

بررسی اثربخشی پمفلت آموزشی برای مادران بر همکاری کودکان ۳-۷ سال در اولین ملاقات دندانپزشکی

دکتر مهدی قندهاری مطلق^۱ - دکتر سید جلال پورهاشمی^۱ - دکتر سارا قدیمی^۲ - دکتر فریده بقایی^۳

۱- دانشیار گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران، تهران، ایران
 ۲- استادیار گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان و عضو مرکز تحقیقات لیزر در دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران، تهران، ایران
 ۳- دندانپزشک

Effectiveness of an educational pamphlet for mothers on cooperation of 3-7 years old children in the first dental visit

Mehdi Ghandehari Motlagh¹, Seyyed Jalal Pourhashemi¹, Sara Ghadimi^{2†}, Farideh Baghae³

1- Associate Professor, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2[†]- Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry, Laser Research Center of Dentistry, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (sghadimi@tums.ac.ir)

3- Dentist

Background and Aims: Dental environment is a stressful place for children. In many cases, parents transmit their anxiety to their children in the first dental visit. Mothers as the closest person to the children may have important influence on their children's behavior in dentistry. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of an educational pamphlet for mothers on children's behavior in the first dental visit.

Materials and Methods: This study was conducted on 238 mothers who had 3-7 years old children undergoing dental treatment for the first time. The participants were divided into interventional and control group randomly. Behavior of children was assessed by questionnaire according to 4 point scale of Frankle. The questionnaire contained 5 parts: separation of child from the mother, entering the dental room, opening the mouth, communicating with dentist, getting the prize. Data were analyzed using Chi-square test.

Results: The educational pamphlet was effective on the separation of child from the mother, the cooperation of children in interventional group was better than the control group ($P=0.006$). In interventional group 96.2% of and in the control group 90.8% of children had good and very good behavior but the difference was not significant ($P=0.11$).

Conclusion: Although the educational pamphlet was effective on the separation of child from mother. No significant difference in behavior of 3-7 year-old children between interventional and control group was found.

Key Words: Behavior, Education, Children

Journal of Dental Medicine-Tehran University of Medical Sciences 2015;27(4):309-17

†مؤلف مسوول: نشانی: تهران - انتهای کارگر شمالی بعد از انرژوی اتمی - دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران - گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان
 تلفن: ۸۸۲۱۵۹۵۰ نشانی الکترونیک: sghadimi@tums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: محیط دندانپزشکی یکی از مکان‌های استرس‌آور برای کودکان به شمار می‌آید که در بسیاری موارد والدین ترس و نگرانی خود را در اولین ملاقات دندانپزشکی به کودک خود منتقل می‌کنند. مادران به عنوان نزدیک‌ترین فرد به کودک احتمالاً نقش مهمی بر همکاری کودک در درمان دندانپزشکی دارند. هدف از این مطالعه بررسی اثر بخشی پمفلت آموزشی برای مادران بر رفتار و همکاری کودکان ۳-۷ سال در اولین ملاقات دندانپزشکی بود.

روش بررسی: اثر بخشی پمفلت آموزشی برای مادران، بر روی ۲۳۸ مادر از میان مراجعه‌کنندگان به بخش کودکان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران که کودک ۳-۷ سال داشتند و کودک خود را برای اولین بار به مرکز دندانپزشکی می‌بردند، بررسی شد. شرکت کنندگان در مطالعه بطور تصادفی به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شدند. همکاری کودکان از طریق پرسشنامه‌ای که بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای فرانکل تهیه شده بود سنجیده شد. این پرسشنامه حاوی ۵ قسمت بود: جدایی کودک از مادر، ورود به اتاق و قرارگیری روی صندلی دندانپزشکی، باز کردن دهان، ارتباط با دندانپزشک و گرفتن جایزه. داده‌های مطالعه با آزمون Chi-square ارزیابی گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد پمفلت فقط در مرحله جدایی کودک از مادر تأثیرگذار است بطوری که در گروه مداخله رفتار و همکاری کودکان بهتر از گروه شاهد بود ($P=0/006$). در گروه مداخله ۹۶/۲٪ کودکان دارای رفتار خوب و خیلی خوب بودند و در گروه شاهد ۹۰/۸٪ کودکان دارای رفتار خوب و خیلی خوب بودند که این تفاوت معنی‌داری نبود ($P=0/11$).

نتیجه‌گیری: اگرچه پمفلت در مرحله جدایی کودک از مادر تأثیرگذار بود، اما میزان همکاری در دو گروه مقایسه و مداخله در اولین جلسه دندانپزشکی تفاوت معنی‌داری نداشت.

کلید واژه‌ها: رفتار، آموزش، کودکان

وصول: ۹۳/۰۳/۱۸ اصلاح نهایی: ۹۳/۰۹/۳۰ تأیید چاپ: ۹۳/۱۰/۰۳

مقدمه

روش پیش ملاقات (Previsit)، الگوسازی (Model learning) و برخی از روش‌های نوین کنترل رفتاری که براساس فرضیه آموزش اجتماعی (Social learning theory) بنا شده است اشاره کرد. این روش‌ها به طور مستقیم، کودک را مخاطب قرار می‌دهند و نظرات متنوعی در این باره وجود دارد. ولی در اکثر مواقع امکان آن جام چنین روش‌هایی مشکل و وقت‌گیر است (۹-۱۶).

آموزش والدین پیش از ملاقات دندانپزشکی بسیار مهم است و می‌تواند حرکتی مؤثر در جهت داشتن یک تجربه دندانپزشکی موفق برای کودکان باشد. مطالعات نشان داده‌اند که برنامه آموزش به والدین، به آن‌ها یاد می‌دهد که با مدیریت رفتار فرزند خود، آن‌ها را برای حضور در جامعه توانمند سازند (۱۰،۱۱).

همچنین مادران بیشترین شخص تأثیرگذار روی ترس کودک از دندانپزشکی هستند. مادران مهم‌ترین نقش را در خانواده دارند و معمولاً سنگ بنای هر خانواده‌اند و با این که هریک از اعضای خانواده می‌تواند روی کودک تأثیر بگذارد، ولی جایگاهی که مادر دارد از دیگران تأثیرگذارتر است (۱۱،۵).

بنابراین به نظر می‌رسد که بهترین راه آماده‌سازی روانی کودک مضطرب از طریق مادر اوست. با این وجود، دندانپزشک باید راهکاری

پایه و اساس رشته دندانپزشکی کودکان، توانایی هدایت کودکان و ایجاد ارتباط با کودک در تمامی مراحل درمانی است. این توانایی پیش شرطی برای فراهم کردن هرچه بهتر نیازهای دندانپزشکی کودکان است. کنترل رفتار به معنی این است که گروه دندانپزشکی، کودک را به طور مؤثر و کارآمد درمان کرده و همزمان نگرش مثبتی به او القا کنند (۳-۱).

رفتار کودک در هر ملاقات دندانپزشکی به عوامل مختلفی از جمله سن کودک، رفتار و اضطراب والدین، تاریخچه پزشکی و دندانپزشکی قبلی، آگاهی از مشکل دندانی و مشکلات رفتاری دارد (۴،۱).

مهم‌ترین مسأله در دندانپزشکی کودکان زمانی است که کودک خردسال برای اولین بار به دندانپزشکی مراجعه می‌کند. اگر این رابطه به خوبی برقرار نشود و کودک دچار اضطراب و ترس شود، جبران آن کاری سخت خواهد بود و ممکن است اثرات آن تا آخر عمر با وی باقی بماند (۵،۱).

روش‌های مختلفی برای معرفی مرکز دندانپزشکی پیش از اولین ملاقات دندانپزشکی برای کاهش ترس کودکان و افزایش احتمال همکاری کودک پیشنهاد شده است. از جمله این روش‌ها می‌توان به

برای این منظور ارایه دهد در غیر این صورت آماده‌سازی اثر مطلوب خود را نخواهد داشت (۱۲).

باوجود اهمیت موضوع آموزش به مادران و تأثیر آن روی همکاری و عملکرد کودکان حین درمان دندانپزشکی، تحقیقات زیادی در این زمینه آن جام نشده و این مسأله نیازمند مطالعه و توجه بیشتری می‌باشد. در این راستا هدف از مطالعه حاضر تعیین اثربخشی پمفلت آموزشی برای مادران بر همکاری کودکان ۳-۷ سال در اولین ملاقات دندانپزشکی و مقایسه آن با گروه شاهد بود.

روش بررسی

به منظور بررسی اثر بخشی آموزش به مادران بر همکاری کودکان در اولین ملاقات دندانپزشکی، پمفلت آموزشی تهیه شد که در طراحی آن بر کاهش نگرانی مادران از کار دندانپزشکی فرزندشان، آموزش در رابطه با چگونگی پاسخ گویی به سوالات کودکان، آموزش واکنش‌های مناسب در برابر رفتارهای منفی احتمالی کودک و آموزش‌هایی در جهت آماده‌سازی و ایجاد انگیزه در کودک برای اولین ملاقات دندانپزشکی تأکید شد. در تهیه این پمفلت یک روانشناس و یک مشاور آموزش پزشکی به منظور نگارش و انتقال بهتر مفاهیم و تأثیرگذاری بیشتر مطالب همکاری داشتند. همچنین از پمفلت انجمن دندانپزشکی کودکان ایران تحت عنوان نخستین معاینه دندانپزشکی کودکان نیز استفاده گردید. در نهایت پمفلت حاوی ۲ صفحه مطلب و تصاویر بود تا مادران به خواندن آن تشویق شوند.

در این مطالعه مادران ۲۳۸ کودک ۳-۷ ساله از میان مراجعه‌کنندگان به بخش کودکان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران برای دریافت نوبت، در فاصله زمانی آذر ماه سال ۱۳۹۱ تا اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۲ انتخاب شدند. از بین این افراد، مادران کودکانی که دارای معیارهای زیر بودند وارد مطالعه شدند.

۱- نداشتن هرگونه بیماری عمومی

۲- نداشتن سابقه بستری شدن در بیمارستان

۳- نداشتن سابقه حوادث آسیب‌زا (زلزله، تصادف شدید، دزدیده شدن، شاهد ارتکاب جرم بودن)

۴- نداشتن سابقه مشکلات سایکوپاتولوژیک در خانواده (اعتیاد والدین، مرگ یکی از والدین، جدایی والدین)

۵- نداشتن هر گونه بیماری روانپزشکی و اضطرابی

۶- نداشتن سابقه مراجعه به دندانپزشک

لازم به ذکر است که علاوه بر پمفلت آموزشی گروه مداخله، پمفلتی با موضوع ارتودنسی پیشگیری برای گروه شاهد در نظر گرفته شد. به طوری که این پمفلت‌ها در پاکت‌هایی یک شکل قرار داده شدند و توسط مشاور آماری به صورت تصادفی کدگذاری شدند. به این ترتیب تنها ایشان از محتوای پاکت‌ها آگاه بود.

پس از کسب رضایت کتبی از مادر کودک، پاکتی که حاوی پمفلت بود به مادران داده می‌شد و از مادر کودک تقاضا می‌شد که

پرسشنامه‌ای شامل ۳ قسمت زیر را تکمیل نماید:

۱- مشخصات دموگرافیک و اجتماعی مادر

۲- مشخصات دموگرافیک و اجتماعی کودک

۳- پیش بینی مادر از رفتار کودک بر صندلی دندانپزشکی

مجری طرح به مادران هر دو گروه (گروه مداخله و شاهد) پاکت‌ها را تحویل می‌داد و کد مربوط به هر پاکت به همراه نام کودک را یادداشت می‌کرد.

پس از مراجعه بیمار به دانشکده، برای هر کودک در ملاقات اول یک دانشجوی دندانپزشکی عمومی یا تخصصی در نظر گرفته می‌شد. کودکان زیر ۵ سال توسط دانشجویان تخصصی سال دوم و یا سوم و کودکان بین ۵ تا ۷ سال توسط دانشجویان دکتری عمومی سال آخر معاینه می‌شدند و تشکیل پرونده برای آن‌ها آن جام می‌شد. در اولین ملاقات معاینه کلینیکی، آموزش بهداشت دهان و برساژ به همراه شکل‌دهی رفتار با استفاده از تکنیک Tell-show-do آن جام می‌گرفت. پیش از ملاقات دانشجو با کودک، طی یک جلسه توجیهی جهت همسان‌سازی روش کار، تمامی افراد با روش تحقیق آشنا شدند و توضیحات لازم به آن‌ها داده شد تا ارزیابی دانشجویان تا حد امکان مشابه گردد.

آزمون تعیین سطح همکاری کودک طبق شاخص ۴ درجه‌ای فرانکل (۷، ۱۳، ۱۴) (جدول ۱) به پرونده کودک ضمیمه شده که از دانشجوی هر کودک درخواست شد که آن را برای کودک رتبه‌گذاری کند و سپس برگه آزمون را به منشی بخش تحویل دهد. این آزمون شامل بررسی همکاری کودک در ۵ مرحله جدا شدن کودک از مادر، نحوه ورود به بخش کودکان و نشستن روی یونیت دندانپزشکی، نحوه

جدول ۱- معیارهای تعیین نمره رفتاری کودکان در اولین ملاقات دندانپزشکی

نمره رفتاری*	نوع واکنش کودک	متغیر رفتاری
--	۱- جدا نشدن از آغوش مادر همراه با گریه و ترس	نحوه جدایی از مادر
-	۲- رها نکردن دستان مادر و عدم تمایل به جدا شدن	
+	۳- رها کردن دستان مادر با تامل و جدا شدن با احتیاط و بی میلی	
++	۴- جدا شدن از مادر با رغبت و خوشحالی	
--	۱- توأم با گریه و ترس و منفی گرایی شدید	نحوه ورود به اتاق درمان و قرار گیری روی صندلی
-	۲- بدون تمایل همراه با کج خلقی	
+	۳- با تمایل اما با احتیاط	
++	۴- با خوشحالی و علاقه	
--	۱- گریان و گذاشتن دست روی دهان	باز کردن دهان
-	۲- باز کردن دهان با وجود عدم تمایل اولیه	
+	۳- باز کردن دهان با احتیاط	
++	۴- باز کردن دهان در اولین درخواست	
--	۱- هیچ پاسخ کلامی و غیر کلامی جز گریه وجود ندارد	نحوه ارتباط با دندانپزشک
-	۲- هیچ پاسخ کلامی و غیر کلامی وجود ندارد ولی گریه نمی کند	
+	۳- پاسخ غیر کلامی	
++	۴- پاسخها کلامی هستند	
--	۱- عدم قبول جایزه و تمایل به ترک هر چه زودتر محیط	نحوه قبول جایزه
-	۲- قبول جایزه با بی میلی و تمایل به ترک هر چه زودتر محیط	
+	۳- قبول جایزه با احتیاط	
++	۴- قبول جایزه با خوشحالی و تشکر	

* (++) برابر با +۲ امتیاز، (+) برابر با +۱ امتیاز، (-) برابر با -۱ امتیاز و (--) معادل -۲ امتیاز محسوب شد.

(جدول ۲). در پایان مشاور آمار با دسترسی به کد پاکت‌های تحویل داده شده به مادران، گروه مداخله را از گروه شاهد تفکیک کرد. با در نظر گرفتن این که هر کودک در گروه مداخله بوده و یا در گروه شاهد، رابطه آموزش به مادران از طریق پمفلت و همکاری کودکان مورد ارزیابی قرار گرفت.

جدول ۲- نحوه تطابق دامنه نمره رفتاری کودکان با طبقه بندی فرانکل

دامنه نمره رفتاری	طبقه بندی فرانکل
۱۰- تا ۵-	گروه کاملاً منفی
۵- تا صفر	گروه منفی
صفر تا ۵	گروه مثبت
۵ تا ۱۰	گروه کاملاً مثبت

باز کردن دهان، نحوه ارتباط با دندانپزشک و نوع رفتار هنگام گرفتن جایزه بود. همانطور که در جدول ۱ آمده است رفتار کاملاً مثبت برابر با +۲ امتیاز، رفتار مثبت برابر با +۱ امتیاز، رفتار منفی برابر با -۱ امتیاز و رفتار کاملاً منفی معادل -۲ امتیاز در نظر گرفته شد. تأکید می شود که این پرسشنامه جهت بررسی رفتار و همکاری کودک برای هر دو گروه شاهد و مداخله آن جام می شد و دانشجو و منشی و مجری طرح هیچ یک از این که کودک در کدام گروه قرار داشت اطلاع نداشتند. در نهایت با در نظر گرفتن تمامی مراحل درمانی کودک در اولین جلسه و رتبه بندی همکاری کودک در هر مرحله از کار، میزان همکاری هر کودک مشخص می شد. باتوجه به ۵ مرحله موجود در ارزشیابی همکاری کودک در مطالعه، نمره رفتاری کودکان در محدوده عددی ۱۰- تا +۱۰ محاسبه شد

تحصیلات مادر، نوبت تولد فرزند، رفتن به مهد کودک و انتخاب درمانگر، تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند ($P>0/05$) (جدول ۳). نتایج حاصل از همکاری کودک در مراحل ۵ گانه جدایی کودک از مادر، ورود به بخش و نشستن روی صندلی دندانپزشکی، باز کردن دهان، ارتباط با دندانپزشک و گرفتن جایزه در جدول ۴ قابل مشاهده است. میزان همکاری کودکان در مرحله جدایی از مادر در گروه مداخله $90/6\%$ و در گروه شاهد $76/5\%$ بود. نتایج بررسی نشان‌دهنده این بود که پمفلت آموزشی برای مادران اثر قابل توجه و معنی‌داری در همکاری کودکان ۳ تا ۷ سال در مرحله جدا شدن از مادر در اولین ملاقات دندانپزشکی داشت ($P=0/006$) اما در سایر مراحل دیگر تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در میزان همکاری کودکان در اولین ملاقات دندانپزشکی مشاهده نشد ($P>0/05$) (جدول ۵).

اطلاعات به دست آمده با استفاده از برنامه آماری SPSS نسخه ۲۰ و روش آنالیز آماری Chi-square ارزیابی گردید. همچنین سطح معنی‌داری آزمون‌های آماری، کمتر از $0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مجموع ۲۳۸ کودک ۳-۷ سال مورد مطالعه قرار گرفتند که ۱۱۹ نفر در گروه مداخله و ۱۱۹ نفر در گروه شاهد قرار گرفتند. ۳۴ نفر از کودکان در زمان مقرر برای اولین ملاقات دندانپزشکی حضور نداشتند و از گروه مطالعه حذف شدند که از این تعداد ۲۱ نفر مربوط به گروه شاهد و ۱۳ نفر مربوط به گروه مداخله بودند. به این ترتیب همکاری ۲۰۴ کودک در اولین ملاقات دندانپزشکی مورد مطالعه قرار گرفت. با بررسی اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه مادران مشخص شد که هر دو گروه از لحاظ فاکتورهای جنسیت، پراکندگی سن،

جدول ۳- مشخصات دموگرافیک کودکان مورد مطالعه در دو گروه مداخله و شاهد از کودکان ۳-۷ سال مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی

متغیرها	گروه مداخله (n=119)	گروه شاهد (n=119)
جنسیت		
دختر	۵۲ (۴۳/۷٪)	۶۰ (۵۰/۴٪)
پسر	۶۷ (۵۶/۳٪)	۵۹ (۴۹/۶٪)
سن		
(انحراف معیار) میانگین	۵/۰۹ (۱/۱۳)	۵/۱۱ (۱/۱۰)
تحصیلات مادر		
زیر دیپلم	۴۴ (۳۷٪)	۳۶ (۳۰/۳٪)
دیپلم	۶۷ (۵۶/۳٪)	۶۸ (۵۷/۱٪)
دانشگاهی	۸ (۶/۷٪)	۱۵ (۱۲/۳٪)
تجربه دندانپزشکی مادر		
بدون تجربه	۲۲ (۱۸/۵٪)	۲۲ (۱۸/۵٪)
با تجربه خوشایند	۸۰ (۶۷/۲٪)	۸۴ (۷۰/۴٪)
با تجربه ناخوشایند	۱۷ (۱۴/۳٪)	۱۱ (۹/۲٪)
نوبت تولد فرزند		
اول	۴۴ (۳۷٪)	۳۹ (۳۲/۸٪)
دوم	۴۴ (۳۷٪)	۴۲ (۳۵/۳٪)
سوم و بالاتر	۳۱ (۲۱/۶٪)	۳۸ (۳۱/۹٪)
مهد کودک		
بله	۶۲ (۵۲/۱٪)	۶۱ (۵۱/۳٪)
خیر	۵۷ (۴۷/۹٪)	۵۸ (۴۸/۷٪)
پیش بینی مادر از همکاری کودک		
خیلی خوب	۳۴ (۲۸/۶٪)	۲۸ (۲۳/۵٪)
خوب	۶۸ (۵۷/۱٪)	۵۹ (۴۹/۶٪)
بد	۱۷ (۱۴/۳٪)	۱۱ (۹/۲٪)
خیلی بد	۰ (۰٪)	۰ (۰٪)
درمانگر		
دانشجوی عمومی	۸۸ (۷۳/۹٪)	۸۸ (۷۳/۹٪)
دانشجوی تخصصی	۳۱ (۲۶/۱٪)	۳۱ (۲۶/۱٪)

جدول ۴- فراوانی همکاری کودکان ۳-۷ سال در دو گروه مورد مطالعه در مراحل مختلف اولین ملاقات دندانپزشکی

مرحله رفتار کودک همکاری	گروه	کاملاً منفی		منفی		مثبت		کاملاً مثبت	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جدایی کودک از مادر	گروه مداخله	۰	٪۰	۱۰	٪۹/۴	۲۵	٪۲۳/۶	۷۱	٪۶۷
	گروه شاهد	۲	٪۲	۲۱	٪۲۱/۴	۲۹	٪۲۹/۶	۴۶	٪۴۶/۹
وارد شدن اتاق و نشستن روی صندلی دندانپزشکی	گروه مداخله	۱	٪۰/۹	۵	٪۴/۷	۵۲	٪۴۹/۱	۴۸	٪۴۵/۳
	گروه شاهد	۲	٪۲	۹	٪۹/۲	۳۸	٪۳۸/۸	۴۹	٪۵۰
باز کردن دهان	گروه مداخله	۰	٪۰	۸	٪۷/۵	۴۴	٪۴۱/۵	۵۴	٪۵۰/۹
	گروه شاهد	۱	٪۱	۷	٪۷/۱	۳۸	٪۳۸/۸	۵۲	٪۵۳/۱
ارتباط با دندانپزشک	گروه مداخله	۰	٪۰	۷	٪۶/۶	۴۷	٪۳۱	۵۲	٪۴۹/۱
	گروه شاهد	۰	٪۰	۷	٪۷/۱	۴۴/۳	٪۳۱/۶	۶۰	٪۶۱/۲
گرفتن جایزه	گروه مداخله	۰	٪۰	۵	٪۴/۷	۲۷	٪۲۵/۵	۷۴	٪۶۹/۸
	گروه شاهد	۰	٪۰	۵	٪۵/۱	۱۹	٪۱۹/۴	۷۴	٪۷۵/۵
همکاری کودک در مجموع	گروه مداخله	۰	٪۰	۴	٪۳/۸	۱۲	٪۱۱/۳	۹۰	٪۸۴/۹
	گروه شاهد	۲	٪۲	۷	٪۷/۱	۷	٪۷/۱	۸۲	٪۸۳/۷

جدول ۵- همکاری کودکان ۳-۷ ساله در دو گروه مورد مطالعه در مراحل مختلف

P-value	مرحله رفتار کودک	گروه	کاملاً منفی و منفی		مثبت و کاملاً مثبت	
			درصد	درصد	درصد	درصد
۰/۰۰۶	جدایی کودک از مادر	گروه مداخله	٪۹/۴	٪۹۰/۶		
		گروه شاهد	٪۲۳/۵	٪۷۶/۵		
۰/۱	ورود به بخش و نشستن روی صندلی دندانپزشکی	گروه مداخله	٪۵/۷	٪۹۴/۴		
		گروه شاهد	٪۱۱/۲	٪۸۸/۸		
۰/۸	باز کردن دهان	گروه مداخله	٪۷/۵	٪۹۲/۵		
		گروه شاهد	٪۸/۲	٪۹۱/۸		
۰/۸	ارتباط با دندانپزشک	گروه مداخله	٪۶/۶	٪۹۳/۴		
		گروه شاهد	٪۷/۱	٪۹۲/۹		
۰/۹	دریافت جایزه	گروه مداخله	٪۴/۷	٪۹۵/۳		
		گروه شاهد	٪۵/۱	٪۹۴/۹		
۰/۱۱	به طور کلی در اولین ملاقات دندانپزشکی	گروه مداخله	٪۳/۸	٪۹۶/۲		
		گروه شاهد	٪۹/۲	٪۹۰/۸		

شخصیت مادران بوده و به مرور زمان و در جلسات بعدی از تأثیر ویژگی‌های شخصیتی مادران بر همکاری کودکان کاسته شد و عواملی چون رفتار دندانپزشک و دستیار وی و محیط مطب دندانپزشکی بیشترین تأثیر را بر همکاری کودک داشته‌اند. در این مطالعه نیز همانند مطالعه ما از شاخص رتبه‌ای رفتار Frankle برای ارزیابی رفتار کودک استفاده شد.

در مطالعه‌ای دیگر که توسط دکتر Aminabadi و همکاران (۶) در سال ۲۰۱۱ آن جام شد، خواندن داستان مصور برای کودکان ۶-۷ ساله پیش از ملاقات دندانپزشکی روی افزایش همکاری کودکان تأثیرگذار ارزیابی شد و باعث افزایش معنی‌دار همکاری کودکان گشت. هرچند در این مطالعه در جلسه اول علاوه بر معاینه و پروفیلاکسی، ترمیم آمالگام یکی از مولرهای شیری نیز آن جام شد.

Wright (۱۵) و Graziano و Diament (۱۶) در دو مطالعه جداگانه گزارش کردند که روش‌های مکمل مثل کتابچه‌های آموزشی و فیلم‌های ویدئویی کلاس‌های Role play در اثر بخشی آموزشی مؤثر هستند، اگرچه مطالعات نشان داده این روش‌های مکمل با وجود اینکه روی آگاهی والدین پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای ایجاد می‌کنند ولی تأثیر آن‌ها روی رفتار کودکان به طور قطعی و صریح نشان داده نشده که این نتایج با نتایج ما مشابه می‌باشد.

در مطالعه حاضر سعی بر آن شد که برای اطمینان از این که تنها مداخله‌ای که در مطالعه حاضر آن جام شده ارایه پمفلت آموزشی در رابطه با اولین ملاقات دندانپزشکی بوده و عامل دیگری در همکاری کودکان تأثیرگذار نبوده، گروه شاهدی مشابه گروه مداخله در مطالعه شرکت داده شد و به مادران این گروه پمفلتی در رابطه با ارتودنسی پیشگیری کودکان ارایه شد که از لحاظ حجم اطلاعات موجود، تعداد صفحات پمفلت مشابه پمفلت گروه مداخله بود.

همچنین در مطالعه حاضر سعی شد که کودکان انتخاب شده با حذف برخی از فاکتورهای مداخله، که به نظر می‌آمد ممکن است در نتایج به دست آمده خلل ایجاد کنند، انتخاب شوند. در نتیجه معیارهایی جهت خروج کودکان از مطالعه در نظر گرفته شد.

برای کاهش عوامل مداخله کننده در مطالعه، کودکان انتخاب شده برای این مطالعه هیچ کدام سابقه مراجعه به دندانپزشک یا ابتلاء به بیماری عمومی و بستری شدن در بیمارستان را نداشتند، زیرا تجربه

در نهایت با در نظر گرفتن هر ۵ مرحله میزان همکاری کودکان در اولین ملاقات دندانپزشکی، میزان همکاری کلی در گروه مداخله ۹۶/۲٪ و در گروه شاهد ۹۰/۸٪ بود. با وجود ۶٪ تفاوت در رفتار و همکاری کودکان در گروه مداخله تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در میزان همکاری کودکان در اولین ملاقات دندانپزشکی مشاهده نشد ($P > 0.05$) (جدول ۵).

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر تلاش بر این بود تا اثربخشی آموزش به مادران بر همکاری کودکان را مورد ارزیابی قرار دهیم. از آن جا که درمورد آموزش مادران و تأثیر آن روی همکاری و عملکرد کودکان حین درمان دندانپزشکی تحقیقات زیادی صورت نگرفته و تا به حال مطالعه‌ایی که به ارزیابی پمفلت برای آموزش والدین بر همکاری کودک در دندانپزشکی بپردازد، آن جام نشده بود، ما بر آن شدیم تا به عنوان گامی نخست در این مسیر، روی اولین ملاقات دندانپزشکی تمرکز کرده و مطالعات خود را محدود به تأثیر آموزش مادران روی همکاری کودک در اولین ملاقات دندانپزشکی نماییم. همچنین با در نظر گرفتن طیف وسیع مخاطبان پمفلت که مادران با تحصیلات ابتدایی تا تحصیلات دانشگاهی را در بر می‌گرفت، سعی بر این بود که مطالب تا آن جا که ممکن است ساده و قابل درک برای تمام اقشار جامعه بیان شود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ارایه پمفلت آموزشی به مادران، روی همکاری کودکان ۳-۷ سال در مرحله جدا شدن از مادر تأثیرگذار بود. در واقع پمفلت بیشترین تأثیر را در مراحل آغازین داشته و هر چه به مراحل بعدی اولین ملاقات دندانپزشکی نزدیک‌تر می‌شویم از تأثیرگذاری پمفلت کاسته می‌شود. این مسأله ممکن است به این دلیل باشد که از ابتدای زمان حضور در بخش به مرور زمان، تأثیر درمانگر و محیط روی کودک بیشتر از تأثیر آموزشی است که مادران به آن‌ها داده‌اند.

در مطالعه‌ای دیگر که در رابطه با ارزیابی رابطه رفتار کودکان با ویژگی شخصیتی مادران توسط دکتر Nematollahi و همکاران (۱۳) در مشهد در سال ۲۰۰۴ بر روی ۱۰۴ کودک آن جام شد، این نتیجه به دست آمد که میزان همکاری کودکان تنها در جلسه اول تحت تأثیر

منفی قبلی پزشکی و دندانپزشکی، از فاکتورهای مؤثر بر رفتار کودک در جلسه اول ملاقات هستند، به طوری که باعث افزایش بروز مشکلات رفتاری در جلسات دندانپزشکی می‌شوند (۱۳،۱۴).

همچنین کودکان انتخاب شده هیچ کدام سابقه حوادث آسیب‌زا و مشکلات سایکوپاتولوژیک در خانواده را نداشتند زیرا ترس از آسیب جسمی و ترس از آزار و اذیت در کودکان با داشتن این گونه سوابق شدت می‌یابد و باعث افزایش اضطراب او در درمان‌های دندانپزشکی می‌شود (۱۴،۱۷).

در این مطالعه برای سنجش همکاری کودکان از شاخص رتبه‌ای رفتار Frankle استفاده شد. این شاخص در مطالعات بسیاری مورد استفاده قرار گرفته شد (۱۸،۱۹،۲۰،۲۱،۲۲) و همکاران (۲۰) گزارش کردند (۲۰).

در مطالعات مختلفی رتبه‌دهی همکاری کودکان توسط فردی غیر از درمانگر کودک آن جام شده است (۲۱،۲۲). به طوری که در مطالعه Afshar و همکاران (۱۴) در سال ۲۰۱۱ رفتار و همکاری کودک توسط دو متخصص کودکان غیر از عمل کننده از طریق مشاهده فیلم‌های ضبط شده، آن جام شد. پر واضح است رتبه‌دهی همکاری کودکان توسط شخص ثالث، روشی سودمند و مورد تایید جهت بررسی دقیق و بی‌طرفانه همکاری کودکان است (۲۱). ولی اجرای این گونه تکنیک‌ها در مطالعه حاضر با وجود جامعه آماری بالا امکان‌پذیر نبود. این رو در مطالعه حاضر درجه‌بندی همکاری کودک توسط درمانگر کودک آن جام می‌شد. هرچند که وجود تعداد زیاد درمانگر و وجود اختلاف سلیقه در نمره‌دهی آن‌ها در رفتار کودکان ممکن است در نتایج به دست آمده تأثیرگذار باشد، ولی کلیه درمانگران نسبت به گروه مداخله و شاهد Blind بودند و موضوع اختلاف سلیقه درمانگران در رتبه‌بندی هر دو گروه شاهد و مداخله را تحت تأثیر قرار می‌داد. لازم به ذکر است که مجری طرح که در زمان معاینه کودکان در بخش حضور داشت، نیز نسبت به دو گروه مورد مطالعه بی‌اطلاع بود و به این ترتیب از امکان هرگونه سوگیری در پرکردن پرسشنامه مربوط به همکاری کودکان در دو گروه مورد مطالعه جلوگیری شده بود.

یکی از دلایل مؤثر نبودن پمفلت در این مطالعه، بالا بودن میزان همکاری کلی در گروه شاهد (۹۰/۸٪) بود. می‌توان از نتایج مطالعات حاضر برداشت کرد که مجموع مراجعه‌کنندگان به این مرکز درمانی

رفتار قابل قبول و مطلوبی در نخستین ملاقات دندانپزشکی داشتند و میزان همکاری در گروه شاهد نیز تا حد زیادی رضایت‌بخش بود. این مسأله می‌تواند ناشی از این باشد که تأییدیه استاد معاینه جهت نوبت‌دهی‌های بعدی کودک مورد نیاز است و در واقع در این مرحله کودک توسط استاد از لحاظ پیش‌آگهی همکاری غربالگری می‌شود که در صورت داشتن نشانه‌هایی از رفتار منفی و سن زیر ۵ سال به بخش تخصصی ارجاع می‌شود. همین مرحله از سیستم پذیرش در بخش کودکان سبب می‌شود تا دانشجویان عمومی تنها کودکانی که پیش‌آگهی همکاری خوبی دارند، و همین طور کودکان با سن بیشتر (بالای ۵ سال) را معاینه کنند که بدیهی است این کودکان نسبت به کودکان زیر ۵ سال و کودکان با پیش‌آگهی رفتار منفی به طور ضمنی و ناخودآگاه مراتب بالاتر همکاری را از خود نشان می‌دهند که این مسأله در نهایت منجر به بالا رفتن میزان همکاری مجموع می‌شود. علاوه بر این در قسمت تخصصی نیز در صورت تشخیص پیش‌آگهی منفی از رفتار کودک، اقدامات و مراحل درمانی وی تحت بیهوشی صورت می‌گیرد که به این ترتیب غربالگری دیگری در کودکان گروه مطالعه آن جام می‌گیرد که باعث می‌شود تعداد بیشتری از کودکان با رفتار منفی از گروه مطالعه حذف شوند.

باتوجه به نتایج این مطالعه توصیه می‌شود که از این پمفلت در مراکزی که غربالگری آن جام نمی‌شود برای بررسی اثر آن استفاده شود و در جلساتی که کار درمانی برای کودک آن جام می‌شود، نیز بررسی شود. با توجه به محدودیت‌های این تحقیق ارایه پمفلت آموزشی به مادران در همکاری کلی کودکان ۳-۷ سال، در نخستین ملاقات دندانپزشکی تأثیرگذار نبود و فقط در مرحله جدایی کودک از مادر مؤثر بود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از زحمات جناب آقای دکتر محمود هرمزی و جناب آقای دکتر احمدرضا شمشیروی قدردانی و تشکر می‌شود. همچنین این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجویی به شماره ۵۰۰۳ معاونت پژوهشی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران می‌باشد.

منابع:

- 1- Mc Donald RE, Avery DR, Dean JA. Dentistry for the child and adolescence. 9th ed: Elsevier Mosby- Health Sciences Division; 2011: Chap3.
- 2- Soxman J. Parenting the parents of pediatric patients. *Compend Contin Educ Dent*. 2006;27(11):630-4.
- 3- Casamassimo PS, Fields HW, McTigue DJ, Nowak AJ. *Pediatric Dentistry: Infancy through Adolescence*. 5th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2013: Chap23.
- 4- Sharath A, Rekka P, Muthu MS, Prabhu VR, 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.
- 5- Bankole OO, Denloye AA, Aderinokun GA. The effect of mothers past dental experience on the behavior of some nigerian children during dental treatment. *J Biomed Res*. 2004;7(3):113-8.
- 6- Aminabadi NA, Vafaei A, Erfanparast L, Oskouei SG, Jamali Z. Impact of pictorial story on pain perception, situational anxiety and behavior in children: a cognitive-behavioral schema. *J Clin Pediatr Dent*. 2011;36(2):127-32.
- 7- Machen JB, Johnson R. Desensitization, model learning, and the dental behavior of children. *J Dent Res*. 1974;53(1):83-7.
- 8- Roberts JF, Curzon ME, Koch G, Martens LC. Review: behaviour management techniques in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2010;11(4):166-74.
- 9- Olumide F, Newton JT, Dunne S, Gilbert DB. Anticipatory anxiety in children visiting the dentist: lack of effect of preparatory information. *Int J Paediatr Dent*. 2009;19(5):338-42.
- 10- Dentistry AAPD. Guideline on Behavior Guidance for the PediatricDental Patient. *Pediatr Dent*. 2011;43:28-32.
- 11- Muris P, Meesters C, Merckelbach H, Hulsbeck P. Worry in children is related to perceived parental rearing and attachment. *Behav Res Ther*. 2000;38(5):487-97.
- 12- Chadwick BL, Thérèse Hosey M. *Child Taming: How to Manage Children in Dental Practice*. preparing parent for first dental visit. Quintessence; 2003:138.
- 13- Nematollahi H, Tabatabaie M, Shakerimanesh F. Evaluation of the relationship between behavior of children in pediatric dental clinic and their mothers' personality. *J Mash Dent Sch*. 2004;28(1,2):111-8.
- 14- Afshar H, Baradaran Nakhjavani Y, Mahmoudi-Gharaei J, Paryab M, Zadhoosh S. The Effect of Parental Presence on the 5 year-Old Children's Anxiety and Cooperative Behavior in the First and Second Dental Visit. *Iran J Pediatr*. 2011;21(2):193-200.
- 15- Wright L. Indirect treatment of children through principle oriented parent consultation. *J Consult Clin Psychol*. 1979;44(1):148-56.
- 16- Graziano AM, Diamant DM. Parent behavioral training. An examination of the paradigm. *Behav Modif*. 1992;16(1):3-38.
- 17- Holst A, Schroder U, Ek L, Hallonsten AL, Crossner CG. Prediction of behavior management problems in children. *Europ J Oral Sci*. 1988;96(5):457-65.
- 18- Shinohara S, Nomura Y, Shingyouchi K, Takase A, Ide M, Moriyasu K, et al. Structural relationship of child behavior and its evaluation during dental treatment. *J Oral Sci*. 2005;47(2):91-6.
- 19- Tabatabaee SM. Evaluation of easy and difficult behavior and some related factors in one hundred 3-6 year old children visited in Mashhad dental school. *J Mash Dent Sch*. 2005;28(3):205-10.
- 20- Fenlon WL, Dabbs AR, Curzon ME. Parental presence during treatment of the child patient: a study with British parents. *Br Dent J*. 1993;174(1):23-8.
- 21- Parkin SF. The assessment of two dental anxiety rating scales for children. *ASDC J Dent Child*. 1988;55(4):269-72.