

طرائق تدبير سلوك الأطفال وعلاقتها بدرجات تعاونهم في قسم طب أسنان الأطفال بجامعة دمشق

محمد بشير المنقل*

الملخص

خلفية البحث وهدفه: لا بدّ لطبيب الأسنان من أن يمتلك مهارة تدبير سلوك الأطفال بالطرائق النفسية، وقد يكتفي باستخدام طريقة واحدة وقد يضطر لاستخدام أكثر من طريقة مختلفة متتالية أو مجتمعة. تقييم الطرائق المتبعة لتدبير سلوك الأطفال في عيادة قسم طب أسنان الأطفال بجامعة دمشق، وتقييم علاقتها بدرجات تعاون الأطفال خلال المعالجات السنية. مواد البحث وطرائقه: شملت عينة الدراسة الأطفال المعالجين من قبل طلاب الدراسات العليا في عيادة قسم طب أسنان الأطفال بجامعة دمشق من العام الدراسي 2009-2010 جميعهم، وقد بلغ عددهم 453 (232 طفلاً و221 طفلة) بأعمار راوحت بين (1,5-16 سنة) بعد استبعاد الأطفال المعالجين تحت التخدير العام، وهم الأطفال المعوقون ومن لم يكن لديه قدرة على التعاون. سجلت درجة التعاون والطرائق المتبعة في تدبير سلوك كل طفل ضمن بطاقة معالجته. وزعت بطاقات الأطفال إلى أربع فئات بحسب العمر وفق مراحل التطور العقلي لـ Piaget وهي: (0 إلى 2 سنة)، (أكثر من 2 إلى 7 سنوات)، (أكثر من 7 إلى 11 سنة)، (أكثر من 11 إلى 16 سنة). وقيمت درجات تعاون الأطفال خلال زيارتهم الأولى للقسم وفق مقياس فرانكل المعدّل من قبل سالفيفوف - تيناوي المؤلف من خمس درجات (1- سلبى مطلق، 2- سلبى، 3- متردد، 4- إيجابى، 5- إيجابى مطلق).

* أستاذ مساعد - قسم طب أسنان الأطفال - كلية طب الأسنان - جامعة دمشق.

قسمت طرائق تدبير سلوك الأطفال في عيادة القسم إلى 10 طرائق مختلفة: 1- وجود الأم أو الأهل، 2- فصل الطفل عن أمه أو مرافقيه، 3- طريقة إقناع الطفل بالشرح فالرؤية ثم العمل (TSD)، 4- التعزيز الإيجابي، 5- تشتيت الانتباه، 6- السيطرة الصوتية، 7- وضع اليد فوق فم الطفل لإسكاته وإسماعه الأوامر (HOM)، 8- كبح الحركة، 9- التركيز الدوائي بالميدازولام 10- التركيز الاستنشاقى بغاز النايتروس. تمت درسة العلاقة بين كل طريقة من طرائق تدبير السلوك المستخدمة في القسم ودرجات التعاون المختلفة للأطفال. استخدم برنامج SPSS ed. 13.0 للدراسة الإحصائية، واعتمدت $P < 0.05$ كمستوى دلالة إحصائية.

النتائج : حققت طريقة فصل الطفل عن أهله نسبة (6,79%)، وطريقة أخير أر عمل TSD (1,50%)، وطريقة التعزيز الإيجابي (5,41%)، وهي الأكثر استخداماً بين باقي الطرائق عند مجموع الأطفال في العينة المدروسة، ولاسيماً ذوي درجات التعاون العالية (5) و(4) و(3). بينما كانت الطرائق الأخرى والأبغض أقل استخداماً بشكل عام، وكانت الطرائق المعتمدة على التركيز نادرة في عيادة القسم واقتصرت استخدامها على الأطفال ذوي التعاون المنخفض (1) و(2).

الاستنتاجات: لا تكفي طريقة واحدة لتدبير سلوك الطفل بل غالباً ما تتعدد الطرائق من أجل تدبير سلوك الطفل الواحد بحسب درجة تعاونه.

الكلمات المفتاحية: تدبير سلوك الأطفال، تقييم السلوك.

Children's Behavior Management Techniques and Their Relationship with Children's Behavior Patterns in the Department of Pediatric Dentistry –Damascus University

Mohamad Bashier Almonaqel*

Abstract

Background : It is important to possess a skill in using psychological techniques in children behavior management at the dental office. Dentists can use one or a number of these techniques simultaneously or subsequently .

Objectives :The aim of this study was to evaluate the behavior management techniques used in managing children treated by postgraduate trainees in the department of pediatric dentistry –Damascus University and their relationship with children's behavior patterns.

Methods: This study included 453 children aged 1,5-16 years (232 males and 221 females) who had been treated by postgraduate trainees in the department of pediatric dentistry –Damascus University in the academic year 2009-2010. Uncooperative children were excluded. Children were treated by the dentists who undergoing structured postgraduate dental program. Behavior patterns and management techniques were recorded in the child dental records. Children were categorized into four groups based on the stage of their mental development using *Piaget rating scale*: group I (0-2 years old); group II (2- 7 years old); group III (7-11 years old) and group IV (11-16 years old). *Salviiov-Tinawi's* modification of *Frankl's* behavior rating scale was used to rate child cooperation. It consists of 5 types of child cooperative behaviour:1- absolutely negative. 2- negative. 3-hesitant. 4- positive. 5- obvious positive) was used to assess the behavior of all children in their first visit to the dental office. Behavior management techniques used in managing the children were categorized into 10 techniques :1-parental presence. 2-parent-child separation . 3-Tell-Show-Do (TSD), 4- motivation, 5- distraction, 6-Voice control (VC), 7- Hand over mouth (HOME), 8-restrainer, 9- sedation by midazolam, 10-inhalation sedation N₂O-O₂ . The relationship between behavior management techniques and behavior patterns of children were studied. Statistical analysis performed using SPSS 13.0. The level of significance was set at 0.05.

Results: Score (4) of *Salviiov-Tinawi's* modification of Frankel was the most common behavioral pattern seen (51.7%) in the dental office of the department of pediatric dentistry–Damascus University. There was no significant difference between males and females in behavior pattern. Cooperative behavior increased with age in both males and females. Parent-child separation (79.6%), Tell-Show-Do (50.1%) and motivation (41.5%) were the most common behavior management techniques used in the dental office especially with high cooperative patterns. More aversive management techniques were less used whereas sedative techniques in managing children were rarely used.

Conclusion: Proper assessment of children's behavior is necessary and helps the dentist to use appropriate management techniques which can improve child's behavior during dental treatment. Generally, more than one technique may be needed to manage child's behavior.

Keywords: Behavior assessment, Child- behavior management

* Ass. Prof. Dept. of Pediatric Dentistry – Faculty of Dentistry, Damascus University

مقدمة: إن نجاح معالجة أسنان الطفل يعتمد بشكل رئيس على تعاونه في العيادة. يؤثر في درجات تعاون الأطفال كثير من العوامل كالعمر ودرجة التطور العقلي والمزاج الموروث والبيئة المنزلية والحالة الصحية العامة والفموية (3-1)، ثم يأتي دور طبيب الأسنان في اختيار الأسلوب المناسب للتعامل مع كل طفل في أثناء العلاج (9-4). صنّف Wright الأطفال بحسب تعاونهم في العيادة بثلاثة أصناف: 1- طفل متعاون 2- طفل تنقصه القدرة على التعاون (كأطفال مادون ثلاث السنوات والأطفال المعوقون) 3- طفل يظهر مشكلة سلوكية ولديه قدرة كامنة على التعاون. وصنّف Frankl سلوكهم التعاوني من خلال الملاحظة المباشرة في العيادة بأربع درجات وهي: 1- السلوك السلبي الواضح ويرمز له (-)، 2- السلبي (-)، 3- الإيجابي (+)، 4- الإيجابي الواضح (++) (7,8). عدل هذا التصنيف من قبل *Salviav-Tinavi* بإضافة درجة متوسطة بين السلبي والإيجابي وهو السلوك المتردد (10). يتألف هذا المقياس من 5 درجات رئيسية للسلوك، ويتصف بعدم الفصل الكلي بين درجاته لوجود مدى $0,5 \pm$ لكل درجة سلوكية، ولهذا الأمر فائدة في إمكانية استعمال هذا المقياس خلال مراحل العمل وحساب المتوسط الحسابي لمعرفة مدى تحسن السلوك بدقة (9). لتدبير سلوك الأطفال في عيادة الأسنان هناك طرائق نفسية (لا دوائية) وطرائق دوائية ولكل منها استنباطاتها وميزاتها (11). لا بدّ لطبيب الأسنان من أن يمتلك مهارة تدبير سلوك الأطفال بالطرائق النفسية لإتمام المعالجات السنية، فقد يكفي باستخدام طريقة واحدة لتدبير سلوك الطفل وقد يضطر لاستخدام أكثر من طريقة مختلفة متتالية أو مجتمعة (11). من الطرائق النفسية: معالجة الطفل الصغير دون عمر السنتين وهو في حضن أمه، فصل الطفل فوق عمر السنتين عن أمه أو مرافقيه *parent-child separation*، طريقة المقاربة بالشرح فالرؤية ثم العمل (TSD)، التعزيز الإيجابي *motivation*، تشتيت

الإنتباه *distruction*، رفع الطفل ليده *raise hand*، السيطرة الصوتية *voice control*، وضع اليد فوق فم الطفل (HOM) أو الكبح البدني لإسكاته وإسماعه الأوامر، وتدعى بالطريقة البغيضة، ويحدد تطبيقها بعمر 3-6 سنوات، ولا تستطب للمعوقين جسدياً أو عقلياً أو للمركّنين دوائياً (9). ومن الطرائق الدوائية: التركيز الاستشراقي (الواعي) باستخدام غاز النايتروس، والتركين الدوائي باستخدام الأدوية المركنة مثل الهيدروكسيزين والديازيبام والميدازولام. يمكن أن يستخدم هذا التركين كتهيئة دوائية وقائية أو لتدبير مشكلة سلوكية من أجل إتمام الإجراءات العلاجية؛ إذ يمكن إشراكها بكابح الحركة *Restrainer* عند المعوقين المضطربين عاطفياً أو عقلياً. وفي حال إخفاق الطرائق السابقة في حسن سير الإجراءات العلاجية يتم اللجوء إلى التخدير العام (11-9). ذكر Allen (12) أن طرائق تدبير السلوك التقليدية مثل TSD وكابح الحركة (HOM) والتركين كانت في دراسته أفضل من غيرها من الطرائق. في ذكر Carr (13) أن أطباء الأسنان في الولايات الجنوبية هم أقل استخداماً للطرائق البغيضة مثل (HOM). وذكر Peretz (14) أن أطباء الأسنان في الكيان الصهيوني يستخدمون (TSD) والتحفيز المادي أكثر من غيرها من الطرائق. وذكر *Adair et al* (15) أن أعضاء الجمعية الأمريكية لأطباء أسنان الأطفال يستخدمون مهارات الإتصال بشكل أكثر ويستبعدون الطرائق البغيضة. وتوافقت نتائج دراسة *Sharath* (16) في الهند مع نتائج هؤلاء. في عيادة قسم طب أسنان الأطفال بجامعة دمشق يقبل الأطفال للمعالجات السنية المتنوعة من مناطق مدينة دمشق وضواحيها وبأعمار مختلفة ولم يجر من قبل تقييم لأنواع الطرائق المستخدمة في تدبير سلوكهم خلال معالجاتهم السنية المختلفة بحسب درجات تعاونهم. أجريت في القسم عدة دراسات تناولت الطرائق الدوائية لتدبير سلوك الأطفال ولاسيماً التركين الواعي مثل دراسة كل من رسلان (17) وبارودي (18) وقبش (19). اقتصر

تلك الدراسات على عدد محدد من الأطفال المختارين حسب شروط اختيار العينة فيها.

الهدف من البحث :

- تقييم الطرائق المتبعة لتدبير سلوك الأطفال في عيادة قسم طب أسنان الأطفال بجامعة دمشق وتقييم علاقتها بدرجات تعاون الأطفال خلال المعالجات السنية.

المواد والطرائق:

عينة الدراسة : شملت الأطفال المعالجين من قبل طلبة الدراسات العليا في عيادة قسم طب أسنان الأطفال بجامعة دمشق من العام الدراسي 2009-2010 جميعهم، وقد بلغ عددهم 453 طفلاً وطفلةً بأعمارراوح ما بين (5,1- 16 سنة) بعد استبعاد الأطفال المعالجين تحت التخدير العام، وهم الأطفال المعوقون، ومن لم يكن لديه قدرة على التعاون. وزع الأطفال إلى أربع فئات عمرية (2) وفق

جدول (1) (10) : مقياس *Salviiov-Tinawi*

الدرجة	السلوك	صفاته
1	سلبي مطلق (--)	رفض المعالجة، بكاء شديد، خوف، تهيج، مقاومة شديدة للمعالجة، هروب من الكرسي
2	سلبي (-)	رفض المعالجة، دون مقاومة أو انقباض، دموع، صمت، تجنب الاتصال مع الطبيب
3	متردد (o)	تعايير عدم الرضى، أوضاع متوترة على الكرسي، حذر، استجابة بطيئة للأوامر.
4	إيجابي (+)	استجابة بطيئة للأوامر، تعاون حذر دون رفض المعالجة.
5	إيجابي مطلق (++)	علاقة ودية تعاونية مع الطبيب، سرور وابتهاج واستمتاع بالمعالجة.

الدراسة الإحصائية: حسب قيم معامل الارتباط سبيرمان لدراسة طبيعة العلاقة بين عمر الطفل (بالسنوات) ودرجة التعاون. ولدراسة دلالة الفروق في تكرارات درجة التعاون بين مجموعات الفئات العمرية المختلفة أجري اختبار *Kruskal-Wallis*. أجري اختبار *Mann-Whitney U* لدراسة دلالة الفروق في تكرارات درجة تعاون الطفل بحسب الجنس، وكذلك لدراسة دلالة الفروق في تكرارات درجة التعاون بين مجموعة الأطفال السليمين ومجموعة الأطفال المصابين بمرض واحد أو أكثر. درست العلاقة

بين درجات التعاون المختلفة للأطفال وطرائق تدبير السلوك المستخدمة في القسم. لم تدرس تأثير نوع الإجراء السني في درجة التعاون أو اختيار الطريقة الملائمة لتدبير السلوك بل ترك ذلك لبحث آخر. ولمعرفة أكثر الطرائق المستخدمة لتدبير سلوك الأطفال في القسم خلال المعالجات السنية درست كل طريقة من هذه الطرائق بشكل منفرد وربطت بدرجة تعاون الطفل على الرغم من ترافق أو تتالي استخدام أكثر من طريقة لدى الطفل الواحد في معظم الحالات. أجريت التحاليل الإحصائية للنتائج

باستخدام برنامج SPSS الإصدار 13.0، واعتمدت $P <$ سنة) بمتوسط حسابي مقداره سبع سنوات ونصف تقريباً 0.05 كمستوى دلالة إحصائية للنتائج.

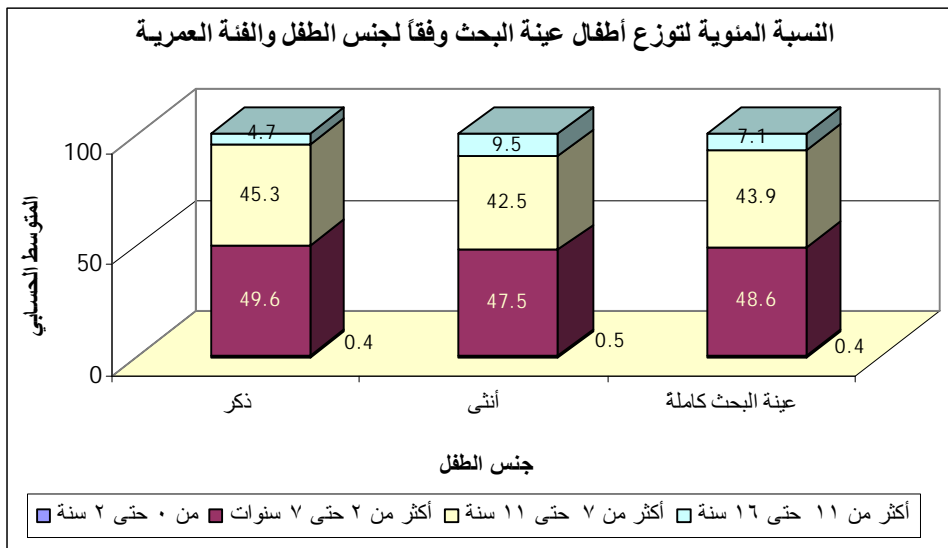
النتائج:
أولاً: نتائج توزيع العينة وفق العمر والجنس والحالة الصحية العامة:

بلغ عدد الأطفال المشمولين بالدراسة 453 طفلاً وطفلةً، ونسبة من هم بعمر السنين أو أقل (0,4%) كما في ويلاحظ أن عدد الذكور في مجمل العينة كان مماثلاً للجدول (3). الغالبية العظمى من الأطفال كانوا سليمين تقريباً لعدد الإناث وبأعمار راوحت بين (1,5 - 16) من الأمراض العامة بنسبة 92,7% كما في الجدول (4).
جدول رقم (2) يبين توزيع أطفال عينة البحث وفقاً لجنس الطفل والحد الأدنى والأعلى والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري لأعمار الأطفال.

المتغير المدروس	جنس الطفل	عدد الأطفال	النسبة المئوية	الحد الأدنى	الحد الأعلى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
عمر الطفل (بالسنوات)	ذكر	232	51.2	2.0	16	7.28	2.69
	أنثى	221	48.8	1.5	16	7.65	2.80
	عينة البحث كاملة	453	100	1.5	16	7.46	2.74

جدول رقم (3) يبين توزيع أطفال عينة البحث وفقاً لجنس الطفل والفئة العمرية.

الفئة العمرية للطفل	عدد الأطفال		النسبة المئوية	
	ذكر	أنثى	عينة البحث كاملة	عينة البحث كاملة
من 0 حتى 2 سنة	1	1	2	0.4
أكثر من 2 حتى 7 سنوات	115	105	220	48.6
أكثر من 7 حتى 11 سنة	105	94	199	43.9
أكثر من 11 حتى 16 سنة	11	21	32	7.1
المجموع	232	221	453	100



مخطط رقم (1) يمثل النسبة المئوية لتوزيع أطفال عينة البحث وفقاً لجنس الطفل والفئة العمرية.

جدول رقم (4) يبين توزيع الأطفال في عينة البحث وفقاً لحالة الصحة العامة للطفل.

النسبة المئوية	عدد الأطفال	حالة الصحة العامة للطفل
92.7	420	سليم (لا توجد أمراض عامة)
7.3	33	يوجد مرض واحد أو أكثر
		نوع المرض العام
		عدد الأطفال
		النسبة المئوية
18.2	6	سوء تصنع مينائي
12.1	4	فوال
12.1	4	متلازمة سوء تصنع وريقة خارجية
12.1	4	تحسس من البنسلين ومشتقاته
9.1	3	قصور كلوي
9.1	3	فقر دم
6.2	2	تحسس من الأسبرين
3.0	1	شلل أطراف سفلية
3.0	1	متلازمة بابليون لوفيفر
3.0	1	متلازمة شاركو ماري توس
12.1	4	شق شفة وقبة حنك
100	33	المجموع
100	453	المجموع

ثانياً: نتائج دراسة درجات تعاون الأطفال في العينة:

- دراسة تأثير جنس الطفل في درجة تعاونه:

جدول رقم (5) يبين نتائج مراقبة درجة تعاون الطفل في عينة البحث وفقاً لجنس الطفل.

النسبة المئوية			عدد الأطفال			درجة التعاون
عينة البحث كاملة	أنثى	ذكر	عينة البحث كاملة	أنثى	ذكر	
12.6	13.1	12.1	57	29	28	سلبي مطلق
27.4	27.6	27.2	124	61	63	سلبي
2.2	1.4	3.0	10	3	7	متردد
51.7	50.7	52.6	234	112	122	إيجابي
6.1	7.2	5.2	28	16	12	إيجابي مطلق
100	100	100	453	221	232	المجموع

من الجدول (5) نلاحظ أن تعاون الأطفال في عينة البحث كان إيجابياً بنسبة 51.7%، وسلبيّاً بنسبة 27.4%، وسلبيّاً مطلقاً بنسبة 12.6%، وإيجابياً مطلقاً بنسبة 6.1%، والذين كانوا متردّدين بين الإيجابي والسلبي قلائل (بنسبة 2.2% فقط).

جدول رقم (6) يبين نتائج اختبار Mann-Whitney U لدراسة دلالة الفروق في تكرارات درجة تعاون الطفل بين مجموعة الأطفال الذكور ومجموعة الإناث في عينة البحث.

المتغير المدروس	جنس الطفل	عدد الأطفال	متوسط الرتب	قيمة U	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
درجة تعاون الطفل	ذكر	232	226.54	25529.0	0.933	لا توجد فروق دالة
	أنثى	221	227.48			

يُلاحظ في الجدول (6) أن قيمة مستوى الدلالة أكبر بكثير من القيمة 0.05، أي عند مستوى الثقة 95% لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات درجة تعاون الطفل بين الذكور و الإناث.

- دراسة تأثير عمر الطفل في درجة تعاونه:

جدول رقم (7) يبين نتائج حساب قيم معامل الارتباط سبيرمان لدراسة طبيعة العلاقة بين عمر الطفل (بالسنوات) ودرجة التعاون في عينة البحث.

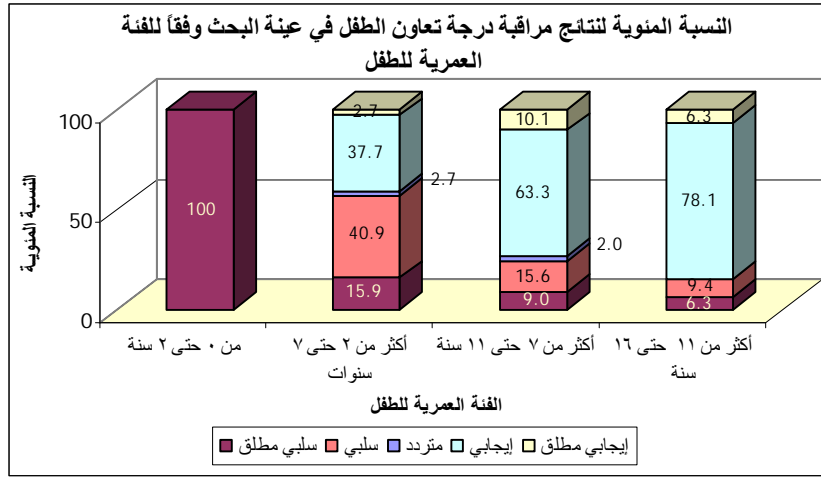
شدة العلاقة	جهة العلاقة	دلالة وجود العلاقة	عمر الطفل (بالسنوات)			جنس الطفل	درجة تعاون الطفل
			قيمة مستوى الدلالة	عدد الأطفال	قيمة معامل الارتباط		
متوسطة	طردية	توجد علاقة ارتباط	0.000	232	0.474	ذكر	درجة
ضعيفة	طردية	توجد علاقة ارتباط	0.000	221	0.366	أنثى	تعاون
ضعيفة	طردية	توجد علاقة ارتباط	0.000	453	0.422	عينة البحث كاملة	الطفل

يُلاحظ في الجدول (7) أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة 0.05 مهما كان جنس الطفل (ذكر، أنثى) وفي عينة البحث كاملة، أي عند مستوى الثقة 95% توجد علاقة ارتباط بين عمر الطفل (بالسنوات) ودرجة التعاون: مهمما كان جنس الطفل. ولما كانت الإشارة الجبرية لقيم معاملات الارتباط المحسوبة موجبة استنتجنا أن كلاً من العلاقات الموافقة كانت طردية، أي إنَّ ازدياد قيم عمر الطفل يوافق ارتفاعه في درجة التعاون.

- دراسة تأثير الفئة العمرية للطفل في درجة التعاون:

جدول رقم (8) يبين نتائج مراقبة درجة تعاون الطفل في عينة البحث وفقاً للفئة العمرية.

النسبة المئوية				عدد الأطفال				درجة التعاون
أكثر من 11 سنة	أكثر من 7 حتى 11 سنة	أكثر من 2 حتى 7 سنوات	من 0 حتى 2 سنة	أكثر من 11 حتى 16 سنة	أكثر من 7 حتى 11 سنة	أكثر من 2 حتى 7 سنوات	من 0 حتى 2 سنة	
6.3	9.0	15.9	100	2	18	35	2	سلبي مطلق
9.4	15.6	40.9	0	3	31	90	0	سلبي
0	2.0	2.7	0	0	4	6	0	متردد
78.1	63.3	37.7	0	25	126	83	0	إيجابي
6.3	10.1	2.7	0	2	20	6	0	إيجابي مطلق
100	100	100	100	32	199	220	2	المجموع



مخطط رقم (2): النسب المئوية لنتائج مراقبة درجة تعاون الطفل وفقاً للفئة العمرية.

من المخطط (2) نلاحظ أن تعاون الأطفال في مجموعة قريبة من نسبة تكرار التعاون الإيجابي، لكنها تتناقص في الأطفال ذوي الفئة العمرية (من 0 حتى 2 سنة) كان سلبياً مطلقاً بنسبة 100%، أي إنهم غير متعاونين إطلاقاً. في حين نجد في مجموعة الفئة العمرية (أكثر من 2 حتى 7 سنوات) أن نسبة تكرار التعاون السلبي للأطفال كانت

جدول رقم (9) يبين نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدراسة دلالة الفروق في تكرارات درجة تعاون الطفل بين مجموعات الفئة العمرية للطفل في عينة البحث.

المتغير المدروس	الفئة العمرية للطفل	عدد الأطفال	متوسط الرتب	قيمة كأي مربع	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
درجة تعاون الطفل	أكثر من 2 حتى 7 سنوات	220	185.12	51.012	0.000	توجد فروق دالة
	أكثر من 7 حتى 11 سنة	199	262.58			
	أكثر من 11 حتى 16 سنة	32	279.56			

يُلاحظ في الجدول (9) أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة 0.05، أي إنه عند مستوى الثقة 95% توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات درجة تعاون الطفل بين اثنتين على الأقل من مجموعات الفئة العمرية للطفل في عينة البحث، ولمعرفة أي المجموعات تختلف عن الأخرى في درجة التعاون أجري اختبار Mann-Whitney U بهدف المقارنة الثنائية في تكرارات

جدول رقم (10) يبين نتائج اختبار Mann-Whitney U لدراسة دلالة الفروق الثنائية في تكرارات درجة تعاون الطفل بين مجموعات الفئة العمرية للطفل الثلاث المدروسة.

المتغير المدروس	الفئة العمرية للطفل (أ)	الفئة العمرية للطفل (ب)	قيمة U	قيمة مستوى الدلالة المقدر	دلالة الفروق
درجة تعاون الطفل	أكثر من 2 حتى 7 سنوات	أكثر من 7 حتى 11 سنة	14398.0	0.000	توجد فروق دالة
	أكثر من 2 حتى 7 سنوات	أكثر من 11 حتى 16 سنة	2018.5	0.000	توجد فروق دالة
	أكثر من 7 حتى 11 سنة	أكثر من 11 حتى 16 سنة	2971.5	0.474	لا توجد فروق دالة

يُلاحظ في الجدول (10) أن قيمة مستوى الدلالة أكبر بكثير من القيمة 0.05 عند مقارنة تكرارات درجة التعاون بين مجموعة الأطفال ذوي الفئة العمرية (أكثر من 2 حتى 7 سنوات) كانت أصغر منها في كل من المجموعتين الأكبر سنة) ومجموعة الأطفال ذوي الفئة العمرية (أكثر من 11 حتى 16 سنة)، أي إنه عند مستوى الثقة 95% لا توجد فروق ثنائية ذات دلالة إحصائية في تكرارات درجة التعاون بين هاتين المجموعتين. أمّا بين باقي المجموعات المدروسة فيُلاحظ فروق ثنائية ذات دلالة إحصائية.

- دراسة تأثير حالة الصحة العامة للطفل في درجة التعاون:

جدول رقم (11) يبيّن نتائج مراقبة درجة تعاون الطفل وفقاً لحالة الصحة العامة للطفل.

النسبة المئوية	عدد الأطفال		درجة التعاون
	سليم	يوجد مرض واحد أو أكثر	
42.4	10.2	14	سليم مطلق
21.2	27.9	7	سليم
0	2.4	0	متردد
36.4	52.9	12	إيجابي
0	6.7	0	إيجابي مطلق
100	100	33	المجموع

جدول رقم (12): نتائج اختبار Mann-Whitney U لدراسة دلالة الفروق في درجة تعاون الطفل بين مجموعة الأطفال السليمين ومجموعة الأطفال المصابين بمرض واحد أو أكثر.

المتغير المدروس	حالة الصحة العامة للطفل	عدد الأطفال	متوسط الرتب	قيمة U	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
درجة تعاون الطفل	سليم	420	233.06	4383.5	0.000	توجد فروق دالة
	مصاب بمرض واحد أو أكثر	33	149.83			

يُلاحظ في الجدول (12) أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة 0.05، أي عند مستوى الثقة 95% توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات درجة تعاون الطفل بين مجموعة الأطفال السليمين ومجموعة الأطفال المصابين بمرض واحد أو أكثر. وبدراسة قيم متوسطات الرتب يُلاحظ أن قيمة متوسط الرتب لدرجة تعاون الطفل في مجموعة الأطفال السليمين أكبر مما هي في مجموعة

جدول رقم (13) يبيّن نتائج مراقبة طرائق التدبير السلوكي المتبعة في القسم

النسبة المئوية	المجموع	عدد الأطفال	طريقة التدبير السلوكي المتبعة
31.1	141	121 20	فصل الطفل عن الأهل + T.S.D
20.7	94	3 13 2 68 8	فصل الطفل عن الأهل + T.S.D + التعزيز الإيجابي

11.2	51	5 13 3 30	فصل الطفل عن الأهل + T.S.D + سيطرة صوتية
6.8	31	2 19 3 7	فصل الطفل عن الأهل + T.S.D + سيطرة صوتية + تعزيز إيجابي (7-11 سنة)
5.9	27	21 1 5	فصل الطفل عن الأهل + T.S.D + سيطرة صوتية + تعزيز إيجابي + تشنيت انتباه (دون سن المدرسة)
5.5	25	21 1 3	فصل الطفل عن الأهل + سيطرة صوتية + تعزيز إيجابي + تشنيت انتباه (دون سن المدرسة)
3.9	18	10 8	فصل الطفل عن الأهل + سيطرة صوتية + H.O.M
2.4	11	5 6	فصل الطفل عن الأهل + T.S.D + تركيب بالنايتروس
2	9	7 2	فصل الطفل عن الأهل + سيطرة صوتية + تشنيت انتباه + نايتروس
1.5	7	5 2	فصل الطفل عن الأهل + تعزيز إيجابي + تشنيت انتباه + نايتروس
1.5	7	4 3	فصل الطفل عن الأهل + تركيب بالميدازولام + نايتروس
0.6	3	1 2	فصل الطفل عن الأهل + ميدازولام + كايح حركة
1.5	7	5 2	وجود الأهل + T.S.D + تعزيز إيجابي + سيطرة صوتية
0.9	4	1 3	وجود الأهل تعزيز إيجابي + سيطرة صوتية + تشنيت انتباه
0.9	4	2 2	وجود الأهل سيطرة صوتية + HOM
0.9	4	1 3	وجود الأهل + T.S.D + تركيب بالنايتروس
1.1	5	3 2	وجود الأهل سيطرة صوتية + نايتروس
1.1	5	3 2	وجود الأهل تركيب بالميدازولام
100	453	57,124,10,234,28	المجموع

يلاحظ من الجدول (13) تعدد الطرائق النفسية المستخدمة في تدبير سلوك الأطفال في القسم خلال المعالجات السنية عموماً، وذلك تبعاً للاختلافات في درجات التعاون بين الأطفال فضلاً عن تعدد المعالجات السنية المختلفة المجراة في القسم وتعدد الأطباء المعالجين المختلفين فيما بينهم (بحسب شخصية كل منهم) في اختيار طريقة تدبير السلوك الأنسب لكل طفل لإتمام المعالجة السنية. لوحظ أن العدد الأكبر من أطفال العينة (141 طفلاً) فصلوا عن مرافقيهم واتباع طريقة (TSD) بنسبة 31,1% وقد تضمنت مختلف وسائل الشرح والمقاربة واستخدام الأمثلة لإقناع الطفل بالمعالجة ثم البدء بالعمل. كما استخدم

التعزيز الإيجابي مع هذه الطريقة لدى 94 طفلاً بنسبة 20,7%. وتمت مصاحبتها بالسيطرة الصوتية لدى 51 طفلاً بنسبة 11,2% وبالسيطرة الصوتية مع التعزيز الإيجابي لدى 31 طفلاً بنسبة 6,8%، واستخدم معها التعزيز الإيجابي والسيطرة الصوتية وتشنيت الانتباه لدى 27 طفلاً بنسبة 5,9%. وهناك حالات ولأسباب مختلفة بعد فصل الطفل عن أهله لم يكن ممكناً استخدام طريقة (TSD) خصوصاً بأعمار دون سن المدرسة بل استخدمت فيها مباشرة السيطرة الصوتية والتعزيز الإيجابي مع تشنيت الانتباه لدى 25 طفلاً بنسبة 5,5%. واستخدمت لدى 18 طفلاً السيطرة الصوتية مع طريقة (HOM) بنسبة

طرائق تدبير سلوك الأطفال وعلاقتها بدرجات تعاونهم في قسم طب أسنان الأطفال بجامعة دمشق

3,9%. واستخدم التركيز الاستثنائي بغاز النايتروس مع التركيز الدوائي بالميدازولام أو التركيز الاستثنائي سواء (TSD) لدى 11 طفلاً فقط بنسبة 2,4%. وهناك حالات قليلة متفرقة تم فيها التدبير السلوكي بوجود مرافقي الطفل وذلك بسبب صغر سن الطفل، أو وجود حالة صحية لدى الطفل تتطلب وجودهم، وفي حالات أخرى استخدم رابعاً: نتائج مراقبة طرائق التدبير السلوكي المتبعة في القسم وفقاً لدرجة التعاون: أ - في مجموعة الأطفال ذوي الدرجة 1 (سلبي مطلق):

جدول رقم (14) يبين نتائج مراقبة طرائق التدبير السلوكي المتبعة في القسم لمجموعة الأطفال ذوي درجة التعاون (سلبي مطلق).

المجموعة المدروسة = مجموعة الأطفال ذوي درجة التعاون (سلبي مطلق)		
النسبة المئوية	عدد الأطفال	التدبير السلوكي المتبع من قبل الطبيب المعالج
5.2	3	فصل الطفل عن الأهل+T.S.D + التعزيز الإيجابي
8.7	5	فصل الطفل عن الأهل + T.S.D + سيطرة صوتية
3.5	2	فصل الطفل عن الأهل+T.S.D + سيطرة صوتية+تعزيز إيجابي (7-11 سنة)
17.5	10	فصل الطفل عن الأهل + سيطرة صوتية + H.O.M
8.7	5	فصل الطفل عن الأهل+T.S.D + تركين بالنايتروس
12.3	7	فصل الطفل عن الأهل +سيطرة صوتية+ تثبت انتباه + نايتروس
8.7	5	فصل الطفل عن الأهل+ تعزيز إيجابي + تثبت انتباه + نايتروس
7	4	فصل الطفل عن الأهل+تركين بالميدازولام+ نايتروس
1.7	1	فصل الطفل عن الأهل +ميدازولام +كايح حركة
8.7	5	وجود الأهل+T.S.D +تعزيز إيجابي + سيطرة صوتية
3.5	2	وجود الأهل سيطرة صوتية+ HOM
3.5	2	وجود الأهل+T.S.D + تركين بالنايتروس
5.2	3	وجود الأهل + سيطرة صوتية + نايتروس
5.2	3	وجود الأهل تركين بالميدازولام
100	57	عدد الأطفال

ب- في مجموعة الأطفال ذوي الدرجة 2 (سلبي):

جدول رقم (15) يبين نتائج مراقبة طرائق التدبير السلوكي المتبعة في القسم لمجموعة الأطفال ذوي درجة التعاون (سلبي).

المجموعة المدروسة = مجموعة الأطفال ذوي درجة التعاون (سلبي)		
النسبة المئوية	عدد الأطفال	التدبير السلوكي المتبع من قبل الطبيب المعالج
10.5	13	فصل الطفل عن الأهل+T.S.D + التعزيز الإيجابي
10.5	13	فصل الطفل عن الأهل + T.S.D +سيطرة صوتية
15.3	19	فصل الطفل عن الأهل+T.S.D + سيطرة صوتية+تعزيز إيجابي (7-11 سنة)
16.9	21	فصل الطفل عن الأهل+T.S.D + سيطرة صوتية+تعزيز إيجابي+ تثبت انتباه (دون سن المدرسة)
16.9	21	فصل الطفل عن الأهل + سيطرة صوتية+ تعزيز إيجابي + تثبت انتباه (دون سن المدرسة)
6.4	8	فصل الطفل عن الأهل + سيطرة صوتية + H.O.M
4.8	6	فصل الطفل عن الأهل+T.S.D + تركين بالنايتروس

1.6	2	فصل الطفل عن الأهل + سيطرة صوتية + تشتيت انتباه + نايتروس
1.6	2	فصل الطفل عن الأهل + تعزيز إيجابي + تشتيت انتباه + نايتروس
2.4	3	فصل الطفل عن الأهل + تركيز بالميدازولام + نايتروس
1.6	2	فصل الطفل عن الأهل + ميدازولام + كايح حركة
1.6	2	وجود الأهل T.S.D + تعزيز إيجابي + سيطرة صوتية
2.4	3	وجود الأهل + تعزيز إيجابي + سيطرة صوتية + تشتيت انتباه
1.6	2	وجود الأهل سيطرة صوتية + HOM
2.4	3	وجود الأهل + T.S.D + تركيز بالنايتروس
1.6	2	وجود الأهل + سيطرة صوتية + نايتروس
1.6	2	وجود الأهل تركيز بالميدازولام
100	124	عدد الأطفال

ج - في مجموعة الأطفال ذوي الدرجة 3 (متردد):

جدول رقم (16) يبين نتائج مراقبة طرائق التدبير السلوكي المتبعة في القسم لمجموعة الأطفال ذوي درجة التعاون (متردد).

المجموعة المدروسة = مجموعة الأطفال ذوي درجة التعاون (متردد)		
النسبة المئوية	عدد الأطفال	التدبير السلوكي المتبع من قبل الطبيب المعالج
20	2	فصل الطفل عن الأهل + T.S.D + التعزيز الإيجابي
30	3	فصل الطفل عن الأهل + T.S.D + سيطرة صوتية
30	3	فصل الطفل عن الأهل + T.S.D + سيطرة صوتية + تعزيز إيجابي (7-11 سنة)
10	1	فصل الطفل عن الأهل + T.S.D + سيطرة صوتية + تعزيز إيجابي + تشتيت انتباه (دون سن المدرسة)
10	1	فصل الطفل عن الأهل + سيطرة صوتية + تعزيز إيجابي + تشتيت انتباه (دون سن المدرسة)
100	10	عدد الأطفال

د - في مجموعة الأطفال ذوي الدرجة 4 (إيجابي):

جدول رقم (17) يبين نتائج مراقبة طرائق التدبير السلوكي المتبعة في القسم لمجموعة الأطفال ذوي درجة التعاون (إيجابي).

المجموعة المدروسة = مجموعة الأطفال ذوي درجة التعاون (إيجابي)		
النسبة المئوية	عدد الأطفال	التدبير السلوكي المتبع من قبل الطبيب المعالج
51.7	121	فصل الطفل عن الأهل + T.S.D
29.0	68	فصل الطفل عن الأهل + T.S.D + التعزيز الإيجابي
12.8	30	فصل الطفل عن الأهل + T.S.D + سيطرة صوتية
3	7	فصل الطفل عن الأهل + T.S.D + سيطرة صوتية + تعزيز إيجابي (7-11 سنة)
2.1	5	فصل الطفل عن الأهل + T.S.D + سيطرة صوتية + تعزيز إيجابي + تشتيت انتباه (دون سن المدرسة)
1.3	3	فصل الطفل عن الأهل + سيطرة صوتية + تعزيز إيجابي + تشتيت انتباه (دون سن المدرسة)
100	234	عدد الأطفال

هـ - في مجموعة الأطفال ذوي الدرجة 5 (إيجابي مطلق):

جدول رقم (18) يبين نتائج مراقبة طرائق التدبير السلوكي المتبعة في القسم لمجموعة الأطفال ذوي درجة التعاون (إيجابي مطلق).

المجموعة المدروسة = مجموعة الأطفال ذوي درجة التعاون (إيجابي مطلق)		
---	--	--

طرائق تدبير سلوك الأطفال وعلاقتها بدرجات تعاونهم في قسم طب أسنان الأطفال بجامعة دمشق

النسبة المئوية	عدد الأطفال	التدبير السلوكي المتبع من قبل الطبيب المعالج
71.4	20	فصل الطفل عن الأهل + T.S.D
28.5	8	فصل الطفل عن الأهل + T.S.D + التعزيز الإيجابي
100	28	عدد الأطفال

نلاحظ من الجدول (18) أن لدى الأطفال ذوي درجة التعاون (5) الإيجابي المطلق مقارنة بباقي مجموعات درجات التعاون قد استخدم العدد الأقل من الطرائق السلوكية، فلم تستخدم سوى طريقة الفصل عن الأهل المترافقة مع طريقة (TSD) التي ترافقت أحياناً مع التعزيز الإيجابي. أمّا لدى الأطفال ذوي درجة التعاون (4) الإيجابي والذين هم أقل تعاوناً من المجموعة السابقة فضلاً عن فصلهم عن أهلهم الذي كان ضرورياً مع استخدام طريقة (TSD) استخدم التعزيز الإيجابي أو السيطرة الصوتية، ولدى الأطفال الأصغر سناً السيطرة الصوتية مع التعزيز الإيجابي وتشتيت الانتباه (الجدول 17). وفي مجموعة الأطفال ذوي درجة التعاون (3) المتردد استخدمت الطرق السلوكية نفسها المستخدمة لدى الأطفال ذوي التعاون (4) الإيجابي وذلك لنقلهم من السلوك المتردد إلى الإيجابي مع ملاحظة مشاركة طريق (TSD).

بالتعزيز الإيجابي أو بالسيطرة الصوتية أو تشتيت الانتباه أو كلها معاً (الجدول 16). في مجموعة الأطفال ذوي التعاون (2) السلبي تعددت الطرائق السلوكية تعداداً كبيراً لتشمل فضلاً عن فصل الطفل عن أهله استخدام السيطرة الصوتية والتعزيز الإيجابي وتشتيت الانتباه والطريقة البغيفية (HOM)، واستخدام التركين الدوائي بالميدازولام أو الاستنشاق بغاز النايتروس وأحياناً مع كبح الحركة، وكان وجود الأهل بالقرب من الطفل أحياناً ضرورياً في أثناء المعالجة (الجدول 15). أمّا في مجموعة الأطفال ذوي التعاون (1) السلبي المطلق فيلاحظ إضافة استخدام التركين الدوائي والاستنشاق وزيادة نسبة استخدام السيطرة الصوتية والطريقة البغيفية (HOM) مع بقاء إمكانية استخدام الطرائق السلوكية الأخرى المستخدمة لدى المجموعات الأخرى (الجدول 14).

خامساً: نتائج دراسة علاقة استخدام كل طريقة من طرائق تدبير سلوك الأطفال بدرجات تعاونهم خلال المعالجات السنوية في القسم:

الجدول (19): يبين النسب المئوية لاستخدام كل طريقة من طرائق تدبير سلوك الأطفال بحسب درجات تعاونهم خلال المعالجات السنوية في القسم.

درجة التعاون / طريقة تدبير السلوك	1 --	2 -	3 0	4 +	5 ++
	%	%	%	%	%
فصل الطفل عن الأهل	42	73.6	87	100	28
إقناع الطفل TSD	22	38.6	77	90	28
التعزيز الإيجابي	10	17.5	79	70	8
السيطرة الصوتية	34	59.6	93	80	0
تشتيت الانتباه	12	21	49	20	0
التركين بالنايتروس	26	45.6	18	0	0
التركين بالميدازولام	7	12.3	5	0	0
HOM	12	21	10	0	0

0	0	0	0	0	0	1.6	2	1.75	1	كايح الحركة
0	0	0	0	0	0	11.3	14	26.3	15	وجود الأهل
100	28	100	234	100	10	100	124	100	57	عدد الأطفال

يلاحظ من الجدول (19) أن طريقة فصل الطفل عن أهله استخدمت في مجموعات الأطفال كلها على اختلاف درجات تعاونهم إذ بلغت نسبة استخدامها لدى أطفال الدرجة (5) (الإيجابي المطلق) 100% ولدى أطفال الدرجة (4) (الإيجابي) 83% تقريباً ولدى أطفال الدرجة (3) (المتروك) 100% ولدى أطفال الدرجة (2) (السليبي) 70% وأطفال الدرجة (1) (السليبي المطلق) 73% ، الأمر الذي يدل على أن هذه الطريقة قد بلغ استخدامها أقصاه لدى أطفال الدرجة (5) و(4) و(3) في حين تناقص استخدامها رغم فائدتها مع نقص قدرة الأطفال على التعاون، حيث كان وجود الأهل بالقرب من الطفل ضرورياً في أثناء معالجة أطفال الدرجة (1) و(2) المركنين دوائياً أو ممن هم دون سن التعاون (3 سنوات)، وقد بلغت نسبة استخدام وجود الأهل مع الطفل في أثناء المعالجة 28% لدى أطفال الدرجة (1) و11% لدى أطفال الدرجة (2) ولم يكن هناك حاجة لوجود الأهل عند باقي مجموعات درجات التعاون. ومن الملاحظ أيضاً أن طريقة (TSD) ينطبق عليها ما ذكر عن طريقة فصل الطفل عن أهله إذ بلغ استخدامها أقصاه لدى أطفال الدرجة (5) و(4) و(3) في حين تناقص استخدامها رغم فائدتها مع تناقص عمر الطفل وانخفاض درجة تعاونه. بينما نجد أن طريقة التعزيز الإيجابي يقل استخدامها مع ارتفاع درجة التعاون ويزداد مع تناقصها إلا في حالة أطفال الدرجة (1) حيث قلت نسبة استخدامها إلى 19% إذ تقل الفائدة من التعزيز الإيجابي لدى هؤلاء الأطفال الأمر الذي يستدعي استخدام طرائق أخرى، ونجد أن

السيطرة الصوتية استخدمت عند هؤلاء بنسبة 61% وهي أكبر بكثير مما هي للتعزيز الإيجابي وبقي استخدامها مع درجتي التعاون السلبي والمتروك في حين قل استخدامها مع درجة التعاون الإيجابي وانعدم مع درجة الإيجابي المطلق. أمّا طريقة تشتيت الانتباه فقد حققت النسبة العليا مع درجة التعاون السلبي (2) لأنها -على ما يبدو- لم تكن ذات فائدة كبيرة مع أطفال الدرجة (1) ومع أطفال الدرجة (3) ولم تكن ضرورية لدى أطفال الدرجة (4) أو أطفال الدرجة (5). أمّا التركيز بالنايتروس فقد انحصر استخدامه في القسم كما لاحظنا في (الجدول 19) أولاً عند أطفال الدرجة (1) ثم عند أطفال الدرجة (2) وذلك لفائدته عند هؤلاء الأطفال وضرورة اللجوء إليه بالمشاركة مع طريقة الـTSD أو السيطرة الصوتية أو التركيز بالميدازولام الذي ينطبق عليه ما ينطبق على التركيز بالنايتروس من حيث علاقته بدرجات التعاون. أمّا الطريقة البغيضة (HOM) فلم تستخدم سوى عند أطفال الدرجة (1) ثم عند أطفال الدرجة (2) وبنسب أعلى مما هي للتركيب بالميدازولام (لقلة توافره في القسم)، وأقل مما هي للتركيب بالنايتروس (المتوفر في القسم بشكل دائم). أمّا استخدام كايح الحركة فكان بنسبة قليلة جداً (1.75%) لدى الأطفال ذوي الدرجة (1) و(1.6%) لدى أطفال الدرجة (2) إذ لم يلجأ لاستخدامه إلا مع الأطفال المعوقين ممن كانت معالجتهم السنوية ممكنة في عيادة القسم، أمّا الباقيون فحولوا إلى المعالجة السنوية تحت التخدير العام.

سادساً : نتائج مراقبة استخدام كل طريقة من طرائق التدبير السلوكي لدى الأطفال في القسم:

الجدول (20): يبين النسبة المئوية لاستخدام كل طريقة من طرائق تدبير سلوك الأطفال لدى أطفال العينة خلال معالجتهم السنية في القسم.

طريقة تدبير السلوك	عدد الأطفال	النسبة المئوية %
فصل الطفل عن الأهل	361	79.6
إفئاع الطفل TSD	227	50.1
التعزيز الإيجابي	188	41.5
السيطرة الصوتية	181	39.9
تشثيت الانتباه	72	15.9
التركين بالنايتروس	44	9.7
التركين بالميدازولام	12	2.6
HOM	22	4.8
كابح الحركة	3	0.66
وجود الأهل	30	6.6
عدد الأطفال	453	100%

نلاحظ من الجدول (20) أن طريقة الفصل عن الأهل قد حققت النسبة العظمى (79,6%) مقارنة بباقي الطرائق المستخدمة في القسم لتدبير سلوك الأطفال خلال معالجتهم السنية، الأمر الذي يعود لطبيعة استقبال الأطفال في عيادة القسم التي تعتمد على اصطحاب الطلاب للأطفال دون ذويهم، أو بقاء الأهل منتظرين خارج العيادة والفئات العمرية والصحة العامة للأطفال المراجعين للقسم التي تتناسب مع فصلهم عن أهلهم فضلاً عما ذكرناه من علاقة ذلك بدرجة تعاونهم. أمّا طريقة (TSD) فقد حقق استخدامها في القسم نسبة (50%) وهذا ما يتوافق مع قدرة غالبية الأطفال على التعاون والاستجابة لهذه الطريقة إذ إنَّ غالبية الأطفال كانوا ضمن الفئات العمرية فوق السنتين. أمّا طريقة التعزيز الإيجابي فجاءت في المرتبة الثالثة من حيث الاستخدام في القسم (41%) ثم السيطرة الصوتية بنسبة أقل (16% تقريباً) ثم التركين بالنايتروس (9.7%) فالطريقة البغيضة (HOM) (4.8%) فالتركين بالميدازولام (2.6%). ثم وجود الأهل بالقرب من الطفل في أثناء المعالجة (6.6%) ونادراً ما استخدم كابح الحركة.

المناقشة:

دلّت نتائج هذه الدراسة على أن درجات التعاون بين الأطفال الذكور والإناث كانت متماثلة، فلا تأثير لمتغير

جنس الطفل في درجة تعاونهم. توافقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة Folayan (4) وآخرين. وتوافقت أيضاً مع نتائج دراسة كل من Brand (20) وKlingberg (21) وVanMeurs (22) في ارتباط درجة تعاون الطفل في العيادة السنية بعمر الطفل ودرجة تطوره العقلي، إلا أنها لا تتفق معها في تأثير عامل الجنس إذ لم تظهر فروق جوهرية بين الأطفال الذكور والطفلات الإناث في درجات التعاون الإيجابية منها والسلبية؛ ربّما بسبب اختلاف الأساليب التربوية المرتبطة بالعوامل التربوية والاجتماعية والثقافية المحيطة بالأطفال الخاصة بكل مجتمع. تقاربت هذه الدراسة مع دراسة كل من Brand (20) وKlingberg (21) وVanMeurs (22) وJohnson (23) و (24) Cameron وآخرين في التصنيف العمري للأطفال إلى أربع فئات وفق مراحل التطور العقلي (4)، ووجود علاقة طردية بين التطور العمري والعقلي وارتفاع درجات التعاون. أمّا الحالة الصحية العامة للطفل فقد كان لها تأثير واضح حيث ازدادت درجات التعاون لدى الأطفال السليمين من الأمراض العامة مقارنة بالأطفال الذين كانوا يعانون من مرض عام واحد على الأقل رغم وجود نسبة لا بأس بها من الأطفال المتعاونين ضمن هؤلاء المرضى بلغت 36,4% تعاوناً إيجابياً، في حين بلغت فيهم نسبة الأطفال ذوي السلوك السلبي المطلق 42,4%. أمّا عند

التعاون الإيجابي وانعدم مع درجة الإيجابي المطلق. أما طريقة تشتيت الانتباه فهي -على ما يبدو- لم تكن ذات فائدة كبيرة مع أطفال الدرجة (1) ومع أطفال الدرجة (3) ولم تكن ضرورية قط لدى أطفال الدرجة (4) أو أطفال الدرجة (5). انحصرت استخدام التريكين بالنايتروس في القسم أولاً عند أطفال الدرجة (1) ثم عند أطفال الدرجة (2) بالمشاركة مع طريقة الـTSD أو السيطرة الصوتية أو التريكين بالميدازولام. استخدمت الطريقة البيغيزة (HOM) أحياناً فقط عند أطفال الدرجة (1) وأطفال الدرجة (2)، ولم يلجأ لاستخدام كايح الحركة إلا مع الأطفال المعوقين ممن كانت معالجتهم ممكنة، أما الباقون فحولوا إلى المعالجة السنية تحت التخدير العام.. توافقت نتائج تقييم الطرائق المستخدمة بشكل عام في القسم لتدبير سلوك الأطفال خلال معالجتهم السنية بغض النظر عن درجات تعاونهم مع نتائج دراسة كل من Allen (12) و Carr (13) و Peretz (14) و Adair (15) و Sharath (16).

الاستنتاجات: لا يكتفى في قسم طب أسنان الأطفال بجامعة دمشق بطريقة واحدة من أجل تدبير سلوك الطفل لإتمام معالجته السنية، بل غالباً ما تتعدد الطرائق لدى الطفل نفسه. يمكن استخدام طريقة فصل الطفل عن أهله، وطريقة (TSD) خلال معالجته مهما كانت درجة تعاونه. وإمكانية استخدام طريقة التعزيز الإيجابي مع تناقص درجات التعاون إلا في حالة أطفال درجة السلب المطلق فتتم مرافقتها بالسيطرة الصوتية. لا استخدم الطريقة البيغيزة إلا نادراً ومع الأطفال غير المتعاونين.

التوصيات: الاستفادة من تحديد درجة تعاون الطفل لاختيار الطريقة السلوكية المناسبة لكل درجة قبل البدء بتدبير سلوكه للمعالجة السنية.

المقترحات: - إجراء دراسة في القسم لمعرفة تأثير نوعية كل معالجة سنية وتأثير كل طريقة من طرائق تدبير السلوك في تغيير درجة التعاون خلال المعالجة.

الأطفال السليمين فنجد أن نسبة الأطفال ذوي السلوك الإيجابي بلغت 52,9% منهم وذوي السلوك الإيجابي المطلق 6,7% فقط، في حين كانت نسبة الأطفال ذوي السلوك السلبي 27,9% والسلبي المطلق 10,2% فقط. هذا يتفق مع كثير من المصادر الطبية المعتمدة مثل McDonald (3) و Marwah (11) و Cameron (24) و Mellett (25) التي أفردت فصولاً خاصة في قواعد التعامل والتدبير السني لذوي الأمراض العامة وذوي الاحتياجات الخاصة. أقرت الدراسة أيضاً بتعدد العوامل المؤثرة في درجة تعاون الطفل في العيادة السنية بما يتفق ونتائج دراسة Venham وزملائه (5-7). حقق استخدام طريقة فصل الطفل عن أهله النسبة العظمى في هذه الدراسة (79,6%) مقارنة بباقي الطرائق المستخدمة. وبلغ استخدامها أقصاه لدى أطفال الدرجة (5) و (4) و (3) في حين تناقص استخدامها رغم فائدتها مع نقص قدرة الأطفال على التعاون، حيث يكون وجود الأهل بالقرب من الطفل ضرورياً في أثناء معالجة أطفال الدرجة (1) و (2) المركنين دوائياً، أو ممن هم دون سن التعاون (3 سنوات). وحققت استخدام طريقة (TSD) في القسم نسبة (50%) وتوافقت غالباً مع طريقة فصل الطفل عن أهله. وجاءت طريقة التعزيز الإيجابي في المرتبة الثالثة من حيث الاستخدام في القسم (41%) ثم السيطرة الصوتية بنسبة أقل (16% تقريباً) ثم التريكين بالنايتروس (9,7%) فالطريقة البيغيزة (HOM) (4,8%) فالتركين بالميدازولام (2,6%) . ثم وجود الأهل بالقرب من الطفل في أثناء المعالجة (6,6%)، ونادراً ما استخدم كايح الحركة بنسبة (0,6%). وقد قل استخدام طريقة التعزيز الإيجابي مع ارتفاع درجة التعاون وفي حالة أطفال الدرجة (1) إذ تقل الفائدة منها لدى هؤلاء، الأمر الذي يستدعي استخدام طرائق أخرى. بينما كثر استخدام السيطرة الصوتية عند أطفال الدرجة (1) بنسبة أكبر بكثير مما هي للتعزيز الإيجابي وانحصرت استخدامها في درجتي التعاون السلبي والمتردد وقل استخدامها مع درجة

References

- 1-Rud B., Kisling E."The influence of mental development on children's acceptance of dental treatment." Scand J Dent Res 1973;81:343-52.
- 2- Cameron A, Widmer R / Handbook of pediatric dentistry / third edition .2009. MOSBY
- 3-McDonald R., Avery D., Dean J./ Dentistry for child and adolescent./ 8th ed. Mosby - an imprint of Elsevier, Missouri: 2004. p. 45-6. †
- 4-Folayan M., Idehen E., Ufomata D."The effect of sociodemographic factors on dental anxiety in children seen in a suburban Nigerian Hospital". Int J Pediatr Dent 2003;13:20-6. †
- 5-Venham L. and Quatrocelli S." The Young Child's Response to Repeated Dental Procedures" J DENT RES 56(7): 734-738 July, 1977.
- 6- Venham L., Bengston D. and Cipes M."Children's Response to Sequential Dental Visits" J DENT RES 1977; 56; 454
- 7 -Venham L., Murray P. and Kremer G. " Personality Factors Affecting the Preschool Child's Response to Dental Stress" J Dent Res 58(11):2046-2051, 1979.
- 8 -Rayen R, Muthu MS, Chandrasekhar Rao R, Sivakumar N. "Evaluation of physiological and behavioral measures in relation to dental anxiety during sequential dental visits in children". Indian J Dent Res. 2006 Jan-Mar;17(1):27-34
- 9 - خردجي محمد نبيه_ مسيلمانى محمد بشار/ طب أسنان الأطفال/ جامعة تشرين 1998.
- 10 - التيناوي محمد - السمان مأمون / طب أسنان الأطفال واليافعين / جامعة دمشق 2006.
- 11-Marwah N. /Textbook of Pediatric dentistry / .2009. JAYPEE
- 12-Allen K, Stanley R, McPherson K. "Evaluation of behavior management technology dissemination in pediatric dentistry". Pediatric Dent 1990;12:79-82.
- 13- Carr K., Wilson S., Nimer S., Thornton J."Behavior management techniques among pediatric dentists practicing in the southeastern United States". Pediatr Dent 1999;21:347-53
- 14- Peretz B., Glaicher H., Ram D. "Child-management techniques their differences in the way female and male pediatric dentists in Israel practice?" Braz Dent J 2003;14:82-6
- 15-Adair S., Waller J., Schaffer T., Rockman R.." A survey of members of the American Academy of Pediatric Dentistry on their use of behavior management techniques". Pediatr Dent 2004;26:159-66.
- 16- Sharath A., Rekka P., Muthu M., Rathna V., Sivakumar N."Children's behavior pattern and behavior management techniques used in a structured postgraduate dental program". Journal of Ind. Society of Pedodont. and Prevent. Dentistry 2009 27(1) 22-26.
- 17- رسلان نبيه : "التركين الواعي عند الأطفال باستخدام أكسيد النايتروس والميدازولام". رسالة ماجستير، جامعة دمشق 2000.
- 18- بارودي قصي : "التركين الواعي عند الأطفال الصغار باستخدام الكيتامين الفموي والميدازولام الأنفي بالمشاركة مع أكسيد النايتروس". رسالة ماجستير، جامعة دمشق 2002.
- 19- قيش خالد " تقويم فعالية التركين العضلي عند الأطفال باستخدام الميدازولام مقارنة مع التركين الفموي والأنفي مع وبدون أكسيد النايتروس". رسالة دكتوراه، جامعة دمشق 2008.
- 20- Brand HS, Gortzak RA TH, Abraham-Inpijn L. "Anxiety and heart rate correlation prior to dental checkup". Int Dent J 1995;45:347-351.
- 21-Klingberg G, Broberg A. "Temperament and child dental fear". Pediatr Dent 1998;20:237-43,.
- 22- Van Meurs P, Howard KE, Versloot J, Veerkamp JS, Freeman R: "Child coping strategies, dental anxiety and dental treatment: the influence of age, gender and childhood caries prevalence." Eur J Paediatr. Dent 2005; 6(4):173-178
- 23- Johnson R. and Dewitt C., Baldwin Jr. " Relationship of Maternal Anxiety to the Behavior of Young Children Undergoing Dental Extraction" J Dent Res 1968; 47; 801
- 24- Cameron A ,Widmer R / Handbook of pediatric dentistry / Secound edition .2003. Mosby
- 25- Mellett D., Welbury R./ Clinical Problem Solving in Orthodontics and Pediatric Dentistry / 2005. Elsevier.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2010/10/26

تاريخ قبوله للنشر 2011/1/27