

تقييم تعاون الأطفال في قسم طب أسنان الأطفال بجامعة دمشق من أجل المعالجات السنية

محمد بشير المنقل*

الملخص

خلفية البحث: إن بيئة العيادة وأسلوب طبيب الأسنان ونوع المعالجة هي عوامل تؤثر في السلوك التعاوني للطفل. وقد يرتبط تعاون الطفل في العيادة أيضاً بالتطور العقلي والعمر والجنس والحالة الصحية العامة وصحة الفم والأسنان.

الهدف من البحث: تقييم السلوك التعاوني للأطفال المراجعين لعيادة قسم طب أسنان الأطفال بجامعة دمشق ومعرفة تأثير العمر والجنس والحالة الصحية العامة وسبب زيارة العيادة في درجة تعاون الطفل.

المواد والطرائق: أجريت الدراسة في قسم طب أسنان الأطفال بجامعة دمشق على 453 طفلاً وطفلةً بأعمار تراوحت ما بين السنة والنصف وست عشرة سنة. وزّعوا إلى أربع فئات عمرية 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). وقسمت أسباب الزيارة (الشكوى الرئيسية) إلى أربع مجموعات: أ- فحص أو استشارة ب- تجميل أو تقويم ج- الشعور بالألم د- وجود انتباج أو تورم. ولتحديد درجة التعاون استخدم مقياس Frankl المعدل من قبل Salviov-Tinawi ذي الدرجات الخمس كما يأتي: 1 - سلبي مطلق 2- سلبي 3 - متردد 4 - إيجابي 5- إيجابي مطلق. أجريت التحاليل الإحصائية للنتائج باستخدام برنامج spss الإصدار 13.0. حسب قيم معامل الارتباط سبيرمان لدراسة طبيعة العلاقة بين عمر الطفل ودرجة التعاون. وأجري اختبار Mann-Whitney U لدراسة تأثير عامل الجنس والعمر والحالة الصحية العامة للطفل. أما لحساب الفروق في تكرار درجة التعاون ما بين مجموعات الفئات العمرية المختلفة وكذلك ما بين مجموعات سبب المراجعة فأجري اختبار Kruskal-Wallis.

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

النتائج: أظهر الأطفال في عينة البحث تعاوناً إيجابياً مطلقاً بنسبة 6.2% فقط وإيجابياً بنسبة 51.7% وسلبياً بنسبة 27.4% وسلبياً مطلقاً بنسبة 12.6%. ودلت النتائج على أنه لا تأثير لمتغير جنس الطفل في درجة تعاون الطفل في عينة البحث ($P=0.933$). كان التعاون الإيجابي لأطفال مجموعة (أكبر من 2 وحتى 7 سنة) أقل بفارق جوهري منه في المجموعتين الأكبر عمراً ($P=0.000$)، في حين لم يكن هناك فارق جوهري ما بين هاتين المجموعتين في درجات التعاون ($P=0.474$). كانت درجة تعاون الأطفال السليمين أعلى مما هي في الأطفال المصابين بمرض عام واحد على الأقل ($P=0.000$). وكانت درجة تعاون الأطفال الذين زاروا القسم بسبب التجميل أو التقويم أعلى مما هي في كل من مجموعات الأطفال الذين زاروا القسم بسبب الفحص السنوي ($P=0.009$)، أو بسبب الشعور بالألم ($P=0.000$)، أو بسبب وجود انتباج أو تورم ($P=0.017$).

الاستنتاجات: يرتبط تعاون الطفل في العيادة بالعمر والتطور العقلي وحالة الطفل الصحية العامة وسبب زيارته للعيادة. لا يوجد ارتباط ما بين جنس الطفل ودرجة تعاونه.
الكلمات المفتاحية: سلوك الأطفال، تعاون الأطفال.

Evaluation of the Cooperative Behavior of Children for Dental Treatment in Department of Pediatric Dentistry –Damascus University

Mohamad Bashier Almonaqel*

Abstract

Background: Environment of clinic, treating-manner of the dentist and the type of dental treatment affect the cooperative behavior of children. Their behavior in clinic is also may related to the age, sex, mental development, general and dental status of the child.

Objectives: The aim of this study was to evaluate cooperative behavior of children in department of pediatric dentistry-Damascus University, and to define its relationship with age, sex, chief complaint and general health status of the child.

Material and methods: This study performed on 453 children aged 1,5-16 years (232 boys and 221 girls) who were experienced different types of dental treatment in department of pediatric dentistry-Damascus University. Children were divided by Piaget Rating Scale to four age groups:(0-2), (>2-7), (>7-11), and (>11-16)years. The reasons for visit (Chief complaints) were categorized into four major types:1-consultation or check up. 2-orthodontic or cosmetic reasons. 3-dental or oral pain. 4- abscess or swelling in the maxillofacial region . Child behavior was evaluated by the Frankl Behavior Rating Scale modified by *Salviou-Tinawi* which consists of 5 steps:1- obvious negative. 2- negative. 3-hesitant. 4- positive. 5- obvious positive. Statistical analyses were performed using SPSS program 13.0.

Results:In this study children showed obvious positive behavior only in 6.2% of cases, whereas the positive behavior was observed in 51.7% . Negative behavior was observed in 27.4% and obvious negative behavior in 12.6%. Results showed that no relationship between the gender and dental behavior ($P=0.933$). Positive behavior in the group of (>2-7 years) was observed less than in other older groups ($P=0.000$), whereas there was no significant differences in behavior patterns between group of age (>7-11) and group of age (>11-16) ($P=0.474$) . Children with general diseases were less cooperative than healthy($P=0.000$). Children who visited the dental clinic for cosmetic reasons showed more cooperative behavior than children with pain($P=0.000$) or swelling ($P=0.017$) or who visited dental clinic to check up ($P=0.009$).

Conclusion : Child behavior in clinic is related to the age, mental development, chief complaint and general health status.

Keywords Child behavior- Child cooperation

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

مقدمة:

صنّف Wright تعاون الأطفال على المستوى السريري

بثلاثة أصناف: 1- طفل متعاون 2- طفل تنقصه القدرة على التعاون 3- طفل يظهر مشكلة سلوكية ولديه قدرة كامنة على التعاون. وصنّف Frankl السلوك التعاوني لدى الأطفال من خلال الملاحظة المباشرة لتعاونهم في العيادة وقسمه إلى أربع درجات وهي: 1- السلوك السلبي الواضح ويرمز له (--،-)، 2- السلبي (-)، 3- الإيجابي (+)، 4- الإيجابي الواضح (++) (1) (2).

ويعدّ هذا التصنيف الأكثر تطبيقاً من قبل أطباء الأسنان والباحثين (1) كما في دراسة Fraone وزملائه (18) ودراسة Reeves (19) ودراسة Primosch (20) ودراسة Chowdhury (21) مع أنه لا يشير إلى نوع السلبية والإجراءات المتبعة لتحسينها (1) (2). عدل هذا التصنيف من قبل Salviو Tinawi بإضافة درجة متوسطة ما بين السلبي والإيجابي وهو السلوك المتردد (2). يتألف هذا المقياس من 5 درجات رئيسية للسلوك لكنه يتصف بعدم الفصل الكلي بين درجاته، حيث هناك 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 (2).

في عيادة قسم طب أسنان الأطفال بجامعة دمشق يقبل الأطفال للمعالجات السنية المتنوعة من مناطق مدينة دمشق وضواحيها وبأعمار مختلفة، ولم يسبق أن تم من قبل تحديد أو تقييم لدرجات تعاون هؤلاء الأطفال في أنواع معالجاتهم السنية كلها.

الهدف من البحث:

تقييم السلوك التعاوني للأطفال المراجعين لعيادة قسم طب أسنان الأطفال بجامعة دمشق، ومعرفة تأثير العمر والجنس والحالة الصحية العامة، وسبب زيارة العيادة في درجة تعاون الطفل.

تختلف معالجة أسنان الأطفال عنها لدى البالغين في نمط العلاقة ما بين طبيب الأسنان والمريض، إذ تتضمن معالجة البالغين عادة علاقة شخص لشخص، في حين تعتمد معالجة الطفل على علاقة الطبيب من جهة والطفل وأهله من جهة أخرى. وقد مثل Wright هذه العلاقة على شكل مثلث سمّي بالمثلث العلاجي الخاص بطب أسنان الأطفال ذي الأركان الثلاثة متبادلة التأثير (1) (2). ولهذا يمكن القول: إن تعاون الطفل، ومن ثمّ نجاح معالجته في عيادة طب الأسنان هما حصيلة العلاقة ما بين الطفل وأهله والطبيب.

إن من أهم العوامل المؤثرة في تعاون الطفل في العيادة السنية البيئة المنزلية كخوف الأم والإخوة وقلقهم من المعالجة السنية والذي يبدأ تأثيره منذ الطفولة المبكرة ويستمر في الأعمار كلها (3) (4)، وكذلك العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية (5). وإن للزيارة السنية الأولى أهمية كبيرة في هذا المجال (6) (7). فعندما يدخل الطفل تجربة المعالجات السنية يُضاف إلى تلك العوامل بيئة العيادة وتأثير أسلوب الطبيب ونوع المعالجة (8-11).

وقد دلت دراسة Brand (12) على أن الفحص السني وحده دون أي إجراء علاجي يؤدي إلى زيادة معدل النبض والضغط والتعرق عند المرضى القلقين أصلاً من المعالجة السنية (13). بينما دلت دراسة كل من Klingberg (14) و Van Meurs (16) على ارتباط درجات تعاون الطفل في العيادة بالعمر والجنس ومستوى الوعي الصحي والمشعر الصحي السني كعدد الحشوات والنخور. وبين

Rud وKisling دور التطور العقلي في تقبل الأطفال للمعالجة السنية (17). وهكذا يمكن أن يكون لعامل العمر والجنس والحالة الصحية العامة وسبب مجيء الطفل إلى العيادة (الشكوى الرئيسية) دور في تعاونهم خلال المعالجة في العيادة السنية.

المواد والطرائق:

معالجته السنوية في زيارته الأولى للقسم استخدم مقياس *Salviiov-Tinawi* المعتمد والمتدرّب عليه جيداً من قبل طلاب الدراسات العليا في القسم كما هو موضح في الجدول (1). وقسمت أسباب الزيارة (الشكوى الرئيسية) إلى أربع مجموعات: أ- الفحص أو الاستشارة ب- تجميل أو تقويم ج- الشعور بالألم د- وجود تورّم. وزع الأطفال إلى أربع فئات عمرية وفق مراحل التطور العقلي لـ Piaget وهي⁽⁴⁾: (0 إلى 2 سنة)، (أكثر من 2 إلى 7 سنوات)، (أكثر من 7 إلى 11 سنة)، (أكثر من 11 إلى 16 سنة). يدرس تأثير نوع الإجراء السنّي في درجة التعاون أو طريقة التدبير السلوكي المستخدمة لإتمام المعالجة بل ترك ذلك لبحث آخر.

عينة الدراسة: شملت الأطفال المعالجين من قبل طلاب الدراسات العليا في عيادة قسم طب أسنان الأطفال بجامعة دمشق خلال الفصل الأول من العام الدراسي 2009-2010، وقد بلغ عددهم 453 طفلاً وطفلةً بأعمار تراوحت ما بين (1,5-16 سنة) بعد استبعاد الأطفال المعوقين المعالجين تحت التخدير العام. يأتي الأطفال إلى القسم عادةً برفقة الطّلاب وأحياناً برفقة ذويهم. صممت استمارة خاصة بالبحث شملت فضلاً عن البيانات الشخصية للطفل: درجة تعاونه، والشكوى الرئيسية والحالة الصحية العامة للطفل اعتماداً على استجابات الطفل أو أهله. ولتحديد درجة تعاون كل طفل خلال

جدول (1): مقياس *Salviiov-Tinawi*⁽²⁾

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)	تعبير 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.

التعاون بين مجموعة الأطفال السليمين ومجموعة الأطفال المصابين بمرض واحد أو أكثر. كما وأجري هذا الاختبار أيضاً بهدف المقارنة الثنائية في تكرارات درجة التعاون بين مجموعات سبب المراجعة الأربع المدروسة. أمّا لدراسة دلالة الفروق في تكرارات درجة التعاون بين مجموعات الفئات العمرية المختلفة، وكذلك بين مجموعات الأطفال المختلفة بحسب سبب المراجعة فأجري اختبار *Kruskal-Wallis*.

- فرغت البيانات من الاستمارات على الحاسوب وفق برنامج إكسل، ثم أُجريت التحاليل الإحصائية للنتائج باستخدام برنامج spss الإصدار 13.0. حسبت قيم معامل الارتباط سبيرمان لدراسة طبيعة العلاقة بين عمر الطفل (بالسنوات) ودرجة التعاون. أُجري اختبار Mann-Whitney U لدراسة دلالة الفروق في تكرارات درجة تعاون الطفل بين مجموعة الأطفال الذكور ومجموعة الإناث، وكذلك لدراسة دلالة الفروق في تكرارات درجة

النتائج : الأمراض العامة الموضحة في الجدول (4). وكما هو

1 - نتائج توزيع أطفال عينة البحث وفق المتغيرات المدروسة:

بلغ عدد الأطفال المشمولين بالدراسة 453 طفلاً وطفلةً بأعمار تراوحت ما بين (1,5 - 16 سنة)، وكانت غالبية الأطفال ضمن الفئتين العمريتين: (أكثر من 2 إلى 7 سنوات) و(أكثر من 7 إلى 11 سنة). ويُلاحظ أن مجموعات الذكور كانت مماثلة بالعدد تقريباً لمجموعات الإناث في الفئات العمرية كلها كما هو في المخطط (1).

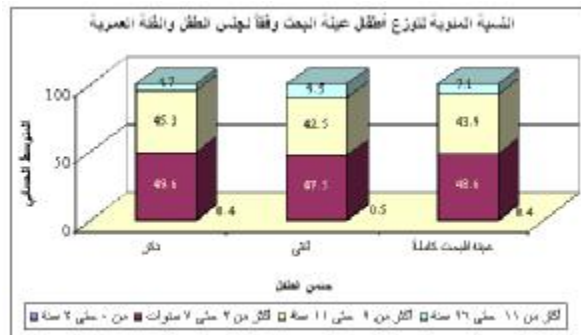
الغالبية العظمى من الأطفال كانوا سليمين من الأمراض العامة بنسبة 92,7%، والباقي كانوا مصابين بأحد

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	ذكر	أنثى
من 0 حتى 2 سنة	1	1	0.4	0.5
أكثر من 2 حتى 7 سنوات	115	105	49.6	47.5
أكثر من 7 حتى 11 سنة	105	94	45.3	42.5
أكثر من 11 حتى 16 سنة	11	21	4.7	9.5
المجموع	232	221	453	100



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

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

عدد الأطفال النسبة المئوية	حالة الصحة العامة للطفل
420 92.7	سليم (لا توجد أمراض عامة)
33 7.3	يوجد مرض واحد أو أكثر

النسبة المئوية	عدد الأطفال	نوع المرض العام
18.2	6	سوء تصنع ميناوي
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

جدول رقم (5) يبين توزع الأطفال في عينة البحث وفقاً لسبب المراجعة.

النسبة المئوية	عدد الأطفال	سبب المراجعة
13.7	62	فحص أو استشارة
20.8	94	تجميل أو تقويم
59.4	269	الشعور بالألم
6.2	28	حدوث انتباج أو تورم
100	453	المجموع

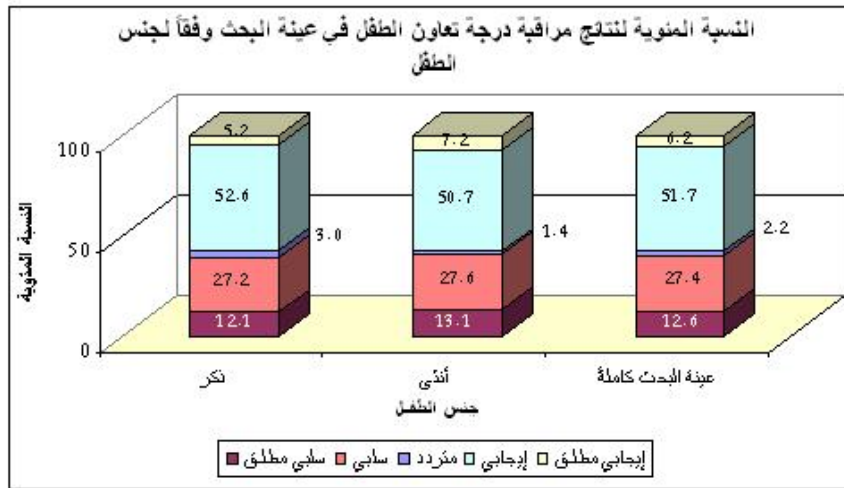
2- نتائج دراسة العلاقة ما بين درجة التعاون وكل من المتغيرات المدروسة (الجنس والعمر والحالة الصحية العامة وسبب المراجعة): يلاحظ من الجدول (7) أنه لا تأثير لمتغير جنس الطفل في درجة تعاون الطفل في عينة البحث. ويلاحظ في الجدول (8) أنه عند مستوى الثقة 95% وجدت علاقة ارتباط بين عمر الطفل ودرجة التعاون مهما كان جنس الطفل، ولما كانت الإشارة الجبرية لقيم معاملات الارتباط المحسوبة موجبة استنتجنا أن كلاً من العلاقات الموافقة كانت طردية (أي إنَّ ازدياد

16 سنة). وأنه لا توجد فروق ثنائية ذات دلالة إحصائية في تكرارات درجة التعاون بين مجموعتي الأطفال ذوي الفئة العمرية (أكثر من 7 حتى 11 سنة) والأطفال ذوي الفئة العمرية (أكثر من 11 حتى 16 سنة). لم يتم إخضاع الفئة العمرية الأولى (0-2 سنة) للتحليل الإحصائي نظراً إلى صغر عددها. ومن الجدول (13) والمخطط (4) يتبين أن درجة تعاون مجموعة الأطفال السليمين كانت أعلى من درجة تعاون مجموعة الأطفال المصابين بمرض واحد على الأقل. ومن الجدول (16) نجد أن درجة تعاون مجموعة الأطفال الذين زاروا القسم بسبب التجميل أو

- دراسة تأثير جنس الطفل في درجة تعاونه:

جدول رقم (6) يبين نتائج مراقبة درجة تعاون الطفل في عينة البحث وفقاً لجنس الطفل.

النسبة المئوية	عدد الأطفال		درجة التعاون
	أنثى	ذكر	
عينة البحث كاملة			
12.6	13.1	12.1	سلبى مطلق
27.4	27.6	27.2	سلبى
2.2	1.4	3.0	متردد
51.7	50.7	52.6	إيجابي
6.2	7.2	5.2	إيجابي مطلق
100	100	100	المجموع



مخطط رقم (2) يمثل النسب المئوية لنتائج مراقبة درجة تعاون الطفل وفقاً لجنس الطفل.

جدول رقم (7) 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 (7) أن قيمة مستوى الدلالة أكبر بكثير من القيمة 0.05، أي إنه عند مستوى الثقة 95% لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات درجة تعاون عينة البحث.

- دراسة تأثير عمر الطفل في درجة تعاونه:

جدول رقم (8) يبين نتائج حساب قيم معامل الارتباط سبيرمان لدراسة طبيعة العلاقة بين عمر الطفل (بالسنوات) ودرجة التعاون في عينة البحث.

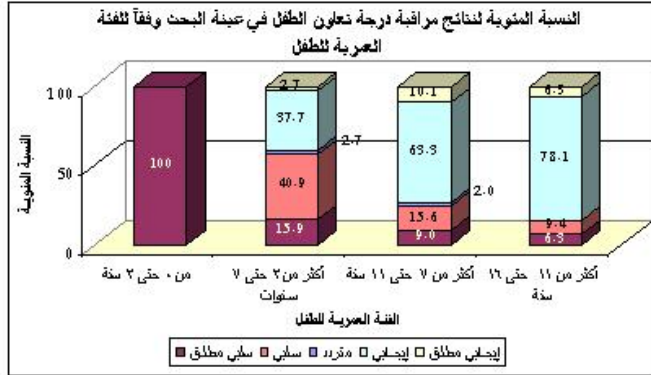
شدة العلاقة	جهة العلاقة	دلالة وجود العلاقة	عمر الطفل (بالسنوات)			جنس الطفل	درجة تعاون الطفل
			قيمة مستوى الدلالة	عدد الأطفال	قيمة معامل الارتباط		
متوسطة	طردية	توجد علاقة ارتباط	0.000	232	0.474	ذكر	درجة تعاون الطفل
ضعيفة	طردية	توجد علاقة ارتباط	0.000	221	0.366	أنثى	
ضعيفة	طردية	توجد علاقة ارتباط	0.000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

يُلاحظ في الجدول (8) أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة 0.05 مهما كان جنس الطفل (ذكر، أنثى) وفي عينة البحث كاملة، أي إنه عند مستوى الثقة 95%

- دراسة تأثير الفئة العمرية للطفل في درجة التعاون:

جدول رقم (9) يبين نتائج مراقبة درجة تعاون الطفل في عينة البحث وفقاً للفئة العمرية.

النسبة المئوية				عدد الأطفال				درجة التعاون
أكثر من 11 حتى 16 سنة	أكثر من 7 حتى 11 سنة	أكثر من 2 حتى 7 سنوات	أكثر 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	سلبى مطلق
9.4	15.6	40.9	0	3	31	90	0	سلبى
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 (3): النسب المئوية لنتائج مراقبة درجة تعاون الطفل وفقاً للفئة العمرية.

جدول رقم (10) 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 (10) 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. درجة التعاون بين مجموعات الفئة العمرية للطفل: Mann-Whitney U بهدف المقارنة الثنائية في تكرارات

جدول رقم (11) يبين نتائج اختبار Mann-Whitney U لدراسة دلالة الفروق الثنائية في تكرارات درجة تعاون الطفل بين مجموعات الفئة العمرية للطفل الثلاث المدروسة.

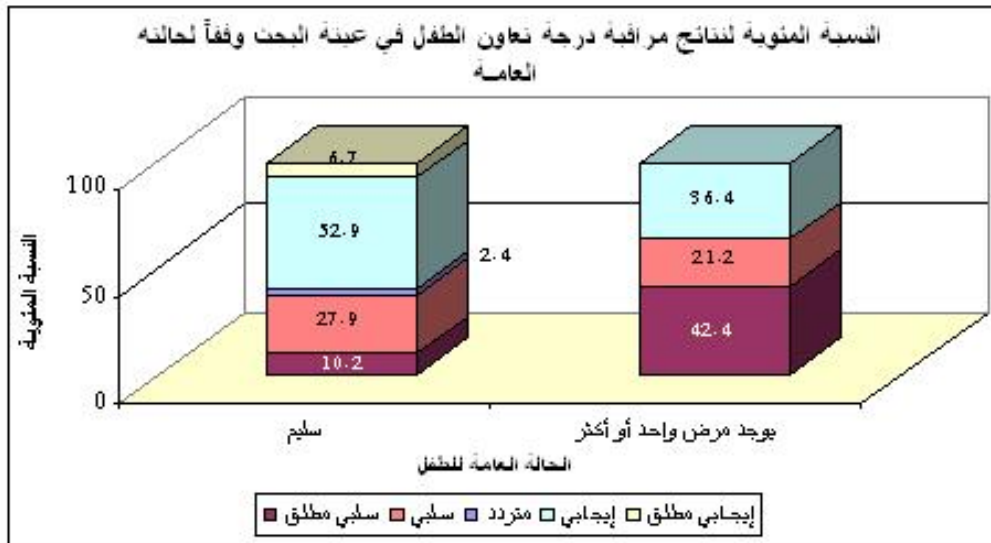
المتغير المدروس	الفئة العمرية للطفل (أ)	الفئة العمرية للطفل (ب)	قيمة U	قيمة مستوى الدلالة المقدر	دلالة الفروق
درجة تعاون الطفل	أكثر من 2 حتى 7 سنوات	أكثر من 7 حتى 11 سنة	14398.0	0.000	توجد فروق دالة
	أكثر من 2 حتى 7 سنوات	أكثر من 11 حتى 16 سنة	2018.5	0.000	توجد فروق دالة
	أكثر من 7 حتى 11 سنة	أكثر من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

يُلاحظ في الجدول (11) أن قيمة مستوى الدلالة أكبر بكثير من القيمة 0.05 عند مقارنة تكرارات درجة التعاون بين مجموعة الأطفال ذوي الفئة العمرية (أكثر من 7 حتى 11 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. أما بين باقي المجموعات المدروسة فيلاحظ فروق ثنائية ذات دلالة إحصائية.

- دراسة تأثير حالة الصحة العامة للطفل في درجة التعاون:

جدول رقم (12) يبين نتائج مراقبة درجة تعاون الطفل وفقاً لحالة الصحة العامة للطفل.

النسبة المئوية		عدد الأطفال		درجة التعاون
يوجد مرض واحد أو أكثر	سليم	يوجد مرض واحد أو أكثر	سليم	
42.4	10.2	14	43	سليبي مطلق
21.2	27.9	7	117	سليبي
0	2.4	0	10	متردد
36.4	52.9	12	222	إيجابي
0	6.7	0	28	إيجابي مطلق
100	100	33	420	المجموع



مخطط رقم (4) يمثل النسب المئوية لنتائج مراقبة درجة تعاون الطفل وفقاً لحالته العامة.

جدول رقم (13): 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 (13) أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة 0.05، أي أنه 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 في عينة البحث، وبدراسة قيم متوسطات الرتب يُلاحظ أن قيمة متوسط

دراسة تأثير سبب المراجعة في درجة التعاون:

جدول رقم (14) يبين نتائج مراقبة درجة تعاون الطفل في عينة البحث وفقاً لسبب المراجعة.

النسبة المئوية				عدد الأطفال				درجة التعاون
حدوث انتباج أو تورم	الشعور بالألم	تجميل أو تقويم	فحص واستشارة	حدوث انتباج أو تورم	الشعور بالألم	تجميل أو تقويم	فحص واستشارة	
7.1	13.8	6.4	19.4	2	37	6	12	سلبي مطلق
42.9	31.2	16.0	21.0	12	84	15	13	سلبي
0	2.2	4.3	0	0	6	4	0	متردد
46.4	46.5	63.8	58.1	13	125	60	36	إيجابي
3.6	6.3	9.6	1.6	1	17	9	1	إيجابي مطلق
100	100	100	100	28	269	94	62	المجموع

جدول رقم (15) يبين نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدراسة دلالة الفروق في تكرارات درجة تعاون الطفل بين مجموعات سبب المراجعة في عينة البحث.

المتغير المدروس	سبب المراجعة	عدد الأطفال	متوسط الرتب	قيمة كأي مربع	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
درجة تعاون الطفل	فحص واستشارة	62	216.89	13.795	0.003	توجد فروق دالة
	تجميل أو تقويم	94	267.85			
	الشعور بالألم	269	216.59			
	حدوث انتباج أو تورم	28	212.21			

يُلاحظ في الجدول (15) أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة 0.05، أي إنه عند مستوى الثقة 95% في درجة التعاون أجري اختبار Mann-Whitney U بهدف توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات درجة تعاون الطفل بين اثنتين على الأقل من مجموعات سبب المراجعة الأربع:

جدول رقم (16) يبين نتائج اختبار Mann-Whitney U لدراسة دلالة الفروق الثنائية في تكرارات درجة تعاون الطفل بين مجموعات سبب المراجعة الأربع المدروسة في عينة البحث.

المتغير المدروس	سبب المراجعة (أ)	سبب المراجعة (ب)	قيمة U	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
درجة تعاون الطفل	فحص واستشارة	تجميل أو تقويم	2281.0	0.009	توجد فروق دالة
		الشعور بالألم	8331.5	0.990	لا توجد فروق دالة
		حدوث انتباج أو تورم	854.5	0.896	لا توجد فروق دالة
	تجميل أو تقويم	الشعور بالألم	9779.5	0.000	توجد فروق دالة
		حدوث انتباج أو تورم	972.5	0.017	توجد فروق دالة
		الشعور بالألم	3709.0	0.887	لا توجد فروق دالة

يُلاحظ في الجدول (16) أن قيمة مستوى الدلالة أصغر من القيمة 0.05 عند المقارنة في تكرارات درجة التعاون بين مجموعة الأطفال الذين زاروا القسم بسبب التجميل أو التقويم وكل من مجموعات سبب المراجعة الثلاث الباقية، أي إنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات درجة تعاون الطفل بين هذه المجموعة وكل من المجموعات الباقية، ودراسة قيم متوسطات الرتب يُلاحظ أن قيمة متوسط الرتب لدرجة تعاون الطفل في هذه

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 نسبة الأطفال ذوي السلوك السلبي المطلق 42,4% منهم. أمّا عند 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 الطبيّة المعتمدة مثل Cameron⁽⁴⁾ و Marwah⁽¹³⁾ و Mellett⁽²²⁾ و McDonald⁽²³⁾ والتي أفردت فصلاً خاصة في قواعد التعامل والتدبير السنّي لذوي الأمراض العامة وذوي الاحتياجات الخاصة. أفردت الدراسة أيضاً بتعدد العوامل المؤثرة في درجة تعاون الطفل في العيادة السنّية بما يتفق مع نتائج دراسة Venham وزملائه⁽⁸⁻¹⁰⁾.

دلّت نتائج هذه الدراسة على ارتفاع درجات التعاون لدى الأطفال الذين زاروا القسم لأسباب تجميلية أو تقييمية وهذا ربما يدل على دور الاستعداد النفسي للطفل لتقبل المعالجة بحسب نوعها وتأثير أسلوب الطبيب وبيئة العيادة، في حين كانت درجات التعاون الإيجابية أقلّ والسلبيّة أكثر لدى الأطفال الذين زاروا القسم بسبب الألم أو وجود خراج أو لمجرد إجراء فحوص أو استشارة. وهذا يتفق أيضاً مع نتائج دراسة Venham وزملائه⁽⁸⁻¹¹⁾ و Brand⁽¹²⁾.

الاستنتاجات: بيّنت الدراسة عدم وجود ارتباط بين جنس الطفل ودرجة تعاونه، ووجود علاقة ارتباط بين درجة التعاون والعمر والتطور العقلي وحالة الطفل الصحية العامة وسبب زيارته للعيادة، ونقترح إجراء دراسة لمعرفة تأثير الحالة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للأهل في درجة تعاون الطفل.

المجموعة كانت أكبر منها في كل من المجموعات الأخرى. أمّا بالنسبة إلى باقي المقارنات الثنائية المدروسة فيلاحظ أن قيمة مستوى الدلالة أكبر بكثير من القيمة 0,05، أي إنه لا توجد فروق ثنائية ذات دلالة إحصائية في تكرارات درجة التعاون بين مجموعات الأطفال الباقية.

المنافشة:

قدمت نتائج هذه الدراسة فكرة تقريبية عن عدد الأطفال الذين يعالجون سنوياً في قسم طب أسنان الأطفال بجامعة دمشق، وعن الفئات العمرية للأطفال الأكثر زيارة للقسم ونسبة من لديه أمراض عامّة منهم، وما أكثر الأسباب الدافعة لزيارتهم ونسبة كل درجة من درجات تعاونهم خلال إجراءات المعالجات السنّية المختلفة المقدّمة لهم في القسم. يعدّ هذا الأمر مهماً في سياق التقييم الذاتي لعمل قسم طب أسنان الأطفال وما يقدّمه من خدمات صحيّة في مجتمع مدينة دمشق وضواحيها، ويعدّ واحداً من الأسس التي يقوم عليها البحث العلمي الذي توليه جامعة دمشق اهتماماً كبيراً. توافقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة كل من Brand⁽¹²⁾ و Klingberg⁽¹⁵⁾ و VanMeurs⁽¹⁶⁾ في ارتباط درجة تعاون الطفل في العيادة السنّية بعمر الطفل ودرجة تطوره العقلي، إلا أنها لا تتفق معها في تأثير عامل الجنس إذ لم تظهر فروق جوهرية ما بين الأطفال الذكور والطفلات الإناث في درجات التعاون الإيجابية منها والسلبيّة، ربّما بسبب اختلاف الأساليب التربوية المرتبطة بالعوامل الاجتماعية والثقافية المحيطة بالأطفال الخاصة بكل مجتمع.

تقاربت نتائج هذه الدراسة مع Ronald Johnson⁽³⁾ و⁽⁴⁾ و Cameron و Brand⁽¹²⁾ و Klingberg⁽¹⁴⁾ و VanMeurs⁽¹⁵⁾ وآخرين في التصنيف العمري للأطفال إلى أربع فئات وفق مراحل التطور العقلي⁽⁴⁾، ووجود علاقة طردية ما بين التطور العمري والعقلي وارتفاع درجات التعاون. أمّا بالنسبة إلى الحالة الصحية العامة للطفل فقد كان لها تأثير

المراجع

- 1 - خردجي محمد نبيه_ مسيلماني محمد بشار/ طب أسنان الأطفال / جامعة تشرين 1998.
- 2- التيناوي محمد – السمان مأمون / طب أسنان الأطفال واليافعين / جامعة دمشق 2006.
- 3- 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
- 4- Cameron A ,Widmer R / Handbook of pediatric dentistry / Secound edition .2003. Mosby
- 5- Venham L., Murray P. and Gaulin -Kremer E. " Child-rearing Variables Affecting the Preschool .Child's Response to Dental Stress" J Dent Res November 1979;58(11):2042-2045
- 6- Locker D., Liddell A., Dempster L. and Shapiro D. " Age of Onset of Dental Anxiety" J Dent Res March, 1999;78(3): 790-796
- 7- Cunha RF, Delbem AC, Percinoto C, Melhado FL "Behavioral evaluation during dental care in children ages 0 to 3 years" . J Dent Child (Chic). May-Aug 2003;70(2):100-3
- 8- Venham L. and Quatrocelli S. " The Young Child's Response to Repeated Dental Procedures" J Dent Res July 1977;56(7): 734-738
- 9- Venham L., Bengston D. and Cipes M. " Children's Response to Sequential Dental Visits" J Dent Res 1977; 56; 454
- 10- Venham L., Murray P. and Gaulin -Kremer E. " Personality Factors Affecting the Preschool Child's Response to Dental Stress" J Dent Res November 1979;58(11):2046-2051
- 11- 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. Jan-Mar 2006;17(1):27-34
- 12- Brand HS, Gortzak RA TH, Abraham-Inpijn L. "Anxiety and heart rate correlation prior to dental checkup". Int Dent J 1995;45:347-351.
- 13-Nikhil Marwah /Textbook of Pediatric dentistry / .2009 .JAYPEE
- 14-Klingberg G, Berggren U, Carlsson SG, Norén JG. "Child dental fear: cause – related and clinical effects". Eur J Oral1995: 103:405–412
- 15-Klingberg G, Broberg A. "Temperament and child dental fear". Pediatr Dent 1998;20:237-43,.
- 16- 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
- 17- Rud B, Kisling E. "The influence of mental development on children's acceptance of dental treatment." Scand J Dent Res 1973;81:343-52.
- 18-Fraone G, Wilson S, Casamassimo S, Weaver J, Pulodi AM. "The effect of orally administered midazolam on children of three age groups during restorative dental care". Pediatr Dent 1999;21:236-242
- 19-Reeves ST, Wedenfeld KR, Wroblewski J, Hardin CI, Pinosky MI. "A randomized double-blind trial of chloral hydrate/ hydroxyzine versus midazolam/acetaminophen in the sedation of pediatric dental outpatients". J Dent Child 1996: 95-100
- 20-Primosch R E, Guelmann M, "Comparison of Drops Versus Spray Administration of Intranasal Midazolam in Two- and Three-year-old Children for Dental Sedation". Pediatr Dent 2005;27:401-408
- 21- Chowdhury J, Vargas KG. "Comparison of Chloral Hydrate, Meperidine, and Hydroxyzine to Midazolam Regimens for Oral Sedation of Pediatric Dental Patients". Pediatr Dent 2005;27:191-197
- 22- Mellett D., Welbury R./ Clinical Problem Solving in Orthodontics and Pediatric Dentistry / 2005. Elsevier.
- 23-McDonald R., Avery R., Stookey K./ Dentistry for the Child and Adolescent /8th ed.2004. Mosby.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2010/8/29.

تاريخ قبوله للنشر 2010/12/8