Evaluation of the attitudes of general dentists in toward pediatric behavior guidance techniques in Yazd City in 2018

Abstract

Ghafoorifard R[1], Kebriyaei F[1], Fotoohi F[1], Mokhlesin M [2*] Mirzaeeian AR[2]

1 Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, .Yazd, Iran
2 Dental student, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Introduction: Implementing informed strategies along with changing the attitude of general dentists can lead to many improvements in child behavioral management skills. . Therefore, the present study was conducted to evaluate the attitude of general dentists toward pediatric behavior guidance techniques

Materials and Methods: In this descriptive cross-sectional study, 160 dental practitioners in Yazd city in 2018 were randomly selected and the attitude of them regarding pediatric behavior guidance techniques Collected by a valid and reliable set up questionnaire about five non-pharmacological and two pharmacological pediatric behavioral management techniques. Data were analyzed by SPSS23 software, and T-test.

Results: There was a significant difference between the mean scores of attitude of men and women in using " hand-over-mouth " method (P = 0.034) and also in "sedation" method (P = 0.035) and " General Anesthesia "(P = 0.041) There was a significant difference between the mean attitude score of under 35 years old and over 35 years old groups. Using behavioral control techniques among general dentists who visit less than 10 children per month with general dentists who visit more than 10 children per month in attitude toward using voice control methods (P = 0.008), Positive reinforcement (P = 0.002) Tell-Show-Do (P = 0.016) General anesthesia (P = 0.029) There was a statistically significant difference.

Conclusion: the most acceptable methods for behavior guidance in children were Tell-Show-Do, positive reinforcement, general anesthesia, and sedation. Respectively female general dentist were more inclined to use non-invasive methods, and younger general dentists tended to use non-pharmacological methods.

Keywords: behavior guidance; Dentist; Pediatric

.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

بررسی نگرش دندانپزشکان عمومی شهر یزد در ارتباط با روش های کنترل رفتار کودکان در سال ۱۳۹۷

چکیده

دکتر رویا غفوری فرد۱، دکتر فاطمه کبریایی۱، دکتر فائزه فتوحی۱، سید محمد مخلصین۲* علیرضا میرزائیان۲

۱.استادیار بخش دندانپزشکی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، ایران
۲.دانشجوی دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، ایران

مقدمه و هدف :کنترل رفتار کودکان کم سن و کودکان ناتوان ذهنی و یاجسمی در کلینیک دندانپزشکی همیشه یکی از چالش های بزرگ فرا روی درمانگران این رشته بوده است .لذا دندانپزشکی بیمارستانی(دندانپزشکی تحت بیهوشی یا آرام بخشی)به عنوان راه حلی موثر برای درمان این کودکان مطرح می باشد. هدف این مطالعه تعیین نقطه نظرات والدین کودکان کاندید دندانپزشکی بیمارستانی قبل و بعد از درمان بود

روش اجرا :در این مطالعه کیفی ، 64 نفر از والدین کودکانی که تجربه دندانپزشکی بیمارستانی داشته اند به عنوان نمونه در نظر گرفته شدند .والدین از دو مرکز در سال ۱۳۹۵ انتخاب شدند،گروه اول بیمارانی بودند که در شهرستان پذیرش شده بودند و درمان آنها در یکی ازبیمارستانهای شهرستان کرمان انجام شده بود و گروه دوم بیمارانی بودند که در یکی از مناطق تهران، با
سطح اجتماعی و اقتصادی بالا پذیرش، و درمان آنها در یکی از بیمارستانهای شهر تهران انجام شده بود.سپس با آنان مصاحبه صورت گرفته و اظهارات آنان ثبت شد .مصاحبه از تمام مراحل درمان، جزء به جزء ، از زمان تصمیم به درمان کودک تا پایان مرحله بیهوشی صورت گرفت. سپس اظهارات افراد ثبت گردیده و کدبندی شدند. و بر اساس آنالیز Content ارزیابی گردیدند.

نتایج :یافته های پژوهش حاکی از این بود که، در این مطالعه علت اصلی مراجعه برای درمان، پوسیدگی دندانها بوده است (90درصد در گروه اول و 100 درصد در گروه دوم).عوارض داروهای بیهوشی بیشترین علت (80درصد در هر دو گروه)نگرانی والدین از درمان تحت بیهوشی عنوان شد که اغلب(۷۰%)، اظهار می کردند این نگرانی ها از اطرافیان منتقل شده است . والدین اظهار داشتند مشورت با دندانپزشک و متخصص بیهوشی ، نگرانی های آنها را تا حدی کاهش داده و آنها را راضی به درمان دندانپزشکی تحت بیهوشی عمومی کرده است. ۱۸ درصد از والدین بی قراری کودک را از مشکلات پس از درمان بیان کردند.۴۵درصد از والدین دلجویی پرسنل از آنها را کاری شایسته و مفید در کاهش اضطراب آنها در زمان عمل دانستند.

نتیجه گیری :نتایج نشان داد که عوارض داروهای بیهوشی و به هوش نیامدن کودک ، وجود بیماری سیستمیک در کودک، احتمال طولانی شدن عمل در زمان بیهوشی و آسیب های احتمالی در اتاق عمل به ترتیب مهمترین علل نگرانی والدین از درمان بیهوشی بوده و افزایش آگاهی ازطریق مشورت با دندانپزشک و متخصصین بیهوشی در کاهش این نگرانی موثر می باشد. بنابراین از آنجا که دندانپزشکی بیمارستانی یکی از بهترین شیوه های درمانی برای درمان کودکان خردسال و بیماران دارای ناتوانی ذهنی و جسمی می باشد می توان با آگاهی رسانی در سطح جامعه نسبت به مزایا و مضرات درمان دندانپزشکی بیمارستانی، نگرانی والدین را کاهش داد تا بتوانند با آگاهی نسبت به چنین گزینه درمانی اقدام کنند.

کلیدواژه ها :دندانپزشکی بیمارستانی، پوسیدگی دندان، والدین، دندانپزشکی کودکان

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

مقدمه

مدیریت رفتار کودکان در طی درمان دندانپزشکی به عنوان یک جز جدایی ناپذیر از دندانپزشکی کودکان و عامل مهمی در ارائه درمان بی خطر و موثر مطرح می باشد(۱, ۲). چرا که بسیاری از کودکان قادر به همکاری در سطح مورد نیاز برای انجام درمان های دندانپزشکی نبوده و درمان به تعویق افتاده و باعث درد شدید و گاه ازدست رفتن دندان ها می شود(۳).
تاکید 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،روش های هدایت رفتاری کودک را تحت تاثیر قرار داده است(۴, ۵).
در بسیاری از کودکان یک روش هدایت رفتاری صحیح می تواند منجر به ایجاد یک رابطه ی دوستانه و درمانی موفق برای بیمار شود. ولی در کودکان با استرس شدید روش های دارویی به عنوان درمان مکمل می تواند به دندانپزشک کمک کند تا با کودک ارتباط بهتری برقرار کند(۶).
دندانپزشک باید از روش های هدایت رفتاری آگاهی داشته باشد و با توجه به تکامل کودک و درمان مورد نیاز روش صحیح را به منظور حفظ ارتباط با کودک و یا سرکوب رفتارهای ناهنجار کودک انتخاب کند. با توجه به تفاوت در تجربه، آموزش و شخصیت دندانپزشکان روش های هدایت رفتاری کودک بین کلینیسین های مختلف، متفاوت می باشد(۷-۹). این روش های هدایت رفتاری در قالب دو گروه روش های غیر دارویی (تکنیک بگو-نشان بده-انجام بده، کنترل صدا، تقویت مثبت ، پرت کردن حواس و ...) و دارویی (آرام بخشی، بیهوشی عمومی) دسته بندی می شوند.
امروزه تمایل به حضور والدین در اتاق و کاربرد بیهوشی عمومی افزایش و کاربرد روش های خصومت آمیزی همچون HOME به دلایل قانونی و اخلاقی کاهش یافته است(۱۰). همچنین کودکان نابالغ، مضطرب و کودکان ناتوان جسمی و پزشکی معمولا برای استفاده از آرام بخشی و بیهوشی عمومی مناسب هستند(۱۱). به علاوه در مطالعات از این روش ها به عنوان راه موثر برای حفاظت از روان در حال تکامل کودک یاد کرده اند. به عنوان مثال امروزه تخمین زده میشود که ۲۵۰-۱۰۰ هزار مورد آرام بخشی دندانپزشکی کودکان در یک سال در امریکا انجام میشود و پیش بینی میشود که در آینده نیاز بیشتری به کنترل رفتاری دارویی باشد(۱۲, ۱۳).
استفاده دندانپزشک از روش های مدیریت رفتاری و نگرش دندانپزشک نسبت به بیماران کم سن مبتلا به اضطراب دندانپزشکی یک رابطه قوی با دوره های آموزشی بعد از تحصیل دارد(۱۴). از آنجا که اجراي راهبردهاي آگاهانه همراه با تغییر در نگرش دندانپزشکان می تواند منجر به پیشرفتهاي زیادي در مهارت هاي هدایت رفتاري کودکان گردد(۵) و همچنین گذراندن دوره های آموزشی می تواند نگرش و عملکرد آنها را در زمینه ی مهارت های هدایت رفتاری کودکان افزایش دهد و نتایج حاصل از مطالعات مشابه خارجی به علت تفاوت های آموزشی،اجتماعی و فرهنگی نمیتواند راه گشای مسایل مربوط به وضعیت نگرش دندانپزشکان ایرانی باشد. هدف از این مطالعه بررسی نگرش دندانپزشکان عمومی شهر یزد نسبت به روش های هدایت رفتاری کودکان بود.

مواد و روش ها:

در این مطالعه توصیفی – مقطعی، به منظور تعیین حجم نمونه، با توجه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵% و انحراف معیار نمره نگرش از مطالعه مشابه(۱۵) S=۳/۵ و خطای برآورد d =۰/۵۵ تعداد ۱۶۰ نمونه در نظر گرفته شد و نمونه گیری بصورت تصادفی از بین دندانپزشکان عمومی دارای پروانه مطب و شاغل در شهر یزد در سال ۱۳۹۷ که لیست آنها از سازمان نظام پزشکی استان یزد، تهیه شد، انجام گردید. فعالیت دندان پزشکی در مطب خصوصی و یا کلینیک ها و تمایل به شرکت در مطالعه معیار ورود به مطالعه در نظر گرفته شد.

داده ها با استفاده از پرسشنامه ای شامل ویژگی های دموگرافیک(سن، جنس، سابقه کار، محل خدمت) و سوالات مرتبط با نگرش شامل پنج روش غیر دارویی کنترل رفتاری: (کنترل صدا، تقویت مثبت، دست روی دهان، نگهداری کودک توسط والدین یا دستیار و بگو-نشان بده-انجام بده) و دو روش دارویی (آرامبخشی و بیهوشی عمومی)(۱۶)جمع آوری گردید. روایی پرسشنامه مورد نظر با مشاوره با چند تن از متخصصان گروه دندانپزشکی کودکان دانشکده بررسی شد و پس از بررسی توسط واحد پژوهشی جهت بررسی پایایی آن ابتدا پرسشنامه در اختیار ۱۰ تن از دندانپزشکان عمومی بصورت پایلوت قرار گرفت و با داشتن سطح معیارآلفای کرونباخ بالای ۰/۸۴ پایایی آن تایید شد. به منظور بررسی میزان نمره نگرش دندانپزشکان عمومی جمع امتیاز پاسخ هایي که افراد مورد پژوهش به پرسشهاي مربوط به نگرش داده بودند، محاسبه شد. به تفکیک نوع پرسش به هر گزینه (کاملاً موافقم، موافقم، نظر خاصی ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) نمره اي از

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

۵ تا ۱تعلق گرفته و مجموع آنها به عنوان نمره نگرش فرد درنظر گرفته شد. (نمره۱/۹۹-۱، نگرش منفی ، نمره ۳/۹۹-۲، نگرش متوسط و نمره ۵-۴ ،نگرش مثبت). پرسشنامه ها با مراجعه حضوری به محل خدمت دندانپزشکان عمومی توزیع و جمع آوری گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ و آزمون آماری T-test و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی داری در این مطالعه ۰/۰۵در نظر گرفته شد.

یافته ها:

در مطالعه حاضر، ۱۶۰ دندانپزشک عمومی پرسشنامه پژوهش را تکمیل نمودند، که از این تعداد ۹۱ نفر (۵۶/۹ درصد) مرد و ۶۹ نفر (۴۳/۱ درصد) زن بودند. و میانگین سنی ۸/۹۶±۳۵/۵۸ و دامنه سنی۶۲-۲۶ سال بود. به علاوه میانگین سابقه کار دندانپزشکی آنان ۸/۲۳±۹/۷۴ سال با دامنه ۳۵-۱ سال بود و بیشتر آنها (۳۲/۵ درصد) فارغ التحصیل دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی یزد بودند و ۵۱/۲ درصد آنها دارای مطب شخصی بودند. میانگین نمره نگرش دندانپزشکان عمومی مورد بررسی در استفاده از روش تقویت مثبت بالا و نسبت به بقیه ی روش های کنترل رفتار کودکان متوسط رو به بالا بود. همچنین از دیدگاه دندانپزشکان عمومی مورد بررسی روش های بکارگرفته شده برای کنترل رفتار کودکان به ترتیب عبارتند از: بگو – نشان بده – عمل کن، تقویت مثبت، بیهوشی عمومی، آرام بخشی، دست روی دهان، نگهداری کودک توسط دستیار دندانپزشک یا والدین، کنترل صدا بود(جدول۱). جهت مقایسه میانگین نمره نگرش دندانپزشکان عمومی مورد بررسی در استفاده از روش های کنترل رفتار کودک بر حسب جنسیت از آزمون آماری T-testاستفاده شد، نتایج نشان داد تنها در استفاده از روش "دست روی دهان" بین میانگین نمره نگرش زنان و مردان تفاوت آماری معنی داری وجود دارد(P=۰/۰۳۴). بطوری که زنان نگرش منفی تری نسبت به کاربرد این روش داشتند. هر چند در سایر روش ها اختلاف آماری معنی داری بین زنان و مردان وجود نداشت، اما میانگین کلیه ی روش ها بجز روش" دست روی دهان" در زنان بیشتر از مردان بود(جدول۲). جهت مقایسه میانگین نمره نگرش دندانپزشکان عمومی مورد بررسی در استفاده از روش های کنترل رفتار کودک بر حسب محل خدمت از آزمون آماری T- test استفاده شد، نتایج نشان داد تفاوت آماری معنی داری بین میانگین نمره نگرش دندانپزشکانی که در کلینیک و مطب کار می کنند در مورد بکارگیری روش های کنترل رفتار کودک وجود ندارد(P>۰/۰۵) همچنین تفاوت آماری معنا داری بین سابقه کار با روش های کنترل رفتاری در هیچ یک از روش ها وجود نداشت (جدول۳). تنها در استفاده از روش" آرامبخشی" (P=۰/۰۳۵) و "بیهوشی" (P=۰/۰۴۱) بین میانگین نمره نگرش دو گروه سنی مساوی و زیر ۳۵ سال و بالای ۳۵ سال تفاوت آماری معنی داری یافت شد و در استفاده از سایر روش ها در دو گروه سنی تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت (جدول۲). همچنین مشاهده شد در استفاده از روش های کنترل رفتار بین دندانپزشکان عمومی که کمتر و مساوی ۱۰ کودک در ماه را ویزیت می کنند با دندانپزشکان عمومی که بیش از ۱۰ کودک را ویزیت می کنند، در نگرش نسبت به کاربرد روش های کنترل صدا (P=۰/۰۰۸)، تقویت مثبت (P=۰/۰۰۲) بگو – نشان بده – عمل کن (P=۰/۰۱۶) بیهوشی عمومی (P=۰/۰۲۹) اختلاف آماری معنی داری وجود دارد (جدول۳).

بحث:

نتایج مطالعه حاضر نشان داد نگرش دندانپزشکان عمومی در استفاده از روش بگو – نشان بده – عمل کن و تقویت مثبت بالا(مثبت)، و نسبت به بقیه ی روش های کنترل رفتار کودکان متوسط(خنثی) بود. در مطالعه جعفر زاده و همکاران(۱۶)و مطالعه Carr و همکاران(۸) نیز بالاترین نگرش مربوط به روش بگو – نشان بده – عمل کن بود که با مطالعه ی حاضر هم خوانی دارد. در مطالعات Muhammad و همکاران(۱۷) ، Peretz و همکاران(۱۵) ، Eaton و همکاران(۱۸) که در زمینه بررسی نگرش والدین نسبت به روشهاي کنترل رفتاري کودکان صورت گرفته بود، روش تقویت مثبت و روش بگو-نشان بده- انجام بده، از بیشترین میزان مقبولیت در میان والدین برخوردار بودند. روش های هدایت رفتاری در قالب دو گروه روش های غیر دارویی (تکنیک بگو-نشان بده-انجام بده، کنترل صدا، تقویت مثبت ، پرت کردن حواس و ...) و دارویی (آرام بخشی، بیهوشی عمومی) دسته بندی می شوند. در مطالعه حاضر پس از روش بگو-نشان بده-انجام بده تقویت مثبت، بیشترین میانگین نمره نگرش دندانپزشکان عمومی به ترتیب مربوط به بیهوشی عمومی و سپس آرام بخشی بود. دندانپزشکان عمومی که از این روش ها استفاده می کنند، تمایل کمتري به کاربرد روش هاي تهاجمی دارند(۱۹). در مطالعه Eaton و همکاران(۱۸) بیهوشی عمومی به عنوان سومین روش قابل قبول رتبه بندی شده و سطح بالای پذیرش بیهوشی عمومی ، نشان دهنده افزایش پذیرش والدین نسبت به این روش عنوان شده است(۱۸). در زمانی که روش های کنترل رفتاری غیر دارویی قابل استفاده نیستند. بیهوشی عمومی یا آرامبخشی می تواند به عنوان یک روش برای کاهش اضطراب و تسهیل ارائه درمان دندانپزشکی مورد توجه قرار گیرد. از سوي دیگر در سالهاي اخیر پذیرش والدین نسبت به روش بیهوشی عمومی بیشتر شده است که این می تواند بخاطر آشنایی بیشتر آنها با این روش باشد(۲۰).در مطالعه Scott

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

و همکاران نیز گزارش شده والدین ترجیح می دهند که برای فرزندشان بجای روش دست روی دهان، بیهوشی کامل انجام شود(۲۱).
در مطالعه حاضر روش دست روی دهان پنجمین روش کنترل رفتاری مورد قبول دندانپزشکان عمومی مورد مطالعه بود. در حالی که در بسیاری از مطالعات انجام شده نظیرAbushal و همکاران(۲۲)، Scott و همکاران(۲۱) وEaton و همکاران(۱۸) و Carr و همکاران(۱۰) گزارش شده روش دست روي دهان کمترین مقبولیت را از دیدگاه والدین دارد. با توجه به اینکه در سال های اخیر دندانپزشکان با محدودیت های اجتماعی روبرو بوده و در نتیجه روش های کنترل رفتاریشان را تغییر داده اند. علاوه بر این تاثیرات والدین و همچنین نگرانی های قانونی و اخلاقی، منجر به کاهش یا قطع استفاده از تکنیک های بحث برانگیزی مانند HOME شده است(۲۳).نتایج این مطالعه نشان می دهد که نگرش دندانپزشکان عمومی نسبت به روش HOME در محدوده ی متوسط قرار دارند که می تواند ناشی از عدم اطلاع آنان از حذف روش HOME از تکنیک کنترل رفتاری باشد و پیشنهاد می شود در جلسات بازآموزی به عواقب قانونی و اخلاقی این روش اشاره شود.
نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نگرش دندانپزشکان عمومی در مورد روش محدود سازی فعال که کودک توسط دندانپزشک، دستیار یا والدین محدود می شود، متوسط است و با توجه به انحراف معیار بالا در اکثر سوالات این روش ، دندانپزشکان عمومی نگرش و آگاهی درستی در این زمینه ندارند. به نظر دندانپزشکان عمومی این روش ، پر دردسر بوده و اکثرا ترجیح می دادند به جای گرفتن دست و پای کودک و تحمل تنش، درمان یک بزرگسال یا کودک آرام را انجام دهند. اکثر دندانپزشکان عمومی مطمئن نبودند که این روش علی رغم ظاهر خشن باعث امنیت کودک می شود یا نه، بنابراین نگرش مثبت و بهتری نسبت به روش بیهوشی و آرامبخشی داشتند.
به علاوه نتایج مطالعه حاضر نشان داد که روش کنترل صدا، آخرین روش مد نظر دندانپزشکان عمومی جهت کنترل رفتار کودکان بود. پذیرش کمتر روش کنترل صدا می تواند به دلیل سوء تفاهمات بین والدین و دندانپزشک، مضطرب تر کردن کودک ناآرام و کاهش تمرکز دندانپزشکان هنگام استفاده از این روش باشد(۱۹). در مطالعاتی که با هدف بررسی نگرش والدین کودکان نسبت به روش های کنترل رفتاری انجام شده نشان می دهد والدین نیز با این تکنیک موافق نیستند به عنوان مثال، در مطالعه Abushal و همکاران(۲۲) و در مطالعهEaton و همکاران(۱۸) روش کنترل صدا آخرین تکنیک مورد پذیرش والدین بود.
در بررسی حاضر میانگین نمره نگرش دندانپزشکان عمومی زن در مقایسه با دندانپزشکان عمومی مرد نسبت به روش دست روی دهان بطور معنی داری کمتر بود، اما درمورد سایر روش ها تفاوت آماری معنی داري مشاهده نشد. این یافته ها با گزارش های قبلی موافق است که دندانپزشکان زن احتمالا از تکنیک های ناخوشایند کمتر استفاده می کنند(۲۴, ۲۵). Wells و همکاران (۲۶) اختلاف جنسیتی معنی داری را در استفاده از روش های کنترل رفتار در میان دندانپزشکان مشاهده ننمودند. در حالیکه، Wright و همکاران(۲۴) و Adair و همکاران(۲۷) وKawia و همکاران(۲۸) عنوان نمودند اختلاف آماری معنی داری بین جنسیت و بکارگیری روش های کنترل رفتار وجود دارد. در مطالعه Peretz و همکاران(۱۵) دندانپزشکان مرد تمایل بیشتر به استفاده از روش محدودیت فیزیکی داشتند و استفاده از بیهوشی عمومی در مردان نسبت به زنان شایع تر بود. تفاوت نگرش دندانپزشکان زن و مرد نسبت به برخی روش های کنترل رفتاری به دلیل پیوند عاطفی و احساسی عمیق تر جنس مونث و کودک، خونسرد تر بودن زنان نسبت به نیاز های کودکان و ایجاد ارتباط سریع تر بین آنها باشد.
در این پژوهش، بین میانگین نمره نگرش دو گروه سنی مساوی و زیر ۳۵ سال و بالای ۳۵ سال، تنها در استفاده از روش "آرامبخشی" و "بیهوشی" تفاوت آماری معنی داری مشاهده شد، بطوری که دندانپزشکان عمومی جوانتر تمایل بیشتری به استفاده از روش های غیر دارویی داشتند، چرا که کاربرد روش های تهاجمی نیازمند تجربه ، اعتماد به نفس لازم و پیش زمینه های آموزشی و تخصصی دارد. در استفاده از سایر روش ها در دو گروه سنی تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. همچنین تفاوت آماری معنی داری بین میانگین نمره نگرش دندانپزشکان عمومی با کمتر و مساوی ۱۰ سال سابقه کاری و بیشتر از ۱۰ سال در خصوص بکارگیری روش ها کنترل رفتار کودک مشاهده نشد. در مطالعه جعفرزاده و همکاران(۱۶) نیز هر چند نگرش دندانپزشکان در گروه هاي سنی مختلف، متفاوت بود، اما از لحاظ آماري معنی دار نبود. اما نتایج مطالعه Adair و همکاران(۲۷) و Wright و همکاران(۲۴) نشان داد دندانپزشکان جوان بیشتر از روش های کنترل رفتاری استفاده می کنند. Carr و همکاران (۱۰) گزارش دادند که دندانپزشکان جوان "هرگز از" روش دست روی دهان "استفاده نمی کنند. یافته های مطالعه حاضر بر خلاف نتایج مطالعه Kawia و همکاران(۲۸) بود که گزارش کردند، بیشتر دندانپزشکان باتجربه از روش های کنترل رفتاری استفاده می کنند که به معنی آشنایی در حین کار با کودکان واستفاده از این روش ها است.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

نتایج مطالعه حاضر نشان داد تفاوت آماری معنی داری بین میانگین نمره نگرش دندانپزشکان عمومی که در کلینیک و مطب کار می کنند در مورد بکارگیری روش ها کنترل رفتار کودک وجود ندارد، به استناد مطالعه Kawia و همکاران(۲۸) کار در کلینیک دندانپزشکی اطفال استفاده از روش های کنترل رفتاری را تسهیل می کند. همچنین مطالعه Juntgen و همکاران(۲۹) تأثیر نوع کار را بر استفاده از تکنیک های هدایت رفتاری تایید نموده است.

به علاوه در مطالعه حاضر نتایج نشان داد دندانپزشکان عمومی که بیش از ۱۰ کودک ویزیت می کنند نسبت به دندانپزشکان عمومی که کمتر و مساوی ۱۰ کودک در ماه را را ویزیت می کنند، بطور معنی داری نگرش مثبت تری نسبت به کاربرد روش های تقویت مثبت ،بگو- نشان بده- انجام بده و بیهوشی عمومی داشتند. نتایج مطالعه جعفرزاده و همکاران(۱٦) نیز نشان داد که دندانپزشکان با تعداد بیمار کمتر از ۱۰ نفر در طول یک ماه روش بیهوشی عمومی را بیش از روش آرام بخشی با نیتروس اکساید پذیرفته اند. اما دندانپزشکان با تعداد بیمار بیشتر، به این دو روش نمره اي بسیار نزدیک داده و با یک تفاوت اندك روش آرامبخشی با نیتروس اکساید بیشتر مورد پذیرش آنها بود. همچنین جعفرزاده و همکاران(۱۹) در مطالعه ای دیگر گزارش نموده اند که تمایل دندانپزشکان با تعداد بیمار اطفال بیشتر نسبت به روش هاي دست روي دهان و محدودکننده فیزیکی کمتر می باشد. در مطالعه حاضر نیز نگرش دندانپزشکان عمومی با تعداد بیمار اطفال بیشتر نسبت به روش کنترل صدا بطور معنی داری منفی بود. این تفاوت ها می تواند ناشی از این باشد که دندانپزشکان عمومی داراي بیمار اطفال مراجعه کننده بیشتر، به مرور داراي تجربه درمانی بهتري شده و نمره نگرش بالاتري نسبت به روش هاي کنترل رفتاري غیرتهاجمی پیدا می کنند. از سوي دیگر، تفاوت در نگرش دندانپزشکان عمومی نسبت به روش هاي مختلف کنترل رفتاري میتواند منجر به افزایش یا کاهش تعداد بیمار اطفال مراجعه کننده به آنها گردد. بنابراین آنچه محتمل تر به نظر میرسد این است که نگرش مثبت تر نسبت به روش هاي غیرتهاجمی رضایت والدین را بیشتر جلب می کند و میتواند باعث افزایش تعداد بیمار اطفال مراجعه کننده به مطب گردد.

در مطالعه ای که توسط Ajlouni و همکاران(۳۰) در بین دندانپزشکان کودکان اردن انجام شده، گزارش نموده اند که ۸۵ درصد از آنها همیشه از تکنیک های مدیریت رفتاری استفاده می کنند. اما در ایران آماری در این خصوص وجود ندارد. در مطالعات مختلف عوامل متعددی در زمینه بکارگیری روش های کنترل رفتاری در کودکان ذکر شده است؛ در مطالعه Oredugbaو همکارش(۳۱) موثرترین عامل در انتخاب روش مدیریت رفتار ، سن کودک ذکر شده است. Carr و همکاران (۱۰) گزارش کرده اند والدین تاثیر مهمی در بکارگیری تکنیک های مدیریت رفتار دارند. Kawia و همکاران(۲۸) سرشت و رفتار کودک را در برگزیدن تکنیک مناسب موثر دانسته اند.

به هر حال به گفته Folayan و همکارش(۳۲) در نیجریه آموزش نقش مهمی در استفاده کارآمد از روش های کنترل رفتار دارد. در مطالعه حاضر تنها ٤۸/۸ درصد دندانپزشکان گزارش نمودند تا کنون در بازآموزی با محور روش های کنترل رفتاری کودکان شرکت نموده اند، این در حالیست که نتایج مطالعه Stormو همکاران(۱٤) نشان داده دوره های آموزشی بعد از تحصیل یک رابطه قوی با استفاده دندانپزشک از روش های مدیریت رفتاری و نگرش دندانپزشک نسبت به بیماران کم سن مبتلا به اضطراب دندانپزشکی دارد.

در این مطالعه تنها به بررسی نگرش دندانپزشکان عمومی شهر یزد در مورد روش های کنترل رفتاری کودکان پرداخته شد، چرا که تمامی دندانپزشکان عمومی در زمان تحصیل تکنیک های مختلف کنترل رفتاری را آموزش دیده اند و انتظار می رود آگاهی کافی را در این حیطه داشته باشند؛ اما با توجه به این که اکثرا نگرش متوسط یا به عبارتی خنثی نسبت به اکثر روش ها داشتند بهتر است باز آموزی برای آشنایی بیشتر دندانپزشکان عمومی شهر یزد برگزار شود. با توجه به این که نزدیک به نیمی از دندانپزشکان عمومی مورد بررسی (٤۲/٥ درصد) علاقه کمی به درمان دندانپزشکی کودکان زیر ٦ سال داشتند، بنابراین امکان نداشت، بتوان عملکرد آنها را مورد بررسی قرار داد. به هرحال این نکته را باید در نظر داشت که نگرش و هنجار های انتزاعی پیش بینی کننده ی قوی برای قصد انجام یک فعالیت می باشد. و نگرش مثبت دندانپزشک عمومی نسبت به روش های غیر تهاجمی کنترل رفتاري می تواند منجر به عملکرد مثبت دندانپزشکان در این زمینه گردد. در این میان عواملی همچون نگرش و خواسته های والدین ،تفاوت های فرهنگی- اجتماعی و اقتصادی بیماران و محدودیت های قانونی و اخلاقی می تواند مانع از اعمال نگرش دندانپزشک در حوزه ی رفتار و عمل کلینیکی گردد.

نتیجه گیری:

با توجه به نتایج این مطالعه میانگین نمره نگرش دندانپزشکان عمومی مورد بررسی در استفاده از روش تقویت مثبت بالاو نسبت به بقیه ی روش های کنترل رفتار کودکان متوسط رو به بالا بود. همچنین روش های مورد پذیرش دندانپزشکان عمومی جهت کنترل رفتار کودکان به ترتیب عبارتند از: بگو-نشان بده-انجام بده، تقویت مثبت، بیهوشی عمومی، آرام بخشی، دست روی دهان، محدود سازی فعال و کنترل صدا می باشد. تکنیک دست روی دهان کمتر مورد پذیرش

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

دندانپزشکان عمومی زن بود. و دندانپزشکان عمومی جوانتر و کم تجربه تر تمایل بیشتری به استفاده از روش های غیر دارویی داشتند و دندانپزشکان عمومی که تعداد بیشتری بیمار اطفال داشتنداز روش های تقویت مثبت و بگو – نشان بده – عمل کن بیشتر استفاده می کردند. پیشنهاد می گردد برنامه های باآموزی به منظور آموزش دندانپزشکان عمومی در مورد روش های کنترل رفتاری جهت ارتقاء سطح دانش دندانپزشکان خصوصاً دندانپزشکانی که از زمان فارغ التحصیلی آنها زمان طولانی گذشته است، طراحی و اجرا شود.

سپاسگزاری:
این مطالعه منتج از پایان نامه دانشجویی مصوب به شماره ۸۵۴ب در شورای پژوهشی دانشکده دندانپزشکی شهید صدوقی یزد می باشد.

References:

1. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. Pediatr Dent 2015;37(5):57-70.
2. Roberts JF, Curzon ME, Koch G, Martens LC. Review: behaviour management techniques in paediatric dentistry. Eur Arch Paediatr Dent 2010;11(4):166-74.
3. Rule DC, Winter GB, Goldman V, Brookes RC. Restorative treatment for children under general anaesthesia. The treatment of apprehensive and handicapped children as clinic out-patients. Br Dent J 1967;123(10):480-4.
4. Casamassimo PS, Fields HW, McTigue DJ, Nowak A. Pediatric dentistry: infancy through adolescence. St. Louis: Elsevier Health Sciences; 2013.
5. Mc Donald RE, Avery DR. Dentistry for the child and adolescent. 9th ed. St Louis: Mosby; 2011.
6. Klingberg G. Dental fear and behavior management problems in children. A study of measurement, prevalence, concomitant factors, and clinical effects. Swed Dent J Suppl 1995;103:1-78.
7. Feigal RJ. Guiding and managing the child dental patient: a fresh look at old pedagogy. J Dent Educ 2001;65(12):1369-77.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Dock M, Creedon RL. Pharmacologic management of patient behavior. In: McDonald RE, Avery DR, Dean JA, editors. Dentistry for the Child and Adolescent. St. Louis: Mosby; 2004. p. 285-311.
12. Casamassimo PS, Wilson S, Gross L. Effects of changing U.S. parenting styles on dental practice: perceptions of diplomates of the American Board of Pediatric Dentistry presented to the College of Diplomates of the American Board of Pediatric Dentistry 16th Annual Session, Atlanta, Ga, Saturday, May 26, 2001. Pediatr Dent 2002;24(1):18-22.
13. Lawrence SM, McTigue DJ, Wilson S, Odom JG, Waggoner WF, Fields HW, Jr. Parental attitudes toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. Pediatr Dent 1991;13(3):151-5.
14. Strom K, Ronneberg A, Skaare AB, Espelid I, Willumsen T. Dentists' use of behavioural management techniques and their attitudes towards treating paediatric patients with dental anxiety. Eur Arch Paediatr Dent 2015;16(4):349-55.
15. 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.
16. Jafarzadeh-Samani M, Hajiahmadi M, Moshkelgosha H. Evaluation of the attitudes of general dentists toward pediatric behavior guidance techniques. J Dent Med Tehran Univ Med Sci 2014;27(3):190-5.
17. 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.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

18. 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.
19. 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.
20. Ashley PF, Williams CE, Moles DR, Parry J. Sedation versus general anaesthesia for provision of dental treatment to patients younger than 18 years. Cochrane Database Syst Rev 2015(9):CD006334.
21. Scott S, Garcia-Godoy F. Attitudes of Hispanic parents toward behavior management techniques. ASDC J Dent Child 1998;65(2):128-31.
22. Abushal MS, Adenubi JO. Attitudes of Saudi parents toward behavior management techniques in pediatric dentistry. J Dent Child (Chic) 2003;70(2):104-10.
23. Pinkham J, Casamassimo P, Fields HW, McTigue DJ, Nowak A. Pediatric dentistry: infancy through adolescence. 5th ed. St Louis: Mosby; 2013.
24. Wright FA, Giebartowski JE, McMurray NE. A national survey of dentists' management of children with anxiety or behaviour problems. Aust Dent J 1991;36(5):378-83.
25. 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.
26. Wells M, McTigue DJ, Casamassimo PS, Adair S. Gender shifts and effects on behavior guidance. Pediatr Dent 2014;36(2):138-44.
27. 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.
28. Kawia HM, Mbawalla HS, Kahabuka FK. Application of Behavior Management Techniques for Paediatric Dental Patients by Tanzanian Dental Practitioners. Open Dent J 2015;9:455-61.
29. Juntgen LM, Sanders BJ, Walker LA, Jones JE, Weddell JA, Tomlin AM, et al. Factors influencing behavior guidance: a survey of practicing pediatric dentists. Pediatr Dent 2013;35(7):539-45.
30. Ajlouni O, Al-Moherat F, Habahbeh R, Nsour H, Tbeshat J. Behavior Management Techniques among Jordanian Pediatrics Dentists. J RMed Serv 2010;17(2):62-6.
31. Oredugba FA, Sanu OO. Knowledge and behavior of Nigerian dentists concerning the treatment of children with special needs. BMC Oral Health 2006;6:9.
32. Folayan MO, Idehen E. Factors influencing the use of behavioral management techniques during child management by dentists. J Clin Pediatr Dent 2004;28(2):155-61.

جدول ۱: مقایسه میانگین دندانپزشکان عمومی مورد بررسی در استفاده از روش های نمره نگرش کنترل رفتار کودک در طیف لیکرت ۵-۱

اولویت	روش کنترل	میانگین	انحراف معیار
۱	Tell-Show-Do	۴/۱۹	۰/۵۵
۲	Positive Reinforcement	۴/۱۷	۰/۴۵
۳	General Anesthesia	۳/۹۶	۰/۴۲
۴	Sedation	۳/۷۹	۰/۴۹
۵	Hand-Over-Mouth	۳/۷۳	۰/۴۱
۶	Active Restraint	۳/۶۶	۰/۴۳
۷	Voice Control	۳/۶۰	۰/۴۸

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

جدول۲: مقایسه میانگین نمره نگرش دندانپزشکان عمومی مورد بررسی در استفاده از روش های کنترل رفتار کودک بر حسب متغیرهای دموگرافیک

متغیر / روش کنترل		Active Restraint Mean±SD	Voice Control Mean±SD	Tell-Show-Do Mean±SD	Hand-Over-Mouth Mean±SD	Positive Reinforcement Mean±SD	Sedation Mean±SD	General Anesthesia Mean±SD
جنسیت	زن	۰/۴۱±۰/۵۹ ۳/	۰/۳۹±۰/۶۵ ۳/	۰/۳۷±۰/۲۱ ۴/	۰/۵۴±۰/۶۵ ۳/	۰/۴۸±۴/۱۷	۰/۴۱±۰/۸۲ ۳/	۰/۴۴±۰/۹۷ ۳/
	مرد	۰/۴۴±۰/۷۱ ۳/	۰/۵۴±۰/۵۶ ۳/	۰/۴۴±۰/۱۸ ۴/	۰/۵۵±۰/۸۴ ۳/	۰/۴۳±۴/۱۶	۰/۵۴±۰/۷۷ ۳/	۰/۴۱±۰/۹۵ ۳/
P-value		۰/۰۸۹	۰/۲۵۹	۰/۷۰۰	۰/۰۳۴	۰/۹۱۷	۰/۵۳۹	۰/۷۸۳
سن	۳۵ ≤	۰/۴±۳/۶۵	۰/۵±۳/۵۸	۰/۳۸±۰/۲۴ ۴/	۰/۴۷±۰/۸۲ ۳/	۰/۴۳±۴/۱۵	۰/۴±۳/۷۶	۰/۴۷±۰/۹۲ ۳/
	۳۵ >	۰/۴۸±۰/۶۸ ۳/	۰/۴۶±۰/۶۲ ۳/	۰/۴۴±۰/۱۳ ۴/	۰/۶۴±۰/۶۸ ۳/	۰/۴۸±۴/۱۹	۰/۵۸±۰/۸۲ ۳/	۰/۳۳±۰/۰۱ ۴/
P-value		۰/۵۷۲	۰/۲۶۸	۰/۲۵۲	۰/۱۰۱	۰/۰۷۲	۰/۰۳۵	۰/۰۴۱

جدول۳: مقایسه میانگین نمره نگرش دندانپزشکان عمومی مورد بررسی در استفاده از روش های کنترل رفتار کودک بر حسب متغیرهای شغلی

متغیر / روش کنترل		Active Restraint Mean±SD	Voice Control Mean±SD	Tell-Show-Do Mean±SD	Hand-Over-Mouth Mean±SD	Positive Reinforcement Mean±SD	Sedation Mean±SD	General Anesthesia Mean±SD
محل خدمت	کلینیک	۰/۴۳±۶۸ ۳/	۰/۳۵±۶۲ ۳/	۰/۳۷±۲۳ ۴/	۰/۵۶±۸۰ ۳/	۰/۴۴±۴/۲۲	۰/۵۲±۷۵ ۳/	۰/۴۶±۹۲ ۳/
	مطب	۰/۴۳±۶۴ ۳/	۰/۴۷±۵۷ ۳/	۰/۴۵±۱۶ ۴/	۰/۴۸±۷۲ ۳/	۰/۴۶±۴/۱۲	۰/۴۶±۸۲ ۳/	۰/۳۸±۴
P-value		۰/۵۹۶	۰/۵۴۵	۰/۳۰۲	۰/۳۴۸	۰/۲۰۷	۰/۳۶۳	۰/۲۳۷
سابقه کار	۱۰≤	۰/۴۳±۶۸ ۳/	۰/۵۰±۶۲ ۳/	۰/۳۹±۲۳ ۴/	۰/۵۶±۷۹ ۳/	۰/۴۵±۴/۲۰	۰/۵۰±۷۵ ۳/	۰/۴۸±۹۴ ۳/
	۱۰<	۰/۴۴±۶۳ ۳/	۰/۴۱±۵۵ ۳/	۰/۴۷±۱۴ ۴/	۰/۵۳±/۷ ۳	۰/۴۳±۴/۱۱	۰/۴۶±۸۵ ۳/	۰/۳۰±۰۰ ۴/
P-value		۰/۵۴۵	۰/۳۳۸	۰/۱۸۸	۰/۳۰۸	۰/۲۶۲	۰/۱۹۰	۰/۲۹۶
تعداد بیمار	۱۰≤	۰/۳۹±۶۶ ۳/	۰/۴۷±۵۵ ۳/	۰/۴۱±۱۶ ۴/	۰/۴۹±۷۷ ۳/	۰/۴۳±۴/۱۱	۰/۴۷±۷۶ ۳/	۰/۴۲±۹۳ ۳/
	۱۰<	۰/۶۲±۶۹ ۳/	۰/۴۹±۸۶ ۳/	۰/۳۷±۳۷ ۴/	۰/۸۳±/۷ ۳	۰/۴۸±۴/۴۶	۰/۵۵±۹۲ ۳/	۰/۳۹±۱۳ ۴/
P-value		۰/۷۷۷	۰/۰۰۸	۰/۰۱۶	۰/۷۱۰	۰/۰۰۲	۰/۱۹۸	۰/۰۲۹

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]