

Research Paper

A Comparative Study on the Effects of Different Informing Methods on Parental Acceptance of Pediatric Behavior Management Techniques



Yalda Mirmoeini¹ , *Hamid Sarlak¹ , Shima Normohammadi¹ , Afroz Nakhoshtin¹ , Zohreh Salimi¹ 

1. Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.



Citation: Mirmoeini Y, Sarlak H, Normohammadi Sh, Nakhoshtin A, Salimi Z. [A Comparative Study on the Effects of Different Informing Methods on Parental Acceptance of Pediatric Behavior Management Techniques (Persian)]. Journal of Arak University of Medical Sciences (JAMS). 2020; 23(2):210-221. <https://doi.org/10.32598/JAMS.23.2.6015.1>

 <https://doi.org/10.32598/JAMS.23.2.6015.1>



Article Info:

Received: 23 Oct 2019

Accepted: 02 Feb 2020

Available Online: 01 Jun 2020

ABSTRACT

Background and Aim Parental acceptance is an important parameter in selecting the proper behavior management technique during pediatric dental treatment. The present study aimed to compare the effects of different informing methods on acceptance of parents about behavior management techniques used in pediatric dentistry.

Methods & Materials This quasi-experimental study was conducted on one 162 parents of 3-7-year-old uncooperative children who were candidates for dental treatment. They were randomly divided into three groups. Their acceptance about six behavior management techniques including general anesthesia, voice control, hand-over-mouth, parental separation, active and passive physical restraint were assessed by a questionnaire. After determining the level of acceptance, the information about the techniques was presented through three ways include writing, verbal and visual methods. Finally, their acceptance of each technique and the reasons for non-acceptance were re-evaluated. Data were analyzed in SPSS v.23 software using ANOVA and t-test.

Ethical Considerations This study obtained its ethical approval from the Research Ethics Committee of Arak University of Medical Sciences under code: IR.ARAKMU.REC.1398.102.

Results The informing methods significantly increased the parents' acceptance about behavior management techniques. According to the ANOVA results, the effect of visual presentation method in general anesthesia technique was significantly lower than that of other methods ($P < 0.05$), while its effect in active physical restraint technique was significantly greater than that of other methods ($P < 0.05$). There was no statistically significant difference between the effects of informing methods in other behavior management techniques.

Conclusion Informing parents about pediatric behavior management techniques increase their acceptance. Informing by visual presentation is the most effective method for increasing their acceptance of physical restraint technique, while in their acceptance of general anesthesia technique other informing methods are more effective

Key words:

Parental acceptance,
Pediatric dentistry,
Behavior management,
Informing

Extended Abstract

Introduction

Most children who see a dentist are anxious, and it is common for children not

to cooperate during dental treatment [1]. Pediatric dentistry tries to have a positive effect on children. For which purpose, advanced pharmacological and behavior management techniques are used [2, 3]. However, parents may decide not to accept any of these methods [3]. The more positive the attitude of parents towards these methods, the

* Corresponding Author:

Hamid Sarlak, PhD.

Address: Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

Tel: +98 (936) 4321836

E-mail: dr.hamidsarlak@yahoo.com

less stress is transferred from the parents to the child and the cooperation of parents with the dentist in using these methods increases [5]. The purpose of informing is to introduce the pediatric behavior management techniques to parents, which may increase their acceptance and satisfaction with these methods. Various methods of providing information to parents include oral/visual presentation and written report [3]. The aim of this study was to compare the effect of different methods of parental informing on their acceptance of behavior management techniques and determine the reasons for their non-acceptance.

Materials and Methods

This quasi-experimental study was conducted on one 162 parents of 3-7-year-old uncooperative children who were candidates for dental treatment. They were randomly divided into three groups. Their acceptance about 6 behavior management techniques including general anesthesia, voice control, hand-over-mouth, parental separation, active/passive physical restraint were assessed by questionnaire. After determining the level of acceptance, the information was presented via writing report, and oral and visual (film presentation) methods. In written method, the information on each of the behavior management techniques was provided in writing. In visual method, a researcher-made film was produced to demonstrate behavior management techniques. Their acceptance and the reasons for non-acceptance were re-evaluated. Results were analyzed in SPSS V. 23 software using ANOVA and t-test (Table 1 & Table 2).

Results

According to participants, the order of acceptance of pediatric behavior management techniques was: parental separation, voice control, active physical restraint, general anesthesia, passive physical restraint, and hand-over-mouth techniques. The effectiveness of all informing methods on increasing the acceptance of pediatric behavior manage-

ment techniques by parents was statistically significant. The effect of visual presentation method in general anesthesia technique was lower than that of other methods, while in active physical restraint technique its effect was more than that of other methods. There was no statistical difference in other behavior management techniques, and the effectiveness of all three informing methods was similar. Without categorizing behavior management techniques, the effectiveness of the written informing method was more than the visual informing method and the effect of visual method was more than the oral informing method, but the difference was not statistically significant. The most important reasons for not accepting different pediatric behavior management techniques were as follows:

- General anesthesia technique: Complications and harm to the child;
- Voice control technique: Emotional problems and harm to the child
- Parental separation technique: Lack of positive effect on the child's cooperation, creating emotional problems, worrying about its harm to the child, and believing in a more appropriate and convenient alternative method;
- Hand-over-mouth and active physical restraint techniques: Emotional problems and harm to the child;
- Passive physical restraint: Emotional problems and harm to the child, consequences and belief in a better way to get cooperation.

Conclusion

Parents' acceptance of pharmacological and aggressive behavioral management techniques is low [3]. However, their attitudes may change over time [10]. Therefore, parental awareness and acceptance of behavioral management techniques seems to be necessary [11]. In this study,

Table 1. The mean acceptance scores before and after intervention

Behavior Management Techniques	Mean		P
	Pre-test	Post-test	
Parental separation	28.47	59.62	0.000
Voice control	59.35	56.50	0.000
Active physical restraint	30.33	02.46	0.000
General anesthesia	41.32	19.45	0.000
Passive physical restraint	92.13	53.27	0.000
Hand-over-mouth	38.12	28.20	0.000

Table 2. Comparing the effect of informing methods on parental acceptance of pediatric behavior management techniques

Behavior Management Techniques	Informing Methods	Mean Difference	P
General anesthesia	Written/visual	-13.24	0.019
	Oral/visual	-14.53	0.008
	Written/oral	-1.29	0.990
Voice control	Written/visual	-1.20	0.993
	Oral/visual	-0.83	0.998
	Written/oral	0.03	0.969
Parental separation	Written/visual	-0.09	0.000.1
	Oral/visual	-2.12	0.978
	Written/oral	2.22	0.976
Hand-over-mouth	Written/visual	2.50	0.854
	Oral/visual	5.46	0.314
	Written/oral	-7.96	0.068
Active physical restraint	Written/visual	15.64	0.001
	Oral/visual	-19.44	0.000
	Written/oral	3.79	0.749
Passive physical restraint	Written/visual	-7.22	0.298
	Oral/visual	0.55	0.999
	Written/oral	6.66	0.367

the highest parental acceptance was related to the parental separation technique and the lowest acceptance was related to the hand-over-mouth and passive physical restraint techniques, which is in agreement with the results of other studies [1, 12-14]. The hand-over-mouth technique is no longer recommended by the AAPD [15, 16]. The use of papoose boards can lead to physical and psychological damage [5].

The hand-over-mouth and passive physical restraint techniques should be discarded. In this study, in comparison with the studies by Paryab et al. [3] and Razavi and Purtaji [17], the acceptance rate of general anesthesia had increased trend. The main reason for parents not accepting behavioral management techniques was the concern about their emotional problems and harm to the child. By increasing the awareness of parents, their worries can be reduced because the parents who are less concerned about their children's behavioral management techniques, show higher rate of acceptance [14]. It was concluded that parental informing increases parental acceptance of pediatric behavior management techniques and should be considered by dentists.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study obtained its ethical approval from the Research Ethics Committee of Arak University of Medical Sciences (Code: IR.ARAKMU.REC.1398.102).

Funding

The present paper was extracted from the MSc. thesis of the first author, Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Arak University of Medical Sciences, Arak.

Authors' contributions

All authors met the writing standards based on the recommendations of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

مقایسه تأثیر روش‌های مختلف آگاهی‌بخشی بر پذیرش روش‌های کنترل رفتاری کودکان توسط والدین (یک مطالعه نیمه تجربی)

یلدا میرمعینی^۱، حمید سرلک^{۱*}، شیما نورمحمدی^۱، افروز نخستین^۱، زهره سلیمی^۱

۱. استادیار بخش دندان پزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: پذیرش والدین یک اصل مهم در انتخاب روش کنترل رفتاری مناسب در درمان دندان پزشکی کودکان است. هدف از این مطالعه، بررسی تأثیر روش‌های مختلف آگاهی‌بخشی بر پذیرش والدین در خصوص روش‌های کنترل رفتاری مورد استفاده در دندان پزشکی کودکان بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه نیمه تجربی، ۱۶۲ نفر از والدین کودکان ۳-۷ ساله غیرهمکار کاندید درمان دندان پزشکی وارد مطالعه شده و با نمونه‌گیری تصادفی ساده به ۳ گروه تقسیم شدند؛ سپس پذیرش آن‌ها در خصوص ۶ تکنیک کنترل رفتاری شامل بیهوشی عمومی، کنترل صدا، جدایی والدین، قرار دادن دست روی دهان کودک، محدودیت فیزیکی فعال و غیرفعال با استفاده از پرسش‌نامه ارزیابی شد. پس از تعیین میزان پذیرش، آگاهی‌بخشی والدین در مورد روش‌های کنترل رفتاری کودکان با استفاده از ۳ روش مختلف شامل روش‌های کتبی، شفاهی و نمایش فیلم انجام شد و در نهایت پذیرش آن‌ها نسبت به هر تکنیک و دلایل عدم پذیرش آن‌ها مجدداً ارزیابی شد. نتایج پرسش‌نامه‌ها نیز با استفاده از آزمون‌های آماری ANOVA و t-test و نرم‌افزار SPSS ۲۳ آنالیز شد.

ملاحظات اخلاقی: این مطالعه با کد اخلاق IR.ARAKMUREC.۱۳۹۸/۱۰۲ در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اراک به ثبت رسیده است.

یافته‌ها: روش‌های آگاهی‌بخشی به طور معناداری موجب افزایش پذیرش والدین نسبت به روش‌های کنترل رفتاری کودکان شد. طبق نتایج حاصل از این مطالعه، تأثیر نمایش فیلم در بیهوشی عمومی به طور معناداری کمتر از سایر روش‌ها بود ($P < ۰/۰۵$)؛ در حالی که در روش محدودسازی فعال، تأثیر نمایش فیلم بیشتر از سایر روش‌ها بود ($P < ۰/۰۵$) و در سایر روش‌های کنترل رفتاری، تفاوت آماری معناداری بین تأثیر روش‌های آگاهی‌بخشی مختلف مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: آگاهی‌بخشی به والدین به طور چشم‌گیری، پذیرش روش‌های کنترل رفتاری را افزایش می‌دهد. آگاهی‌بخشی به کمک فیلم در روش کنترل رفتاری محدودسازی فیزیکی، مؤثرترین روش در افزایش پذیرش والدین است، در حالی که به نظر می‌رسد در روش کنترل رفتاری بیهوشی عمومی، سایر روش‌های آگاهی‌بخشی مؤثرتر هستند.

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۰۱ آبان ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۱۳ بهمن ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: ۱۲ خرداد ۱۳۹۹

کلیدواژه‌ها:

پذیرش والدین، دندان پزشکی کودکان، کنترل رفتار، آگاهی‌بخشی

زمینه و هدف

که حتی در صورتی که دندان‌پزشکان معتقد باشند این روش‌ها کاملاً مؤثر است، ممکن است والدین تصمیم بگیرند که هیچ‌یک از این روش‌ها را قبول نکنند [۳]. هر چه نگرش والدین نسبت به این روش‌ها مثبت‌تر باشد، استرسی که از سمت والدین به کودک منتقل می‌شود، کمتر است و همکاری والدین با دندان‌پزشک برای استفاده از این روش‌ها افزایش می‌یابد [۵]؛ بنابراین به نظر می‌رسد آگاهی‌بخشی به والدین در مورد این روش‌های کنترل رفتاری کودکان ضروری باشد. هدف از آگاهی‌بخشی، شناساندن روش‌های کنترل رفتاری کودکان به والدین است که ممکن است پذیرش و رضایت آن‌ها را نسبت به روش‌های کنترل رفتاری افزایش داده و اضطراب آن‌ها را برای استفاده از چنین روش‌هایی

درصد بالایی از کودکان مراجعه‌کننده به دندان پزشکی بی‌قرار و مضطرب هستند و عدم همکاری کودکان حین درمان دندان پزشکی یک رخداد متداول است [۱]. دندان پزشکی کودکان در تلاش است تا بتواند پس از درمان دندان پزشکی تأثیر مثبتی بر کودکان داشته باشد که برای رسیدن به این هدف، از روش‌های کنترل رفتاری پیشرفته و دارویی استفاده می‌شود [۲، ۳]. با افزایش شناخت حقوق کودکان و تقاضای رو به افزایش والدین، دندان‌پزشکان دیگر نمی‌توانند تصور کنند که والدین هرگونه روش کنترل رفتاری را بدون سؤال بپذیرند [۴]. این بدان معناست

* نویسنده مسئول:

حمید سرلک

نشانی: اراک، دانشگاه علوم پزشکی اراک، دانشکده دندانپزشکی، بخش دندانپزشکی کودکان.

تلفن: ۴۳۲۱۸۳۶ (۹۳۶) +۹۸

پست الکترونیکی: Dr.Hamidsarlak@yahoo.com



کاهش دهد [۳]. روش‌های مختلفی برای ارائه این اطلاعات به والدین وجود دارد که شامل آگاهی‌بخشی به صورت شفاهی، کتبی و نمایش فیلم است [۳]. در حیطه پزشکی، مطالعات متعددی در مورد تأثیر روش‌های آگاهی‌بخشی بر میزان اضطراب و پذیرش بیماران در زمینه کولونوسکوپی، پرتودرمانی، کاتتریزاسیون قلب و روماتولوژی انجام شده است [۶].

اخیراً در دندان‌پزشکی کودکان نیز میزان پذیرش روش‌های کنترل رفتاری از سوی والدین و همچنین روش‌های آگاهی‌بخشی والدین در مورد این روش‌ها به‌خصوص روش‌های تهاجمی و دارویی، توجه محققان را به خود جلب کرده است [۳]. نشان داده شده است که میزان پذیرش روش‌های کنترل رفتاری در والدین با میزان درآمد و سطح تحصیلات پایین یا بدون تحصیلات، بیشتر است [۷]. در مطالعه‌ای نشان داده شد که آگاهی‌بخشی به صورت شفاهی بیشترین میزان رضایت را به همراه داشته است [۸]؛ اما در مطالعه‌ای دیگر تفاوتی بین روش‌های مختلف ارائه اطلاعات به والدین مشاهده نشد [۹]. واکاوی علل عدم پذیرش روش‌های مختلف کنترل رفتاری توسط والدین -موضوعی که در مطالعات مشابه بررسی نشده است- می‌تواند در کاهش نگرانی‌ها و تصورات اشتباه والدین در مورد روش‌های کنترل رفتاری مؤثر باشد و با به‌کارگیری تکنیک‌های کنترل رفتاری مؤثر مورد پذیرش والدین، زمینه را برای درمان دندان‌پزشکی باکیفیت‌تر و راحت‌تر کودک فراهم کند؛ بنابراین با توجه به اهمیت تعیین روش مورد استفاده در آگاهی‌بخشی والدین و با توجه به تناقضات موجود در نتایج مطالعات مشابه در مورد روش‌های آگاهی‌بخشی و عدم تعیین میزان پذیرش روش‌های کنترل رفتاری مختلف از سوی والدین در شهر اراک، هدف از این مطالعه، مقایسه تأثیر روش‌های مختلف آگاهی‌بخشی بر پذیرش والدین در خصوص روش‌های کنترل رفتاری و تعیین علل عدم پذیرش آن‌ها بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه نیمه‌تجربی به صورت دوسو کور روی ۱۶۲ نفر از والدین کودکان مراجعه‌کننده به بخش کودکان دانشکده دندان‌پزشکی اراک انجام شد. نمونه‌گیری به صورت روش تصادفی‌سازی با استفاده از جدول اعداد تصادفی انجام شد و والدین کودکان در صورت داشتن معیارهای ذیل پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی وارد مطالعه شدند (معیارهای ورود):

- ۱) والدین کودکان ۷-۳ ساله فاقد تجربه درمان دندان‌پزشکی؛
- ۲) والدین کودکان همکار (واکنش‌های رفتاری سطوح ۱ و ۲ شاخص رفتاری فرانکل)؛ ۳) والدین با زبان مادری فارسی؛ ۴) والدین دارای حداقل تحصیلات ابتدایی؛ ۵) والدین فاقد تجربه یا اطلاعات در خصوص تکنیک‌های کنترل رفتاری کودکان؛ ۶) والدین کودکان سیستمیک نرمال؛ ۷) والدین کودکان فاقد سابقه بستری شدن در بیمارستان؛ ۸) والدین کودکان فاقد نیاز به درمان

اورژانسی و فوری دندان‌پزشکی در کودک؛ ۹) والدین کودکانی که تک‌والدی نباشند. معیارهای خروج از مطالعه شامل والدینی بود که بعد از ورود به مطالعه فاقد همکاری مناسب بودند یا تمایلی برای ادامه شرکت در مطالعه نداشتند. نمونه‌ها برای تکمیل پرسش‌نامه‌های سنجش میزان پذیرش در خصوص ۶ روش کنترل رفتاری شامل بیهوشی عمومی^۱، کنترل صدا^۲، جدایی والدین^۳، قرار دادن دست روی دهان کودک^۴، محدودیت فیزیکی فعال^۵ و غیرفعال^۶ به صورت تصادفی به سه گروه تقسیم شدند:

۱) گروه اول (آگاهی‌بخشی به صورت شفاهی): در این گروه محقق، اطلاعات مربوط به جزئیات هر یک از روش‌های کنترل رفتاری کودکان به صورت شفاهی را به نمونه‌ها ارائه کرد.

۲) گروه دوم (آگاهی‌بخشی به صورت کتبی): در این گروه، اطلاعات مربوط به جزئیات هر یک از روش‌های کنترل رفتاری کودکان به صورت مکتوب (کاملاً مشابه توضیحات ارائه‌شده در گروه اول) ارائه شد.

۳) گروه سوم (آگاهی‌بخشی به کمک فیلم): در این گروه، یک فیلم محقق‌ساخته برای نمایش روش‌های کنترل رفتاری کودکان تهیه شد که بدین منظور ۵ روش VC، PS، HOM، APR و PPR به کمک یک متخصص دندان‌پزشکی کودکان و یک دختر بچه ۶ ساله به صورت نمایشی و کاملاً مطابق با دستورالعمل‌های آکادمی دندان‌پزشکی کودکان آمریکا^۷ و مشابه با شرایط واقعی در مطب دندان‌پزشکی اجرا و فیلمبرداری شد. فیلم مربوط به تکنیک بیهوشی عمومی نیز در یک بیمارستان خصوصی و از شرایط واقعی (بیمار کاندید درمان) پس از اخذ رضایت شفاهی از والدین او تهیه شد. این فیلم با استفاده از یک نمایشگر ۱۵ اینچی مستقلاً به نمونه‌ها نشان داده شد. قبل از نمایش تصویری هر روش به نمونه‌ها، همان توضیحات ارائه شده در ۲ گروه قبلی به صورت صوتی پخش می‌شد و در ادامه، نحوه کاربرد هر روش کنترل رفتاری نشان داده می‌شد. تدوین فیلم با استفاده از نرم‌افزار تدوین ادیوس نسخه ۸ انجام شد و مدت زمان نمایش فیلم ۸ دقیقه و ۱۵ ثانیه بود.

اگر والدین در فهم مطالب و توضیحات داده‌شده دچار مشکل بودند، به آن‌ها اجازه پرسیدن داده می‌شد و محقق موظف بود صرفاً در محدوده توضیحات ارائه‌شده، ابهامات والدین را برطرف کند و ارائه توضیحات اضافه مجاز نبود (شرح اطلاعات ارائه‌شده در هر ۳ روش آگاهی‌بخشی توسط ۲ نفر متخصص دندان‌پزشکی کودکان طبق رفرنس‌های دندان‌پزشکی کودکان و با زبانی ساده و قابل فهم

- 1.GA
- 2.VC
- 3.PS
- 4.HOM
- 5.APR
- 6.PPR
- 7.AAPD

در جدول شماره ۱ آمده است. میزان پذیرش روش‌های کنترل رفتاری کودکان قبل از آگاهی‌بخشی والدین به ترتیب نزولی بدین صورت بود: ۱- جدایی والدین ۴۷/۲۸ درصد؛ ۲- کنترل صدا ۳۵/۵۹ درصد؛ ۳- محدودسازی فعال ۳۳/۳۰ درصد؛ ۴- بیهوشی عمومی ۳۲/۴۱ درصد؛ ۵- محدودسازی غیر فعال ۱۲/۹۲ درصد و ۶- قرار دادن دست روی دهان کودک ۱۲/۳۸ درصد (جدول شماره ۲). میزان پذیرش روش‌های کنترل رفتاری کودکان پس از آگاهی‌بخشی والدین به صورت مقابل تغییر پیدا کرد: ۱- جدایی والدین ۶۲/۵۹ درصد؛ ۲- کنترل صدا ۵۰/۵۶ درصد؛ ۳- محدودسازی فعال ۴۶/۰۲ درصد؛ ۴- بیهوشی عمومی ۴۵/۱۹ درصد؛ ۵- محدودسازی غیر فعال ۲۷/۵۳ درصد و ۶- قرار دادن دست روی دهان کودک ۲۰/۲۸ درصد (جدول شماره ۲).

با توجه به جدول شماره ۲، اثربخشی تمام روش‌های آگاهی‌بخشی بر افزایش پذیرش روش‌های کنترل رفتاری کودکان از سوی والدین از لحاظ آماری معنادار بود (در تمامی روش‌ها $P=0/000$ گزارش شد).

با توجه به نتایج جدول شماره ۳، در تکنیک بیهوشی عمومی، اثربخشی روش‌های آگاهی‌بخشی شفاهی و کتبی در افزایش پذیرش نمونه‌ها به طور معناداری بیشتر از روش فیلم بود و روش‌های کتبی و شفاهی، تفاوت معناداری در این خصوص نداشتند. در روش محدودسازی فعال، اثربخشی روش‌های فیلم و کتبی به طور معناداری بیشتر از روش شفاهی بود و روش‌های فیلم و کتبی، تفاوت آماری معناداری نداشتند. در سایر روش‌های کنترل رفتاری (شامل کنترل صدا، قرار دادن دست روی دهان کودک، جدایی والدین و محدودسازی فیزیکی غیرفعال) تفاوت آماری معناداری بین اثربخشی روش‌های آگاهی‌بخشی مشاهده نشد و اثربخشی هر سه روش آگاهی‌بخشی مشابه بود.

با توجه به نتایج جدول شماره ۴، بدون تفکیک روش‌های کنترل رفتاری، اثربخشی روش کتبی بیشتر از فیلم و روش فیلم بیشتر از شفاهی نشان داده شد؛ اما هیچ‌یک از روش‌های آگاهی‌بخشی از لحاظ آماری تفاوت معناداری نداشتند.

بیشترین علل عدم پذیرش والدین در خصوص روش‌های کنترل رفتاری شامل موارد زیر بود:

بیهوشی عمومی: نگرانی در خصوص عوارض (۴۴/۱۲ درصد) و نگرانی در مورد آسیب به کودک (۴۲/۶۵ درصد)

کنترل صدا: نگرانی در خصوص ایجاد مشکلات عاطفی (۴۳/۶۶ درصد) و نگرانی در مورد آسیب به کودک (۲۱/۱۳ درصد)

جدایی والدین: عدم تأثیر مثبت این روش در جلب همکاری کودک (۲۸/۸۵ درصد)، نگرانی در خصوص ایجاد مشکلات عاطفی (۲۸/۸۵ درصد)، نگرانی در مورد آسیب به کودک (۱۹/۲۳ درصد) و اعتقاد به وجود روش جایگزین مناسب‌تر و راحت‌تر در

برای افراد غیردندان‌پزشک تدوین شد؛ پرسش‌نامه‌ها پیوست شده است). پرسش‌نامه این مطالعه از ۴ قسمت تشکیل شده بود:

بخش اول: پرسش‌نامه دموگرافیک شامل سن و جنس والدین، سن و جنس کودک، تعداد فرزندان، چندمین فرزند خانواده، وضعیت تحصیلی؛ بخش دوم: پرسش‌نامه اقتصادی-اجتماعی که برای ارزیابی آن از پرسش‌نامه طراحی شده در مطالعات دیگر استفاده شد؛ بخش سوم: برای تعیین میزان پذیرش والدین در خصوص روش‌های کنترل رفتاری قبل از آگاهی‌بخشی والدین؛ در این پرسش‌نامه نام تکنیک‌ها (شامل بیهوشی عمومی، کنترل صدا، جدایی والدین، قرار دادن دست روی دهان کودک، محدودیت فیزیکی فعال و غیرفعال) و در زیر هر کدام از روش‌ها مقیاس آنالوگ چشمی یا VAS (محوری به طول ۱۰۰mm) آورده شد. در این مقیاس، نقطه صفر به معنای عدم پذیرش کامل و نقطه ۱۰۰ به معنای پذیرش کامل بود. والدین باید میزان پذیرش خود را با انتخاب نقطه‌ای روی این محور مشخص می‌کردند؛ بخش چهارم: برای تعیین میزان پذیرش والدین در خصوص روش‌های کنترل رفتاری پس از آگاهی‌بخشی والدین؛ در این قسمت قبل از تکمیل پرسش‌نامه بخش چهارم، آگاهی‌بخشی به والدین در خصوص ۶ روش کنترل رفتاری مختلف به یکی از ۳ روش شفاهی، کتبی یا فیلم صورت می‌گرفت و نمونه‌ها پس از آن، پرسش‌نامه این بخش را تکمیل می‌کردند. در این پرسش‌نامه علاوه بر نام هر روش و VAS (مشابه پرسش‌نامه سوم) قسمتی تحت عنوان علل عدم پذیرش نیز آورده شده بود که در صورت پذیرش کمتر از ۵۰ درصد می‌بایست علت عدم پذیرش خود را نیز علامت می‌زدند. علت عدم پذیرش روش‌های کنترل رفتاری شامل ۶ گزینه (هزینه بالاتر، نگرانی در مورد آسیب به کودک، عدم اعتقاد به تأثیر مثبت این روش در جلب همکاری کودک، نگرانی در خصوص عوارض بعدی روش، نگرانی در خصوص ایجاد مشکلات عاطفی برای کودک و اعتقاد به وجود روش جایگزین مناسب‌تر و راحت‌تر در جلب همکاری) بود.

برای تحلیل اطلاعات از شاخص‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و درصد فراوانی استفاده شده است. همچنین برای مقایسه میانگین‌های مختلف از مقایسه میانگین توسط t مستقل، t زوجی و آنالیز واریانس استفاده شد. همه تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS۲۳ انجام شد.

یافته‌ها

به طور کلی، ۱۶۲ نفر از والدین مراجعه‌کننده به بخش کودکان دانشکده دندان‌پزشکی اراک در این مطالعه شرکت کردند. ۱۳۴ نفر از والدین شرکت‌کننده زن و بقیه مرد بودند. میانگین سن والدین شرکت‌کننده در مطالعه ۳۶ سال و وضعیت اقتصادی اغلب والدین در حد متوسط قرار داشت. اغلب کودکان، فرزند اول یا دوم خانواده بودند. جزئیات درصد فراوانی عوامل دموگرافیک

جدول ۱. درصد فراوانی اطلاعات دموگرافیک مراجعه کننده

متغیر	درصد	
جنس والدین	زن ۸۲/۷۲	
	مرد ۱۷/۲۸	
سن والدین	۲۵-۳۵ ۳۳/۹۵	
	۳۵-۴۵ ۶۰/۴۹	
	+۴۵ سال ۵/۵۶	
والدین	ابتدایی ۸/۰۲	
	راهنمایی ۱۵/۴۳	
	دیپلمات ۱۴/۸۱	
	دیپلم ۲۲/۸۳	
	فوق دیپلم ۱۱/۱۱	
	لیسانس ۲۱/۶۰	
وضعیت اقتصادی	فوق لیسانس ۵/۵۵	
	دکتر ۰/۶۱	
	پایین ۱/۸۵	
	متوسط ۷۴/۶۹	
	بالا ۲۳/۴۶	
کودک	جنس	دختر ۵۱/۲۳
		پسر ۴۸/۷۷
	سن کودک	کمتر از ۶ سال ۸/۰۲
۶ ساله یا بزرگتر ۹۱/۹۸		
تعداد فرزندان	تک فرزند ۲۷/۱۶	
	دو فرزند ۶۱/۷۳	
	سه فرزند ۱۱/۱۱	
رتبه تولد	اولین فرزند ۵۰/۰۰	
	دومین فرزند ۴۵/۰۶	
	سومین فرزند ۴/۹۴	



مشکلات عاطفی برای کودک (۳۸/۶۸ درصد)، نگرانی در مورد آسیب به کودک (۲۴/۵۳ درصد)، نگرانی در خصوص عوارض بعدی (۱۶/۰۴ درصد) و اعتقاد به وجود روش مناسبتر در جلب همکاری (۱۵/۰۹ درصد)

بحث

در گروهی از کودکان نیازمند درمان دندان پزشکی به دلیل سن کم آن‌ها یا به دلیل مشکلات عاطفی، نیاز به استفاده از روش‌های کنترل رفتاری دارویی و تهاجمی افزایش پیدا می‌کند.

جلب همکاری (۱۳/۴۶ درصد)

قرار دادن دست روی دهان کودک: نگرانی در خصوص ایجاد مشکلات عاطفی برای کودک (۳۱/۳۰ درصد) و نگرانی در مورد آسیب به کودک (۲۸/۲۴ درصد)

محدودسازی فیزیکی فعال: نگرانی در خصوص ایجاد مشکلات عاطفی برای کودک (۴۹/۳۲ درصد) و نگرانی در مورد آسیب به کودک (۲۳/۲۹ درصد)

محدودسازی فیزیکی غیرفعال: نگرانی در خصوص ایجاد

جدول ۲. مقایسه پذیرش والدین نسبت به روش‌های کنترل رفتاری کودکان قبل و بعد از آگاهی‌بخشی

روش کنترل رفتاری	میانگین پذیرش قبل از آگاهی‌بخشی	میانگین پذیرش پس از آگاهی‌بخشی	مقایسه میانگین پذیرش قبل و بعد از آگاهی‌بخشی (P)
جدایی والدین	۴۷/۲۸	۶۲/۵۹	۰/۰۰۰
کنترل صدا	۳۵/۵۹	۵۰/۵۶	۰/۰۰۰
محدودسازی فعال	۳۳/۳۰	۴۶/۰۲	۰/۰۰۰
بیهوشی عمومی	۳۲/۴۱	۴۵/۱۹	۰/۰۰۰
محدودسازی غیر فعال	۱۳/۹۲	۲۷/۵۳	۰/۰۰۰
قرار دادن دست روی دهان کودک	۱۲/۳۸	۲۰/۲۸	۰/۰۰۰



جدول ۳. مقایسه اثربخشی روش‌های آگاهی‌بخشی مختلف بر افزایش پذیرش والدین به تفکیک روش‌های کنترل رفتاری

روش کنترل رفتاری	روش‌های مقایسه‌شده	تفاوت میانگین	P
بیهوشی عمومی	فیلم-کتبی	-۱۳/۲۴	۰/۰۱۹
	فیلم-شفاهی	-۱۴/۵۳	۰/۰۰۸
	کتبی-شفاهی	-۱/۲۹	۰/۹۹۰
کنترل صدا	کتبی-شفاهی	-۱/۲۰	۰/۹۹۳
	شفاهی-فیلم	-۰/۸۳	۰/۹۹۸
	فیلم-کتبی	۲/۰۳	۰/۹۶۹
جدایی والدین	کتبی-شفاهی	-۰/۰۹	۱/۰۰۰
	شفاهی-فیلم	-۲/۱۲	۰/۹۷۸
	فیلم-کتبی	۲/۲۲	۰/۹۷۶
قرار دادن دست روی دهان کودک	کتبی-شفاهی	۲/۵۰	۰/۸۵۴
	شفاهی-فیلم	۵/۴۶	۰/۳۱۴
	فیلم-کتبی	-۷/۹۶	۰/۰۶۸
محدودسازی فعال	کتبی-شفاهی	۱۵/۶۴	۰/۰۰۱
	شفاهی-فیلم	-۱۹/۴۴	۰/۰۰۰
	فیلم-کتبی	۳/۷۹	۰/۷۴۹
محدودسازی غیرفعال	کتبی-شفاهی	-۷/۲۲	۰/۲۹۸
	شفاهی-فیلم	۰/۵۵	۰/۹۹۹
	فیلم-کتبی	۶/۶۶	۰/۳۶۷



کاهش همکاری آن‌ها شود [۱۱].

در این مطالعه پس از ارزیابی میزان پذیرش والدین در خصوص روش‌های کنترل رفتاری کودکان نشان داده شد که بیشترین میزان پذیرش مربوط به روش جدایی والدین و کمترین میزان پذیرش مربوط به روش قرار دادن دست روی دهان کودک و محدودسازی فیزیکی غیرفعال بوده که این موضوع با نتایج سایر

در بسیاری از مطالعات انجام شده، میزان پذیرش والدین در خصوص این روش‌ها کم است [۳]؛ با این حال ممکن است نگرش آن‌ها پس از استفاده از این تکنیک‌ها در طول زمان تغییر پیدا کند [۱۰]. بنابراین، آگاهی‌داشتن و پذیرش والدین در خصوص روش‌های کنترل رفتاری به‌ویژه در جلسه اول درمانی ضروری به نظر می‌رسد؛ همچنین نگرانی والدین در خصوص این روش‌ها و انتقال این نگرانی به کودکان می‌تواند موجب ترس کودکان و

جدول ۴. مقایسه اثربخشی روش های آگاهی بخشی مختلف بر پذیرش روش های کنترل رفتاری (بدون تفکیک روش های کنترل رفتاری)

P	تفاوت میانگین	روش های آگاهی بخشی مقایسه شده
۰/۱۵۸	۱/۳۸۸۹	کتبی-شفاهی
۰/۹۲۷	۱/۰۸۰۲۵	کتبی-فیلم
۰/۹۹۸	-۰/۳۰۸۶۴	شفاهی-فیلم



کنترل رفتاری (شامل روش کتبی، روش نوشتاری و نمایش فیلم) از لحاظ آماری معنادار نبود. از علل احتمالی ناهمسو بودن این مطالعه با مطالعه حاضر می توان به تفاوت در زمان انجام مطالعه و میزان و نوع ارائه اطلاعات در خصوص روش های کنترل رفتاری به والدین اشاره کرد.

در این مطالعه، اثربخشی روش های کتبی و شفاهی بر افزایش میزان پذیرش بیهوشی عمومی به طور معناداری بیشتر از روش فیلم بود و تفاوت معناداری بین اثربخشی روش های کتبی و شفاهی مشاهده نشد. در محدودسازی فعال نیز اثربخشی آگاهی بخشی شفاهی کمتر از سایر روش ها بود. در خصوص سایر روش های کنترل رفتاری، تفاوت آماری معناداری بین اثربخشی روش های آگاهی بخشی مشاهده نشد. بر خلاف مطالعه حاضر، در مطالعه پاریاب و همکاران در سال ۲۰۱۴ [۳] در تمام روش های کنترل رفتاری، تفاوت آماری معناداری بین روش های مختلف آگاهی بخشی مشاهده نشد. از علل احتمالی ناهمسو بودن این مطالعه می توان به تفاوت در زمان انجام مطالعه و میزان ارائه اطلاعات در خصوص روش های کنترل رفتاری به والدین اشاره کرد.

هیچ مطالعه ای تاکنون علل عدم پذیرش روش های کنترل رفتاری کودکان از سوی والدین را بررسی نکرده است. در این مطالعه، دلیل عمده والدین در خصوص عدم پذیرش روش های کنترل رفتاری کودکان، نگرانی آن ها در خصوص ایجاد مشکلات عاطفی و آسیب به کودکشان بود. موضوعی که لزوم آگاهی بخشی به والدین با هدف رفع نگرانی ها، اشتباهات و قضاوت های نادرست والدین در قبال پروسه درمان کودک توسط دندان پزشک را واضح تر می سازد. با آگاهی بخشی به والدین و ارائه توضیحاتی در مورد همراهی این روش ها با اصول روان شناسی کودک و اطمینان دادن در خصوص نگرانی مشترک دندان پزشک و والدین در مورد جنبه های عاطفی و روانی کودک می توان نگرانی آن ها را کاهش داد؛ چرا که ثابت شده است والدینی که نگرانی کمتری در خصوص روش های کنترل رفتاری کودکان داشته باشند، پذیرش بیشتری را نیز در رابطه با این روش ها از خود نشان می دهند [۱۴].

مطالعات همسو است [۱۴-۱۲، ۱]. در این مطالعه، کمترین میزان پذیرش والدین مربوط به روش قرار دادن دست روی دهان کودک و محدودسازی غیرفعال بود. میزان پذیرش این دو روش حتی پس از آگاهی بخشی والدین نیز به حد قابل قبول نرسید. روش قرار دادن دست روی دهان کودک دیگر توسط AAP نیز توصیه نمی شود [۱۶، ۱۵]؛ همچنین طبق آخرین مطالعات، استفاده از پاپوزبورد (وسیله ای طراحی شده به منظور محدودسازی فیزیکی غیرفعال) احتمال ایجاد عواقب جدی مانند آسیب های فیزیکی و روانی، از بین رفتن اعتماد به نفس و نقض حقوق بیمار را به دنبال دارد [۵]؛ بنابراین به نظر می رسد با توجه به تغییر شرایط فرهنگی و اجتماعی و اهمیت پذیرش و مشارکت والدین در پروسه درمان دندان پزشکی کودکان خود، روش های کنترل رفتاری تهاجمی مانند قرار دادن دست روی دهان کودک و محدودسازی فیزیکی غیرفعال باید کنار گذاشته شود.

در این مطالعه در مقایسه با مطالعه پاریاب و همکاران در سال ۲۰۱۴ [۳] و شیوا رضوی در سال ۲۰۰۹ [۱۷] میزان پذیرش بیهوشی عمومی افزایش پیدا کرده است که این تفاوت می تواند به دلیل آشنایی والدین با روش بیهوشی عمومی، افزایش تعداد مراکز جراحی سرپایی، گسترش دسترسی به اطلاعات پزشکی از طریق اینترنت و سایر رسانه ها، تغییر داروهای بیهوشی عمومی به همراه افزایش ایمنی و اثربخشی و کاهش عوارض آن ها باشد. به طور کلی در مقایسه با گذشته، والدین ممکن است روش بیهوشی عمومی را برای کودکان خود با ریسک کمتر، مقرون به صرفه تر و راحت تر بدانند [۲۰-۱۸].

با توجه به نتایج این مطالعه، اثربخشی تمام روش های آگاهی بخشی (شامل روش کتبی، روش نوشتاری و نمایش فیلم) بر افزایش پذیرش والدین از لحاظ آماری معنادار بود و این بدان معناست که دندان پزشکان باید آگاهی بخشی والدین در خصوص روش های کنترل رفتاری کودکان را در برنامه درمانی خود قرار دهند؛ در ضمن طبق نتایج این مطالعه، در فرآیند انتخاب روش آگاهی بخشی برای نیل به بیشترین تأثیر در نگرش و پذیرش والدین، باید هر روش کنترل رفتاری را با مؤثرترین تکنیک آگاهی بخشی مربوط به والدین ارائه داد. در مطالعه مهرا پاریاب در سال ۲۰۱۴ [۳] بر خلاف مطالعه حاضر، اثربخشی روش های

نتیجه گیری

در جامعه مورد بررسی ما، ترتیب پذیرش ۶ روش کنترل رفتاری کودکان قبل و بعد از آگاهی بخشی والدین به صورت زیر بود: ۱. جدایی والدین؛ ۲. کنترل صدا؛ ۳. محدودسازی فیزیکی فعال؛ ۴. بیهوشی عمومی؛ ۵. محدودسازی فیزیکی غیرفعال و ۶. قرار دادن دست روی دهان کودک.

طبق نتایج این مطالعه، آگاهی بخشی والدین موجب افزایش میزان پذیرش والدین در خصوص روش های کنترل رفتاری کودکان می شود و دندان پزشکان باید آگاهی بخشی والدین در خصوص روش های کنترل رفتاری را به عنوان جزئی از فرآیند درمان در نظر بگیرند.

دلیل عمده والدین در خصوص عدم پذیرش روش های کنترل رفتاری کودکان، نگرانی آن ها در خصوص ایجاد مشکلات عاطفی و آسیب به کودکشان بود؛ لذا می بایست با آگاهی بخشی والدین و ارائه توضیحاتی ساده، هدفمند و جامع، نگرانی والدین را در خصوص اثرات منفی و عوارض این روش های کنترل رفتاری کاهش داد.

پیشنهادات

۱) پیشنهاد می شود با توجه به تأثیر تجربه قبلی دندان پزشکی کودک بر میزان پذیرش والدین در خصوص روش های کنترل رفتاری کودکان، این متغیر نیز در مطالعات آینده بررسی شود.

۲) پیشنهاد می شود در مطالعات آینده، پذیرش والدین کودکان ناتوان ذهنی-حرکتی در خصوص روش های کنترل رفتاری تیم دندان پزشکی ارزیابی شود.

محدودیت ها

محدودیت اصلی مطالعه حاضر، تهیه فیلم مناسب، گویا و مطابق با اصول تأکید شده AAPD در مقوله کنترل رفتاری بود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه با کد اخلاق IR.ARAKMU.REC.1398.102 در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اراک به ثبت رسیده است.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دوره دکتری عمومی دندان پزشکی نویسنده اول بوده و با حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اراک انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان معیارهای استاندارد نویسندگی بر اساس پیشنهادات کمیته بین المللی ناشران مجلات پزشکی را دارا بودند.

تعارض منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می کنند که هیچ گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

- [1] Jafarzadeh M, Kooshki F, Malekafzali B, Ahmadi S. Attitude of parents referred to the department of pediatric dentistry towards different behavioral management techniques used in pediatric dentistry. *J Dent Sch Shahid Beheshti Univ Med Sci.* 2015; 33(1):44-50.
- [2] Boka V, Arapostathis K, Vretos N, Kotsanos N. Parental acceptance of behaviour-management techniques used in paediatric dentistry and its relation to parental dental anxiety and experience. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2014; 15(5):333-9. [DOI:10.1007/s40368-014-0119-y] [PMID]
- [3] Paryab M, Afshar H, Mohammadi R. Informing parents about the pharmacological and invasive behavior management techniques used in pediatric dentistry. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.* 2014;8(2):95-100. [DOI:10.5681/joddd.2014.017] [PMID] [PMCID]
- [4] Elango I, K Baweja D, K Shivaprakash P. Parental acceptance of pediatric behavior management techniques: A comparative study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2012; 195-200. [DOI:10.4103/0970-4388.105010] [PMID]
- [5] McDonald RE, Avery DR. Foreword. In: Dean JA, editor. *McDonald and Avery's Dentistry for the Child and Adolescent (Tenth Edition)*. St. Louis: Mosby; 2016. [DOI:10.1016/B978-0-323-28745-6.06001-4]
- [6] Adewumi A HM, King JM. Children and informed consent: A study of children's perceptions and involvement in consent to dental treatment. *Br Dent J* 2001; 191:256-9. [DOI:10.1038/sj.bdj.4801157a] [PMID]
- [7] Abushal MS, Adenubi JO. Attitudes of Saudi parents toward behavior management techniques in pediatric dentistry. *J Dent Child (Chic).* 2003; 70(2):104-10. [PMID]
- [8] Wright GZ KA, Wright GZ. *Behavior management in dentistry for children*. Hoboken; John Wiley & Sons, Inc: 2014. [DOI:10.1002/9781118852446]
- [9] 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. [PMID]
- [10] Tsuchihashi N UN, Takagi Y, Miwa Z, Sugimo K. Internal stress in children and parental attitude to dental treatment with passive restraint. *Pediatr Dent J* 2012; 22:170-7. [DOI:10.1016/S0917-2394(12)70268-9]
- [11] Eshghi A, Rezaeifar M, Jafarzadeh Samani M, Malekafzali B, Eftekhari M. Evaluation of parental view toward dental treatment under general anesthesia in Isfahan. *J Adv Med Biomed Res.* 2010;18(73):67-75. <http://zums.ac.ir/journal/article-1-1304-fa.html>
- [12] Al Daghamin S BM AS, AlObaidi F, Kakti A. Behavior management techniques in pediatric dentistry: how well are they accepted? *Acad J Ped Neonatol.* 2017; 5:1-6.
- [13] Acharya S, Acharya Sonu S, Leite Cavalcanti A, Wilney W, Padilha N. Parental acceptance of various behaviour management techniques used in pediatric dentistry: a pilot study in Odisha, India. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada.* 2017; 2017(1):e3728. [DOI:10.4034/PBOCI.2017.171.26]
- [14] Allen KD, Hodges ED, Knudsen SK. Comparing four methods to inform parents about child behavior management: how to inform for consent. *Pediatr Dent.* 1995; 17(3):180-6. [PMID]
- [15] Roberts JF, Curzon ME, Koch G, Martens LC. Review: Behaviour management techniques in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2010; 11(4):166-74. [DOI:10.1007/BF03262738] [PMID]
- [16] American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Behavior guidance for the pediatric dental patient. *Am Acad Pediatr Dent.* https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_behavguide.pdf
- [17] Razavi S, Purtaji B. Determining the behavior management technique's acceptance of mothers referred to the department of pediatric dentistry in Qazvin (2007). *J Qazvin Univ Med Sci.* 2009; 13(3):81-6. <http://journal.qums.ac.ir/article-1-879-en.html>
- [18] American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. 2009; 30(7):125-33.
- [19] Luis de León J1 GJF, Bellet Dalmau LJ. Acceptance by Spanish parents of behaviour management techniques used in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2010; 11(4):175-8. [DOI:10.1007/BF03262739] [PMID]
- [20] Saleh M MS, Sabiha A. Parental attitude toward behavioral management techniques in dental practice with school children in Kuwait. *Med Princ Pract.* 2011; 20:350-55. [DOI:10.1159/000323758] [PMID]

This Page Intentionally Left Blank
