال و گروه سوم: بالای ۴۰ سال) تقسیم شدند. از نظر تعداد بیمار اطفال مراجعه کننده در طول یک ماه نیز در سه گروه

جدول ۱- درصد دندانپزشکان مورد پژوهش به تفکیک سن، سابقه کاری و تعداد بیمار اطفال مراجعه‌کننده

| گروه | درصد |
|-------------------------------|---|
| سن | ۲۱-۳۰ سال ۴۱٪ ۳۱-۴۰ سال ۳۹٪ بیشتر از ۴۰ سال ۲۰٪ |
| سابقه کاری | ۱-۵ سال ۴۱٪ ۶-۱۰ سال ۳۰٪ بیشتر از ۱۰ سال ۲۹٪ |
| تعداد بیماران اطفال در یک‌ماه | ۱-۱۰ نفر ۴۷/۴٪ ۱۱-۲۰ نفر ۴۴/۳٪ بیشتر از ۲۰ نفر ۸/۲٪ |

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره نگرش دندانپزشکان نسبت به روش‌های کنترل رفتاری کودکان به تفکیک جنس

| جنس | بگو- نشان بده- انجام بده | | کنترل صدا | | دست روی دهان | | محدودکننده فیزیکی | |
|----------|--------------------------|----------|-----------|----------|--------------|----------|-------------------|----------|
| | تعداد | میانگین | تعداد | میانگین | تعداد | میانگین | تعداد | میانگین |
| مرد | ۵۱ | ۵۷/۱±۶/۸ | ۴۹ | ۴۳/۳±۵/۸ | ۵۱ | ۴۳/۰±۵/۵ | ۵۱ | ۳۹/۴±۵/۳ |
| زن | ۴۵ | ۵۴/۹±۶/۸ | ۴۷ | ۴۱/۰±۵/۵ | ۴۶ | ۴۵/۳±۷/۵ | ۴۹ | ۳۸/۶±۶/۲ |
| *P-value | ۰/۱۱ | | ۰/۰۴* | | ۰/۸۰** | | ۰/۴ | |

*t-test ($\alpha=0/05$)

**Difference is significance

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمره نگرش دندانپزشکان نسبت به روش‌های کنترل رفتاری کودکان به تفکیک گروه‌های سنی

| سن | بگو- نشان بده- انجام بده | | کنترل صدا | | دست روی دهان | | محدودکننده فیزیکی | |
|--------------|--------------------------|----------|-----------|----------|--------------|----------|-------------------|----------|
| | تعداد | میانگین | تعداد | میانگین | تعداد | میانگین | تعداد | میانگین |
| ۲۱-۳۰ سال | ۳۹ | ۵۸/۳±۶/۲ | ۳۹ | ۴۳/۲±۵/۹ | ۴۰ | ۴۲/۳±۴/۹ | ۴۱ | ۳۹/۶±۵/۹ |
| ۳۱-۴۰ سال | ۳۸ | ۵۵/۱±۷/۲ | ۳۹ | ۴۲/۲±۵/۰ | ۳۹ | ۴۳/۶±۸/۲ | ۳۹ | ۳۷/۴±۶/۱ |
| بالای ۴۰ سال | ۱۹ | ۵۳/۶±۶/۲ | ۱۸ | ۳۹/۵±۵/۰ | ۱۸ | ۴۹/۴±۸/۴ | ۲۰ | ۴۰/۹±۶/۵ |
| * P-value | ۰/۰۲* | | ۰/۰۵* | | ۰/۰۰۲** | | ۰/۰۸ | |

*t-test ($\alpha=0/05$)

**Difference is significance

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار نمره نگرش دندانپزشکان نسبت به روش‌های کنترل رفتاری کودکان به تفکیک سابقه کار

| سابقه کاری | بگو- نشان بده- انجام بده | | کنترل صدا | | دست روی دهان | | محدودکننده فیزیکی | |
|--------------|--------------------------|----------|-----------|----------|--------------|----------|-------------------|----------|
| | تعداد | میانگین | تعداد | میانگین | تعداد | میانگین | تعداد | میانگین |
| ۱-۵ سال | ۳۹ | ۵۸/۷±۵/۸ | ۳۹ | ۴۳/۶±۵/۳ | ۴۰ | ۴۲/۵±۴/۹ | ۴۱ | ۳۹/۶±۵/۸ |
| ۶-۱۰ سال | ۳۰ | ۵۴/۱±۶/۸ | ۳۰ | ۴۱/۷±۵/۶ | ۳۰ | ۴۲/۸±۸/۰ | ۳۰ | ۳۶/۶±۶/۷ |
| بالای ۱۰ سال | ۲۷ | ۵۴/۵±۷/۳ | ۲۷ | ۴۰/۶±۵/۴ | ۲۷ | ۴۸/۰±۸/۸ | ۲۹ | ۴۰/۶±۵/۶ |
| *P-value | ۰/۰۰۸* | | ۰/۰۷ | | ۰/۰۰۶* | | ۰/۰۲* | |

*t-test ($\alpha=0/05$)

**Difference is significance

جدول ۵- میانگین و انحراف معیار نمره نگرش دندانپزشکان نسبت به روش‌های کنترل رفتاری کودکان به تفکیک تعداد بیماران اطفال در طول یک‌ماه

| تعداد بیمار اطفال | بگو- نشان بده- انجام بده | | کنترل صدا | | دست روی دهان | | محدودکننده فیزیکی | |
|-------------------|--------------------------|----------|-----------|----------|--------------|----------|-------------------|----------|
| | تعداد | میانگین | تعداد | میانگین | تعداد | میانگین | تعداد | میانگین |
| ۱-۱۰ نفر | ۴۲ | ۵۳/۵±۷/۶ | ۴۴ | ۴۱/۰±۵/۳ | ۴۳ | ۴۶/۷±۷/۴ | ۴۶ | ۴۰/۶±۵/۴ |
| ۱۱-۲۰ نفر | ۴۳ | ۵۸/۵±۵/۳ | ۴۱ | ۴۳/۴±۵/۸ | ۴۳ | ۴۲/۰±۶/۳ | ۴۳ | ۳۷/۶±۶/۶ |
| بالای ۲۰ نفر | ۸ | ۵۶/۹±۵/۹ | ۸ | ۴۱/۶±۴/۹ | ۸ | ۴۰/۱±۹/۹ | ۸ | ۳۶/۲±۷/۳ |
| | | **./۰.۰۳ | | ۰/۱ | | **./۰.۰۴ | | **./۰.۰۳ |

*t-test ($\alpha=0/05$)

**Difference is significance

۱۳۸۷ فارغ‌التحصیل شده بودند.

میانگین نمره نگرش دندانپزشکان نسبت به روش‌های مختلف هدایت رفتاری عبارتست از: بگو- نشان بده- انجام بده ($4/0 \pm 0/5$)، کنترل صدا ($3/5 \pm 0/4$)، دست روی دهان ($2/9 \pm 0/5$) و درنهایت محدودکننده فیزیکی ($3/0 \pm 0/5$).

آزمون T نشان داد بین میانگین نمره نگرش دندانپزشکان مرد و زن نسبت به روش کنترل صدا تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P=0/04$). به این ترتیب که نمره نگرش دندانپزشکان زن نسبت به روش کنترل صدا کمتر از دندانپزشکان مرد بود. میانگین نمره نگرش دندانپزشکان به تفکیک جنس در جدول ۲ آمده است.

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که همبستگی معنی‌داری بین میانگین نمره نگرش و سن درمورد روش‌های دست روی دهان ($r=0/278$) و کنترل صدا ($r=-0/232$) وجود دارد. به این ترتیب که میانگین نمره نگرش دندانپزشکان مسن در مقایسه با دندانپزشکان جوان نسبت به روش کنترل صدا کمتر و نسبت به روش دست روی دهان بیشتر بود. میانگین نمره نگرش دندانپزشکان به تفکیک گروه‌های سنی در جدول ۳ آمده است.

همچنین ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که همبستگی معنی‌داری بین میانگین نمره نگرش و سابقه کاری درمورد روش‌های بگو- نشان بده- انجام بده ($r=-0/229$) و دست روی دهان ($r=0/316$) وجود دارد. به این ترتیب که میانگین نمره نگرش دندانپزشکان با سابقه کاری بیشتر نسبت به روش بگو- نشان بده- انجام بده کمتر ($P=0/008$) و نسبت به روش دست روی دهان بیشتر بود ($P=0/006$). میانگین نمره نگرش دندانپزشکان به تفکیک سابقه کاری در جدول ۴ آمده است.

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که همبستگی معنی‌داری بین میانگین نمره نگرش و تعداد بیمار اطفال مراجعه‌کننده در طول یک ماه درمورد روش‌های محدودکننده فیزیکی ($r=-0/247$) و دست روی دهان ($r=-0/303$) وجود دارد. به این ترتیب که میانگین نمره نگرش دندانپزشکان با تعداد بیمار اطفال بیشتر نسبت به روش دست روی دهان ($P=0/004$) و محدودکننده فیزیکی ($P=0/034$) کمتر بود. میانگین نمره نگرش دندانپزشکان به تفکیک تعداد بیمار اطفال در جدول ۵ آمده است.

میانگین و انحراف معیار نمره نگرش دندانپزشکان عمومی فارغ‌التحصیل از دانشگاه‌های مختلف محاسبه گردید اما با توجه به کم بودن حجم نمونه در بعضی از گروه‌ها انجام آزمون آماری میسر نشد. بین میانگین نمره نگرش گروه‌های مختلف نسبت به انواع روش‌ها، با استفاده از آنالیز واریانس یکطرفه مقایسه‌ای انجام شد که نتایج در جداول ۲ تا ۴ آمده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر ارزیابی نگرش دندانپزشکان عمومی شهر اصفهان نسبت به روش‌های هدایت رفتاری کودکان بود. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که روش بگو- نشان بده- انجام بده بیشترین مقبولیت را بین دندانپزشکان عمومی داشت که با نتایج مطالعات دیگر همخوانی دارد (۱۰-۱۳). در مطالعه Carr و همکاران ۶۱/۸٪ از دندانپزشکان از روش بگو- نشان بده- انجام بده استفاده می‌کردند (۹). مطالعات زیادی در زمینه نگرش والدین به روش‌های هدایت رفتاری کودکان صورت گرفته که روش بگو- نشان بده- انجام بده از بیشترین میزان مقبولیت در میان والدین برخوردار بوده است (۱۷-۱۴). پیش

و درک متفاوت دندانپزشکان جوان و با سابقه کاری کمتر از نیازهای کودکان باشد.

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که دندانپزشکان با تعداد بیمار اطفال بیشتر نسبت به روش‌های دست روی دهان و محدودکننده فیزیکی کمتر بود. این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از این باشد که دندانپزشکان دارای بیمار اطفال مراجعه‌کننده بیشتر، به مرور دارای تجربه درمانی بهتری شده و نمره نگرش بالاتری نسبت به روش‌های کنترل رفتاری غیر تهاجمی پیدا می‌کنند. از سوی دیگر، تفاوت در نگرش دندانپزشکان نسبت به روش‌های مختلف کنترل رفتاری می‌تواند منجر به افزایش یا کاهش تعداد بیمار اطفال مراجعه‌کننده به آن‌ها گردد. بنابراین آنچه محتمل‌تر به نظر می‌رسد این است که نگرش مثبت‌تر نسبت به روش‌های غیرتهاجمی رضایت والدین را بیشتر جلب می‌کند و می‌تواند باعث افزایش تعداد بیمار اطفال مراجعه‌کننده به مطب گردد.

به هرحال این نکته را باید در نظر داشت که بین تفاوت در نگرش و تفاوت در عملکرد تمایز وجود دارد و تفاوت در نگرش کنترل رفتاری دندانپزشکان نمی‌تواند منجر به تفاوت در عملکرد آنان در این زمینه گردد (۲۰). در این میان عواملی همچون نگرش و خواسته‌های والدین، تفاوت‌های فرهنگی- اجتماعی اقتصادی بیماران و محدودیت‌های قانونی و اخلاقی می‌تواند مانع از اعمال نگرش دندانپزشک در حوزه رفتار و عمل کلینیکی گردد.

از دیگر روش‌های کنترل رفتاری کودکان آرامبخشی دارویی و بیهوشی عمومی می‌باشد. از آنجاییکه دندانپزشکانی که از این روش‌ها استفاده می‌کنند تمایل کمتری به کاربرد روش‌های تهاجمی دارند و از طرفی دندانپزشکان مسن و با سابقه کاری بیشتر آموزش کاربرد این روش‌ها را دریافت نکرده‌اند پیشنهاد می‌شود مطالعه دیگری به منظور بررسی نگرش دندانپزشکان در زمینه روش‌های دارویی کنترل رفتاری کودکان صورت گیرد.

در مطالعه حاضر روش‌های مورد پذیرش دندانپزشکان به ترتیب عبارتند از: بگو- نشان بده- انجام بده، کنترل صدا، محدودکننده فیزیکی و دست روی دهان. میانگین نمره نگرش دندانپزشکان با سن، جنس، سابقه کاری و تعداد بیمار اطفال مراجعه‌کننده در طول یک ماه ارتباط معنی‌دار دارد.

زمینه‌های آموزشی مناسب دندانپزشکان در مورد این روش و غیرتهاجمی بودن آن و انطباق بیشتر با قوانین و معیارهای اخلاقی و از طرفی رضایت بیشتر والدین از این روش می‌تواند از علل مقبولیت آن باشد.

در مطالعه حاضر پس از روش بگو- نشان بده- انجام بده، بیشترین میانگین نمره نگرش دندانپزشکان به ترتیب مربوط به کنترل صدا، محدودکننده فیزیکی و دست روی دهان بود که با نتایج مطالعات دیگر در این زمینه همخوانی داشت (۱۲،۱۸). پذیرش کمتر روش کنترل صدا نسبت به روش بگو- نشان بده- انجام بده می‌تواند به دلیل سوء تفاهات بین والدین و دندانپزشک، مضطرب‌تر کردن بیمار نارام و کاهش تمرکز دندانپزشکان هنگام استفاده از این روش باشد.

در بیشتر مطالعات مربوط به نگرش والدین نسبت به روش‌های کنترل رفتاری کودکان روش دست روی دهان از کمترین مقبولیت برخوردار می‌باشد (۱۶،۱۷،۱۹).

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که میانگین نمره نگرش دندانپزشکان زن در مقایسه با دندانپزشکان مرد نسبت به روش کنترل صدا کمتر بود، اما در مورد سایر روش‌ها تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. تفاوت نگرش دندانپزشکان زن و مرد نسبت به برخی از روش‌های کنترل رفتاری می‌تواند بدلیل درک متفاوت زنان از ارتباطات فردی در مقایسه با مردان باشد. همچنین زنان نسبت به نیازهای کودکان عاطفی‌تر و خونسرتر هستند (۱۰).

مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره نگرش دندانپزشکان مسن در مقایسه با دندانپزشکان جوان نسبت به روش کنترل صدا کمتر و نسبت به روش دست روی دهان بیشتر است که همسو با نتایج مطالعات دیگر می‌باشد (۱۲،۱۳،۲۰). تفاوت در نگرش دندانپزشکان در گروه‌های سنی مختلف، می‌تواند به دلیل تغییر در پیش‌زمینه‌های آموزشی فارغ‌التحصیلان جدیدتر، پیشرفت در تدریس دانش کنترل رفتاری کودکان در مقطع دکترای عمومی و نیاز به تجربه و اعتماد به نفس لازم برای کاربرد روش‌های تهاجمی باشد.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر میانگین نمره نگرش دندانپزشکان با سابقه کاری بیشتر در مقایسه با دندانپزشکان با سابقه کاری کمتر نسبت به روش دست روی دهان بیشتر و نسبت به روش بگو- نشان بده- انجام بده کمتر است. این تفاوت‌ها می‌تواند به علت نیاز به آموزش و تجربه‌های بالینی برای استفاده از روش‌های تهاجمی

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی با شماره ۳۸۶۱۷۰ می‌باشد

که در معاونت پژوهشی دانشکده دندانپزشکی اصفهان به تصویب رسیده است.

منابع:

- 1- Mc Donald RE, Avery DR. Dentistry for the child and adolescent 9th ed. St Louis: Mosby co; 2011:28-43.
- 2- Razavi Sh, Purtaji B. Determining the behavior management technique's acceptance of mothers referred to the department of pediatric dentistry in Qazvin (2007). JQUMS. 2009;13(3):81-6.
- 3- Pinkham JR, Casamassimo PS, Mc Tigie DJ, Fields HW, Nowak AJ. Pediatric dentistry: infancy through adolescence. 4th ed. St Louis: Elsevier; 2005:345-58.
- 4- Clinical Affairs Committee, Behavior Management Subcommittee. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatr Dent* 2011;33(6):161-3.
- 5- Feigal RJ. Guiding and managing the child dental patient: a fresh look at old pedagogy. *J Dent Educ*. 2001;65(12):1369-77.
- 6- Weinstein P, Getz T, Ratener P, Domoto P. The effect of dentists' behaviors on fear-related behaviors in children. *J Am Dent Assoc*. 1982;104(1):32-8.
- 7- Sarnat H, Arad P, Hanauer D, Shohami E. Communication strategies used during pediatric dental treatment: a pilot study. *Pediatr Dent*. 2001;23(4):337-42.
- 8- Pinkham JR, Casamassimo PS, Mc Tigie DJ, Fields HW, Nowak AJ. Pediatric dentistry: infancy through adolescence. 4th ed. St Louis: Elsevier; 2005:103-5.
- 9- Carr KR, Wilson S, Nimer S, Thornton JB Jr. Behavior management techniques among pediatric dentists practicing in the southeastern United States. *Pediatr Dent*. 1999;21(6):347-53.
- 10- 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.
- 11- Adair SM, Waller JL, Schafer TE, Rockman RA. A survey of members of the American Academy of Pediatric Dentistry on their use of behavior management techniques. *Pediatr Dent*. 2004;26(2):159-66.
- 12- Crossley ML, Joshi G. An investigation of paediatric dentists' attitudes towards parental accompaniment and behavioural management techniques in the UK. *Br Dent J*. 2002;192(9):517-21.
- 13- Wright FA, McMurray NE, Giebartowski J. Strategies used by dentists in Victoria, Australia, to manage children with anxiety or behavior problems. *ASDC J Dent Child*. 1991;58(3):223-8.
- 14- Muhammad S, Shyama M, Al-Mutawa SA. Parental attitude toward behavioral management techniques in dental practice with schoolchildren in Kuwait. *Med Princ Pract*. 2011;20(4):350-5.
- 15- Peretz B, Zadik D. Parents' attitudes toward behavior management techniques during dental treatment. *Pediatr Dent*. 1999;21(3):201-4.
- 16- Eaton JJ, McTigue DJ, Fields HW Jr, Beck M. Attitudes of contemporary parents toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent*. 2005;27(2):107-13.
- 17- Scott S, García-Godoy F. Attitudes of Hispanic parents toward behavior management techniques. *ASDC J Dent Child*. 1998;65(2):128-31.
- 18- Luis de León J, Guinot Jimeno F, Bellet Dalmau LJ. Acceptance by Spanish parents of behaviour-management techniques used in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2010;11(4):175-8.
- 19- Abushal MS, Adenubi JO. Attitudes of Saudi parents toward behavior management techniques in pediatric dentistry. *J Dent Child (Chic)*. 2003;70(2):104-10.
- 20- 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):267-71.