

## ارزیابی رفتار کودکان در کلینیک های دندانپزشکی و ارتباط آن با ویژگی های شخصیتی مادران

دکتر سید محمود طباطبائی<sup>۱</sup>، دکتر حسین نعمت الهی<sup>۲</sup>، دکتر فریده شاکری منش<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup>نویسنده مسئول: دانشیار روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد E-mail: dr\_smtabatabaei@yahoo.com

<sup>۲</sup>استادیار دندانپزشکی <sup>۳</sup>متخصص دندانپزشکی کودکان دانشگاه علوم پزشکی مشهد

### چکیده

**زمینه و هدف:** برای انجام معاینه و اقدامات دندانپزشکی با کیفیت مطلوب برای کودکان و همچنین القای نگرش مثبت نسبت به این اقدامات در آنان، آگاهی و شناخت درست از رفتار کودکان و عوامل موثر بر آن اهمیت اساسی دارد. طی سه دهه گذشته، مطالعاتی در این زمینه انجام شده است و این مطالعه نیز با هدف دستیابی به راهکارهای مناسب به منظور کنترل و نتیجه گیری بهتر از اقدامات تشخیصی و درمانی و تاثیر ویژگی های شخصیتی مادر- بعنوان یکی از مهمترین عوامل موثر بر رفتار کودک انجام شد.

**روش کار:** در این مطالعه ۱۰۴ کودک (۵۳ پسر و ۵۱ دختر) گروه سنی ۶-۳ ساله همراه با مادران شان بطور تصادفی انتخاب شدند. کودکان سابقه ای از مراجعه به دندانپزشک نداشته و هیچ گونه معلولیت جسمی و روانی یا رفتارهای ویژه نیازمند کنترل نداشتند. سنجش رفتار کودکان در طی سه جلسه بر اساس طبقه بندی فرانکل انجام شد که در آن چهار رتبه متمایز تحت عناوین کاملاً منفی، منفی، مثبت و کاملاً مثبت به دقت تعریف و نمره گذاری شده اند. در جلسه اول، کودک معاینه شد، در جلسه دوم، فلوراید تراپی و در جلسه سوم، یک درمان ترمیمی بعمل آمد. همزمان، ویژگی های روانی رفتاری و شخصیتی مادران از طریق مصاحبه روانپزشکی و با توجه به معیارهای DSMIV و استفاده از آزمون سلامت عمومی (GHQ) ارزیابی شده و چهار گروه عمده نرمال، افسرده، مضطرب و وسواسی، شناسایی و تشخیص داده شدند.

**یافته ها:** نتایج این مطالعه نشان می دهد که ۱۲/۵٪ کل کودکان در طی سه جلسه فاقد همکاری بوده و اکثریت آنان در گروه سنی ۳-۴ سال قرار داشتند. این تفاوت با گروه سنی ۵-۴ سال و ۶-۵ سال از نظر آماری، معنی داری بود ( $p < 0.05$ ). در همه گروه های سنی یادشده، تفاوت جنسی، تاثیری در رفتار کودک نداشت، همچنین مشخص شد که کودکان مادرانی که شخصیت وسواسی دارند، در مقایسه با سایر مادران، در طی سه جلسه، بالاترین نمره رفتاری را داشته و این تفاوت در جلسه اول از نظر آماری، معنی دار بود ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** ویژگی های روانی رفتاری مادر، در اولین جلسه ملاقات با دندانپزشک، بیشترین تاثیر را بر رفتار کودک در کلینیک دندانپزشکی نشان داد.

**واژه های کلیدی:** رفتار کودک، شخصیت مادران، دندانپزشکی

تاریخ وصول: ۸۳/۵/۱۰ درخواست اصلاحات نهایی: ۸۳/۸/۴ پذیرش: ۸۳/۱۲/۲۵

### مقدمه

هم رفتارهای غیر همکارانه داشته و در حقیقت فاقد همکاری هستند [۱]. زمانی که کودک برای نخستین بار به منظور انجام درمان های دندانپزشکی مراجعه می کند، با ترس از آنچه نمی شناسد و همچنین بسته به

کودکان پیش دبستانی بخش قابل توجهی از کل کودکان را تشکیل می دهند. برخی از آنان در طی ملاقات های دندانپزشکی، همکاری می کنند و گروهی

یکی از نکات مهمی که متخصصین دندانپزشکی کودکان را مدت ها به خود مشغول کرده، نقش والدین در تجربه دندانپزشکی فرزندان شان می باشد. از لحاظ عملی، این موضوع برای خردسالان بویژه گروه سنی ۳-۶ ساله، اهمیت چشمگیری دارد [۱۷-۱۵]. کودکان پیش دبستانی نیازمند صرف انرژی و تحمل زیادی برای کنترل موثر می باشند و بخش اعظم تکنیک های کنترل رفتار نیز به آنان اختصاص دارد [۱۸].

در این مطالعه که در سال تحصیلی ۸۲-۱۳۸۱ در کلینیک دندانپزشکی مشهد انجام شده، رفتار ۱۰۴ کودک در گروه سنی ۳-۶ سال در سه جلسه متوالی و ارتباط رفتار آنان با ویژگی های روانی رفتاری و شخصیتی مادران شان، مورد ارزیابی قرار گرفته است.

## روش کار

در این پژوهش توصیفی - مقطعی ۱۰۴ کودک (۵۳ پسر و ۵۱ دختر) در مقطع سنی ۳-۶ سال بطور تصادفی از مراجعین به کلینیک دندانپزشکی دانشگاه مشهد انتخاب شدند و هر کودک همراه با مادر خود توسط دندانپزشک و روانپزشک معاینه و ارزیابی شد.

نحوه و میزان همکاری هر کودک برای معاینات دندانپزشکی در طی سه جلسه پیاپی و بر اساس طبقه بندی فرانکل انجام گرفت، اما ویژگی های شخصیتی مادر بر اساس مصاحبه بالینی، استفاده از آزمون سلامت عمومی و با توجه به معیارهای DSMIV استخراج و ثبت شدند. فقدان آسیب روانشناختی-رفتاری آشکار بعنوان شخصیت نرمال، منطبق بودن علایم بالینی بر ویژگی های شخصیت و سواسی اجباری<sup>۱</sup> (از محور ۲) بعنوان شخصیت و سواسی، داشتن علایم اضطراب منتشر<sup>۲</sup> (از محور ۱) بعنوان شخصیت مضطرب و داشتن ویژگی های افسرده خویی<sup>۳</sup> یا افسردگی<sup>۴</sup> (از محور ۱) بعنوان شخصیت افسرده شناسایی شدند. البته این

نیاز دندانی اش با درجات متغیری از درد و یا ناراحتی مواجه می شود [۳ و ۲].

آشنایی با رفتار کودکان و چگونگی کنترل و کنار آمدن با آنان در کلینیک های تخصصی دندانپزشکی به اندازه ای اهمیت دارد که بخش زیادی از مطالعات و پژوهش های رشته تخصصی دندانپزشکی اطفال، به این امر اختصاص یافته است [۶-۴]. باید توجه داشت که عوامل متعدد و متنوعی بر چگونگی رفتار کودک در موقعیت های مختلف از جمله کلینیک دندانپزشکی تاثیر می گذارند و از جمله این عوامل می توان به ویژگی های روانی رفتاری، ساختار شخصیتی، طبقه اجتماعی اقتصادی، میزان تحصیلات و حتی ایدئولوژی والدین اشاره کرد [۷]. اگر دندانپزشک نتواند از راه برقراری ارتباط مناسب، رفتار کودک را با شیوه های غیر فیزیکی و دارویی کنترل کند، هر گونه اقدام تشخیصی و درمانی دیگر ممکن است با موفقیت و رضایت درمانگر و والدین همراه نباشد [۹ و ۸]. در همین رابطه، مطالعات انجام شده در سه دهه گذشته نشان داده اند که ارتباط مشخص و معنی داری بین اضطراب والدین و رفتار کودکان ۳-۴ ساله در اولین ملاقات با دندانپزشک وجود دارد، اما این ارتباط در ملاقات های بعدی، از بین رفته است [۱۰]. در همین مطالعات تاکید شده که خصوصیات روانی رفتاری مادر، نقش اساسی تری از رفتار پدر دارد [۵].

در مجموع لزوم ایجاد رفتار مناسب کودک در مطب دندانپزشک به منظور انجام یک درمان دندانی با کیفیت مطلوب و قابل قبول، توانایی کنترل رفتار کودک را بعنوان یک موضوع اساسی در دندانپزشکی مطرح کرده است [۱۱]. ویژگی های شخصیتی و رفتاری دندانپزشک اطفال بعنوان بزرگسال ارایه دهنده درمان و کودک بعنوان دریافت کننده، از اهمیت بسزایی برخوردار است [۱۲]. بعد کنترل رفتار کودکان در دندانپزشکی نسبت به سایر ابعاد این علم همچون علوم زیستی، مهارت های تشخیصی، تکنیک های وابسته به بیوشیمی و بیوفیزیک، از اهمیت ویژه ای برخوردار است [۱۳ و ۱۴].

<sup>1</sup> Obsessive Compulsive Personality Disorder

<sup>2</sup> Generalized Anxiety Disorder

<sup>3</sup> Dysphoric Disorder

<sup>4</sup> Major Depressive Disorder

۵- پذیرفتن پاداش یا جایزه (نمره بندی همچون موارد فوق): عدم قبول جایزه و پرت کردن آن، قبول جایزه با واسطه مادر، قبول جایزه با احتیاط، قبول جایزه با خوشحالی و تشکر.

اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون آماری مجذور کای تجزیه و تحلیل شدند.

### یافته ها

بیش از دو سوم کودکان مراجعه کننده در محدوده سنی ۳-۴ سال و ۵-۶ سال و کمتر از یک سوم آنان در محدوده سنی ۵-۶ سال بودند (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر اساس گروه سنی

گروه سنی	فراوانی	
	تعداد	درصد
۳-۴ ساله	۳۸	۳۶/۵
۴-۵ ساله	۲۸	۲۷
۵-۶ ساله	۳۸	۳۶/۵
جمع کل	۱۰۴	۱۰۰٪

در جلسه اول حدود نیمی از کودکان دارای رفتار کاملا مثبت و کمتر از ده درصد کودکان دارای رفتار منفی یا کاملا منفی بودند (جدول ۲).

کودکان مادران وسواسی بالاترین نمره و کودکان مادران شخصیت نرمال کمترین را نشان دادند (جدول ۳).

جدول ۳. مقایسه میانگین مجموع نمرات رفتاری کودکان در ارتباط با نوع شخصیت روانی مادران آنها

شخصیت مادر	فراوانی		میانگین نمرات رفتاری کودک
	تعداد	درصد	
نرمال	۳۳	۸/۶۹	۷/۶۳
افسرده	۳۶	۷/۲۵	۹/۱۲
مضطرب	۱۶	۵/۷۷	۱۰/۸۵
وسواسی	۱۹	۵/۴۹	۱۱/۷۷

تشخیص ها بدون استفاده از معیارهای DSMIV نیز توسط کاپلان و سادوک، مجاز شناخته شده است [۱۹]. در طبقه بندی فرانکل، پنج عامل اساسی از نظر کمی و کیفی به شرح زیر مورد توجه قرار گرفته و به آنها نمره داده می شود:

### الف- نمره کمی:

کاملا منفی (--) به ارزش ۲۰- تا ۱۰-، منفی (-) به ارزش ۹- تا ۰، مثبت (+) به ارزش ۱+ تا ۱۰+ و کاملا مثبت (++) به ارزش ۱۱+ تا ۲۰+، این نمره گذاری کمی عمدتاً بر اساس مشاهده و ارزیابی دندانپزشک و همکاران از کیفیت رفتار کودک بوده و بعبارت دیگر مبنای آن، ارزیابی کیفی رفتار کودک به شرح زیر است:

### ب- نمره کیفی:

۱- نحوه ورود به اتاق معاینه: با گریه و ترس (۲۰- تا ۱۰-)، بدون تمایل و با کج خلقی (۹- تا ۰)، با تمایل و احتیاط (۱+ تا ۱۰+)، با خوشحالی و علاقه (۱۱+ تا ۲۰+).

۲- نحوه نشستن روی صندلی معاینه: با مادر و در حال گریه (۲۰- تا ۱۰-)، بدون تمایل و با کج خلقی (۹- تا ۰)، با تمایل و احتیاط (۱+ تا ۱۰+)، بدون مادر به تنهایی و خوشحال (۱۱+ تا ۲۰+).

۳- بازکردن دهان برای معاینه (نمره بندی همچون موارد فوق): با گریه و گذاشتن دست روی دهان، باز کردن دهان همراه با عدم تمایل، باز کردن دهان با احتیاط، باز کردن دهان با اولین درخواست.

۴- ارتباط کلامی با دندانپزشک (نمره بندی همچون موارد فوق): بجز گریه هیچ پاسخ کلامی نمی دهد، نه گریه و نه پاسخ کلامی، پاسخ ها تنها غیر کلامی، پاسخ ها کلامی و متناسب.

جدول ۲. توزیع فراوانی امتیازات رفتارهای مختلف کودک در جلسات مختلف

طبقه بندی رفتاری	نحوه ورود		طرز نشستن در صندلی		باز کردن دهان		ارتباط کلامی		پذیرفتن جایزه	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کاملا منفی	۱۲	۱۱/۵	۱۱	۱۰/۶	۶	۵/۸	۵	۴/۸	۳	۲/۹
منفی	۹	۸/۷	۱۰	۹/۶	۴	۳/۸	۷	۶/۷	۱۰	۹/۶
مثبت	۵۸	۵۵/۸	۵۹	۵۶/۷	۷۰	۶۷/۳	۴۴	۴۲/۳	۴۶	۴۴/۲
کاملا مثبت	۲۵	۲۴	۲۴	۲۳/۱	۲۴	۲۳/۱	۴۸	۴۶/۲	۴۵	۴۳/۳
جمع کل	۱۰۴	۱۰۰	۱۰۴	۱۰۰	۱۰۴	۱۰۰	۱۰۴	۱۰۰	۱۰۴	۱۰۰

جدول ۴. بررسی ارتباط شخصیت مادران کودکان مورد مطالعه با وضعیت اشتغال آنان

وضعیت اشتغال شخصیت مادر	خانه دار		شاغل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
نرمال	۲۳	۶۹/۷	۱۰	۳۰/۳
افسرده	۲۳	۶۳/۹	۱۳	۳۶/۱
مضطرب	۱۴	۸۷/۵	۲	۱۲/۵
وسواسی	۱۲	۶۳/۲	۷	۳۶/۸
	p=۰/۳۵		X2=۳/۳۲	

با توجه به اینکه ۷۲ نفر از مادران، خانه دار و ۳۲ نفر شاغل بودند، ارزیابی آماری نشان داد که بین شخصیت مادر و شغل وی، ارتباط معنی داری وجود ندارد (جدول ۴).

### بحث

از کل ۱۰۴ کودک مورد بررسی تنها حدود ۱۰/۵٪ بعنوان کودکان بد رفتار شناسایی شدند. این یافته ها با نتایج مطالعه کلینبرگ<sup>۱</sup> و همکاران در کشور سوئد که شیوع بد رفتاری در کودکان ۳-۶ ساله را معادل ۱۰/۵٪ گزارش کرده اند مطابقت دارد [۱۱].

میانگین نمرات رفتاری کودکان در جلسات معاینه و درمان، با جنس آنان ارتباط معنی داری نشان نداد. این یافته ها با نتایج مطالعه بریل<sup>۲</sup> در مریلند همخوانی دارد [۶].

عدم وجود اختلاف بین جنس کودکان و رفتار آنان ممکن است به این دلیل باشد که تا پیش از بلوغ، عوامل هورمونی و روانی تاثیر آشکاری بر روی کودک ندارد و البته در مطالعه تیلور<sup>۳</sup> و همکاران هم نشان داده شد که رفتار کودکان ۳-۶ ساله ارتباط معنی داری به جنسیت آنان ندارد [۱۸].

در مطالعه حاضر بین نمرات رفتاری کودکان در سنین مختلف، تفاوت معنی داری وجود داشت، بنظر می رسد علت آن، پیشرفت کودک در سنین ۳-۶ سال در جهت اجتماعی شدن باشد، در نتیجه هر چه سن کودک

افزایش یابد تحمل جدایی از والدین بیشتر و برقراری رابطه با افراد مختلف از جمله دندانپزشک، بهتر می شود. این یافته ها با نتایج مطالعه بریل که نشان داده بود، هر چه سن کودک کمتر باشد منفی گرای وی شدیدتر است، همخوانی دارد [۶]. استیل من<sup>۴</sup> هم در مطالعه ای ضمن تاکید بر شیوع بد رفتاری در کودکان زیر ۴ سال ادعا کرده است که علت آن، اوج ترس در گروه سنی ۳-۵ ساله است [۱۲].

بر اساس یافته های این پژوهش، تزریق بی حسی موضعی و شروع آماده شدن کودک برای استفاده از هندپیس<sup>۵</sup> با سرعت زیاد، بیشترین عامل اضطراب زا بشمار می آید، آگاهی از این امر برای دندانپزشک برای نحوه کنترل اضطراب کودک، اهمیت زیادی دارد. در زمینه رابطه رفتار کودک با شخصیت مادر، می توان نتیجه گرفت که مادرانی که دارای ویژگی های شخصیتی وسواسی-اجباری هستند معمولا نسبت به رعایت بهداشت، نظافت، نظم، وقت شناسی، رعایت آداب و رسوم، مسایل اخلاقی و حفظ وضعیت ظاهر در حد کمال مطلوب، سختگیری بیش از حدی از خود نشان می دهند، کمال طلب هستند و اهمیت زیادی به انتقال همین ویژگی به اطرافیان بویژه همسر و فرزندان خود می دهند و از همین رو فرزندان شان از همان آغاز برخورد با درمانگر بویژه در اولین جلسه برخوردی کاملاً مطلوب و قابل کنترل و مطابق با انتظارات درمانگر از خود نشان داده و نسبت به فرزندان مادرانی که شخصیت وسواسی ندارند، بهتر و در حد

<sup>1</sup> Klingberg

<sup>2</sup> Brill

<sup>3</sup> Taylor

<sup>4</sup> Steelman

<sup>5</sup> Handpice

- with type of visits, age and socio-economic factors. *J Child Pediatric Dent.* 2000; 25(1):1-7.
- 7- Hetherington E. *Child Psychology a contemporary View Point*, 5<sup>th</sup> ed. Boston: McGraw Hill Co, 1999: 462-3, 478-9.
- 8- Nainar SM, Crall JJ. Child patient behavior. a new perspective. *ASDC J Dent Child.* 1991 Jul-Aug;58(4):303-5.
- 9- Veerkamp JS, Gruythuysen RJ, Amerongen WE, Hoogstraten J. Treating fearful children: does a parent's view of the child's fear change? *ASDC J Dent Child.* 1994 Mar-Apr; 61(2):105-8.
- 10- Sarnat H, Peri JN, Nitzan E, Perlberg A. Factors which influence cooperation between dentist and child. *J Dent Educ.* 1972 Dec; 36(12):9-15.
- 11- Klingberg G, Vannas Lofqvist L, Bjarnason S, Noren JG. Dental behavior management problems in Swedish children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1994 Jun;22(3):201-5.
- 12- Steelman R. Age and sex predilection of unmanageable Hispanic pediatric dental patients. *ASDC J Dent Child.* 1991 May-Jun; 58(3):229-32.
- 13- Berge M, Veerkamp JS, Hoogstraten J, Prins PJ. Parental beliefs on the origins of child dental fear in The Netherlands. *ASDC J Dent Child.* 2001 Jan-Feb;68(1):51-4, 12.
- 14- Pinkham JR. An analysis of the phenomenon of increased parental participation during the child's dental experience. *ASDC J Dent Child.* 1991 Nov-Dec; 58(6):458-63.
- 15- Gershen JA. Maternal influence on the behavior patterns of children in the dental situation. *ASDC J Dent Child.* 1976 Jan-Feb; 43(1):28-32.
- 16- Holst A, Hallonsten A, Schroder U, Edlund K. Prediction of behavior-management problems in 3-year-old children. *Scand J Dent Res.* 1993 Apr; 101(2):110-4.
- 17- Corkey B, Freeman R. Predictors of dental anxiety in six-year-old children: findings from a pilot study. *ASDC J Dent Child.* 1994 Jul-Aug; 61(4):267-71.
- 18- Taylor MH, Moyer IN, Peterson DS. Effect of appointment time, age, and gender on children's behavior in a dental setting. *ASDC J Dent Child.* 1983 Mar-Apr; 50(2):106-10.
- 19- Kaplan H, Sadock B. *Synopsis of psychiatry*, 9<sup>th</sup> ed. New York: Lippincott Press, 2003: 290-318.

مطلوب تری ارزیابی می شوند. مادرانی که ویژگی هایشان در حد طبیعی است از سختگیری های یاد شده استفاده نمی کنند و فرزندان آنان ممکن است تحت تاثیر فرزندان بزرگتر یا کوچکتر و یا همبازی ها و بستگان هم سن و سال فرار گرفته و ویژگی های نامطلوبی از دیگران دریافت کنند و مادر هم حساسیت زیادی برای رویارویی با این ویژگی ها نشان نمی دهد. از این رو نسبت به فرزندان مادران برخوردار از ویژگی های شخصیت و سواسی، قابلیت کنترل کمتری نشان داده و ویژگی های نامطلوب اجتماعی و شخصیتی کمتری دارند. باید توجه داشت که این امر، نسبی می باشد. نتایج این مطالعه افزون بر تایید مطالعات پیشین، نشان دهنده تفاوت های شخصیتی و روان رفتاری مادران بر روی رفتارهای کودکان و ارتباط معنی دار با نوع رفتار می باشد.

### تشکر و قدردانی

از پرستاران و پرسنل زحمت کش کلینیک ویژه دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که با دلسوزی، بردباری و صرف وقت زیاد در امر اجرای این پژوهش همکاری نمودند سپاسگزاری می شود.

### منابع

- 1- Brill WA. Behavior of pediatric dental patients throughout the course of restorative dental treatment in a private pediatric dental practice. *J Clin Pediatr Dent.* 2001; 26(1):55-60.
- 2- Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P. *Oxford Textbook of Psychiatry*, 3<sup>rd</sup> ed, New York: Oxford University Press, 1996: 115, 135, 162-3, 204-5.
- 3- McDonald R, Avery D. *Dentistry for the child and adolescent*, 7<sup>th</sup> ed, London: Mosby, 2000, 38-9, 50.
- 4- Pinkham JR, Casamassimo PS, Fields HW, McTigue DJ, Nowak A. *Pediatric dentistry: Infancy Through Adolescence*. 3<sup>rd</sup> ed, New York: W.B Saunders, 1999: 82, 258-60, 358.
- 5- Koenigsberg S, Johnson R. Child behavior during three dental visits. *ASDC J Dent Child.* 1975 May-Jun;42(3):197-200.
- 6- Brill WA. Child behavior in a private pediatric dental practice associated associate