

بررسی نگرش دندانپزشکان عمومی در ارتباط با روش‌های کنترل رفتاری کودکان

دکتر مهدی جعفرزاده^۱ - دکتر مریم حاجی احمدی^۲ - دکتر هاجر اسماعیلیان^۳ - دکتر هادی موشکل گشا^۴

۱- استادیار گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استادیار گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران

۳- دندانپزشک

۴- دستیار تخصصی جراحی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

Evaluation of the attitudes of general dentists toward pediatric behavior guidance techniques

Mehdi Jafarzadeh^{1†}, Maryam Haji Ahmadi², Hajar Esmailian³, Hadi Moshkel Gosha⁴

1[†]- Assistant Professor, Department of Pediatrics Dentistry, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Pediatrics Dentistry, School of Dentistry, Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Iran

3- Dentist

4- Post-graduate Student, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Shahid Sadoghi University of Medical Sciences, Yazd, Iran (dr.hadi661166@yahoo.com)

Background and Aims: Successful pediatric dentistry depends on the dentist's technical skills, as well as his/her ability to acquire and maintain a child's cooperation. The correction of dentist's performance in this area affects the view of parents and increases the quality of dental services. The aim of this study was to evaluate the attitudes of general dentists toward behavior guidance techniques in Isfahan.

Materials and Methods: In this descriptive- analytic cross-sectional study, 100 general dentists of Isfahan city were selected with simple random sampling technique. They were asked to complete the questionnaire inquiring their attitude toward four different behavioral management techniques. An appropriate question about each of the methods was proposed by the authors, along with demographic characteristics including: gender, age, university, year of graduation, work experience, the mean number of pediatric patients referred in one month was provided in the form of a questionnaire. To evaluate the attitude of dentists to the questionnaire, the score from 1 to 5 was given to each item and the total score was considered. Higher score indicated more positive attitude of dentist. Data were analyzed using T-test, Pearson's correlation and one-way ANOVA ($P < 0.05$).

Results: The mean scores for dental behavioral management techniques were positive reinforcement (4.2 ± 2.7), general anesthesia (3.5 ± 4.4), N₂O sedation (3.4 ± 4.4) and pharmacologic sedation (3.2 ± 2.7), respectively. There were no significant differences between the mean score of dentist attitude and age, gender, clinical experience and the number of pediatric patient ($P > 0.05$).

Conclusion: General dentists' attitudes towards different behavior management techniques were associated with age, gender, clinical experience and the number of pediatric patient. General dentists' tend was more towards non-drug behavior control methods such as positive reinforcement.

Key Words: Attitude, Behavior control, Reinforcement, Anesthesia

Journal of Dental Medicine-Tehran University of Medical Sciences 2014;27(3):190-95

† مولف مسوول: نشانی: یزد- دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد- دانشکده دندانپزشکی- گروه آموزشی جراحی دهان، فک و صورت
 تلفن: ۰۹۱۳۳۲۷۷۶۴۷- نشانی الکترونیک: dr.hadi661166@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: انجام کار موفق دندانپزشکی برای کودکان نه تنها به مهارت‌های دندانپزشک بستگی دارد بلکه نیازمند برقراری ارتباط با کودک و نیز حفظ همکاری وی می‌باشد. تصحیح عملکرد دندانپزشکان در زمینه روش‌های هدایت رفتاری، بر نظرات والدین تأثیر گذاشته و کیفیت خدمات دندانپزشکی را افزایش می‌دهد. هدف از انجام این پژوهش بررسی نگرش دندانپزشکان عمومی شهر اصفهان در ارتباط با روش‌های هدایت رفتاری کودکان بود.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی است. به منظور انجام این پژوهش ۱۰۰ نفر از دندانپزشکان عمومی شهر اصفهان به صورت تصادفی انتخاب گردید و از آن‌ها خواسته شد تا به پرسشنامه (حاوی نگرش در رابطه با چهار روش هدایت رفتاری) پاسخ دهند. سؤالات مناسب در مورد هریک از روش‌ها توسط نویسندگان مقاله طرح شد و به همراه ویژگی‌های دموگرافیک شامل جنس، سن، دانشگاه محل تحصیل، سال فارغ التحصیلی، سابقه کار، متوسط تعداد بیماران اطفال مراجعه‌کننده در یک ماه در قالب یک پرسشنامه تهیه گردید. به منظور بررسی میزان نمره نگرش دندانپزشکان به تفکیک نوع پرسش به هر گزینه نمره‌ای از ۱ تا ۵ تعلق گرفته و مجموع آن‌ها در نظر گرفته شد. نمره بالاتر نشان‌دهنده نگرش مثبت‌تر دندانپزشک می‌باشد. داده‌های حاصله توسط آزمون‌های آماری T-test، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس یکطرفه مورد بررسی قرار گرفت ($P < 0.05$).

یافته‌ها: میانگین نمره نگرش دندانپزشکان برای روش‌های کنترل رفتاری در کودکان به ترتیب تقویت مثبت ($4/2 \pm 2/7$)، بیهوشی عمومی ($3/5 \pm 4/4$)، آرام بخشی با نیتروس اکساید ($3/4 \pm 4/4$) و درنهایت آرام بخشی دارویی ($3/2 \pm 2/7$) بود. میانگین نمره نگرش دندانپزشکان با سن، جنس، تجربه کاری و تعداد بیمار کودک ارتباط آماری معنی‌داری نشان نداد ($P > 0.05$).

نتیجه‌گیری: نگرش دندانپزشکان عمومی نسبت به روش‌های مختلف کنترل رفتاری با جنس، سن، تجربه کاری و تعداد بیماران اطفال ارتباط داشت. تمایل دندانپزشکان عمومی نسبت به روش‌های کنترل غیردارویی رفتاری مانند تقویت مثبت بیشتر بود.

کلید واژه‌ها: نگرش، کنترل رفتار، تقویت مثبت، بیهوشی عمومی

وصول: ۹۳/۰۱/۲۳ اصلاح نهایی: ۹۳/۰۶/۳۰ تأیید چاپ: ۹۳/۰۶/۳۱

مقدمه

رفتاری کودک بین کلینیسین‌های مختلف، متفاوت می‌باشد. از طرفی رفتار تیم دندانپزشکی در هدایت رفتاری کودک، آرام کردن ترس و اضطراب وی، یادگیری مکانیسم‌های سازش و ایجاد یک بیمار همکار دندانپزشکی نقش مهمی دارد. هدایت رفتاری صحیح منجر به ارایه درمانی موثر و ایمن همراه با ایجاد نگرش مثبت در کودک می‌گردد (۷-۵). از طرفی به دلیل اینکه روش‌های هدایت رفتاری به صورت کار طبیعی و روزانه بسیاری از دندانپزشکان درآمده است، گاهی اوقات اهمیت آن نادیده گرفته می‌شود. این مساله زمینه مشکلات رفتاری اجتناب‌ناپذیر را افزایش می‌دهد (۴). تأکید بر حقوق اجتماعی و قانونی کودکان همراه با تغییر در ساختارهای اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی جوامع و نیز تغییر در نگرش والدین و افزایش تقاضا برای رضایت آگاهانه آن‌ها، روش‌های هدایت رفتاری کودک را تحت تأثیر قرار داده است (۱،۳). از آنجا که اجرای راهبردهای هشیارانه و آگاهانه همراه با تغییر در نگرش دندانپزشکان می‌تواند منجر به پیشرفت‌های زیادی در مهارت‌های هدایت رفتاری کودکان گردد (۱) و از طرفی نتایج حاصل از مطالعات مشابه خارجی به علت تفاوت‌های آموزشی، اجتماعی و فرهنگی نمی‌تواند راه گشای مسایل مربوط به وضعیت نگرش دندانپزشکان ایرانی نسبت به روش‌های کنترل رفتاری باشد، مطالعه

روش‌های هدایت رفتاری اساس برقراری ارتباط خوب بین گروه دندانپزشکی و بیمار خردسال می‌باشد. این مهارت در کوتاه مدت نیاز فوری دندانپزشکی کودک را برطرف نموده و در درازمدت منجر به بهبود سلامت جامعه می‌گردد (۱). خوشبختانه بیشتر کودکان ملاقات‌های دندانپزشکی را به راحتی و بدون وارد کردن فشار ناخواسته به خود یا گروه دندانپزشکی پیش می‌برند. از طرفی برخی دیگر همکاری نکرده و انجام درمان دندانپزشکی برای آن‌ها بدون استفاده از روش‌های کنترل رفتاری امکان‌پذیر نمی‌باشد (۲). هدف از برخی روش‌های هدایت رفتاری حفظ ارتباط با کودک است، درحالی‌که برخی دیگر به منظور سرکوب رفتار نامناسب و برقراری ارتباط با کودک صورت می‌گیرند (۳). برخی از این روش‌ها خوب و معقول بنظر می‌رسند، اما برخی دیگر در نظر اول ممکن است توسط یک فرد حقوقدان و یا حتی یک دانشجوی دندانپزشکی شدید و خشن در نظر گرفته شوند (۴). دندانپزشکی که کودکان را درمان می‌کند باید از روش‌های هدایت رفتاری آگاهی داشته و با توجه به تکامل کودک و کار دندانپزشکی مورد نیاز وی، روش صحیح را انتخاب کند. با توجه به تفاوت در تجربه، آموزش و شخصیت دندانپزشکان روش‌های هدایت

گردید. پس از چندین بار اصلاح، روایی پرسشنامه توسط مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه اصفهان به تأیید رسید. به منظور بررسی پایایی پرسشنامه در یک مطالعه مقدماتی، ۲۰ نفر از دندانپزشکان عمومی شرکت‌کننده در یک جلسه بازآموزی بصورت تصادفی انتخاب شدند و از آن‌ها خواسته شد که پرسشنامه را تکمیل کنند. پس از تحلیل اطلاعات، ضریب پایایی (آلفای کرونباخ) سؤالات مربوط به روش‌های مختلف کنترل رفتاری به ترتیب زیر به دست آمد:

روش تقویت مثبت: ۶۲٪، بیهوشی عمومی: ۷۶٪، آرامبخشی دارویی: ۷۸٪، آرامبخشی با نیتروزاکساید: ۸۶٪

پس از بررسی روایی و پایایی، پرسشنامه‌ها بین دندانپزشکان توزیع گردید. به منظور بررسی میزان نمره نگرش دندانپزشکان جمع امتیاز پاسخ‌های مناسبی که افراد مورد پژوهش به پرسش‌های مربوط به نگرش داده بودند محاسبه گردید. به تفکیک نوع پرسش به هر گزینه (کاملاً موافقم، موافقم، نظر خاصی ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) نمره‌ای از ۱ تا ۵ تعلق گرفته و مجموع آن‌ها در نظر گرفته شد. نمره بالاتر نشان دهنده نگرش مثبت تر دندانپزشک بود.

داده‌های حاصل از این مطالعه در نرم‌افزار کامپیوتری SPSS نسخه ۱۸ وارد گردید. پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها نتایج با استفاده از آزمون آماری T-test، واریانس یکطرفه و ضریب همبستگی پیرسون محاسبه گردید.

یافته‌ها

از تعداد ۱۰۰ نفر دندانپزشک شرکت‌کننده در این مطالعه ۵۱ نفر زن و ۴۹ نفر مرد بودند. میانگین سنی افراد ۳۱/۳ سال بود. ۴۱ نفر در گروه سنی ۲۱-۳۰ سال، ۳۹ نفر در گروه سنی ۳۱-۴۰ سال و ۲۰ نفر در گروه سنی بالای ۴۰ سال قرار داشتند. افراد مورد پژوهش از ۹ دانشگاه مختلف شامل اصفهان، تهران، شهید بهشتی، خوراسگان، مشهد، یزد، اهواز، شیراز و زاهدان که در فاصله سال‌های ۱۳۷۴ تا ۱۳۸۷ فارغ التحصیل شده بودند انتخاب گردید. از نظر سابقه کاری ۴۹ نفر در گروه اول، ۲۸ نفر در گروه دوم و ۲۳ نفر در گروه سوم قرار داشتند. از نظر تعداد بیمار اطفال مراجعه‌کننده به مطب در طول یک ماه، ۵۴ نفر بین ۱-۱۰، ۳۰ نفر بین ۱۱-۲۰ و ۱۱ نفر بیشتر از ۲۰ بیمار داشتند.

حاضر با هدف ارزیابی نگرش دندانپزشکان عمومی شهر اصفهان نسبت به روش‌های هدایت رفتاری کودکان صورت گرفت.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۸۷ بر روی ۱۰۰ دندانپزشک عمومی که به صورت تصادفی ساده از کلینیک‌های دندانپزشکی و مطب‌های سطح شهر اصفهان انتخاب شده بودند، صورت گرفت. لیست دندانپزشکان در ابتدا از سازمان نظام پزشکی شهرستان اصفهان تهیه گردید. سپس اسامی را شماره‌گذاری کرده و هریک از شماره‌ها روی کارت‌های کوچک مشابه و یکسانی ثبت شد. پس از آن کلیه کارت‌ها داخل جعبه‌ای ریخته شد و هربار پس از تکان دادن جعبه، یک کارت به صورت تصادفی از جعبه خارج گردید. این عمل آنقدر ادامه داده شد تا تعداد واحدهای نمونه مورد نظر به دست آمد. معیار ورود نمونه‌ها داشتن مدرک دکترای عمومی دندانپزشکی بود. اطلاعات این پژوهش از طریق پرسشنامه جمع‌آوری گردید. پرسشنامه شامل ۴ روش تقویت مثبت، بیهوشی عمومی، آرامبخشی با نیتروزاکساید و آرامبخشی دارویی بود. سؤالات مناسب درمورد هریک از روش‌ها توسط نویسندگان مقاله، براساس راهنمای هدایت رفتاری انجمن دندانپزشکی کودکان آمریکا (۴)، طرح شد و به همراه ویژگی‌های دموگرافیک شامل جنس، سن، دانشگاه محل تحصیل، سال فارغ التحصیلی، سابقه کار، متوسط تعداد بیماران اطفال مراجعه‌کننده در یکماه در قالب یک پرسشنامه تهیه گردید. درمورد هریک از روش‌های کنترل رفتاری بین ۹ تا ۱۳ سؤال مطرح شد که در پرسشنامه پیوست قابل مشاهده می‌باشد. افراد مورد پژوهش در سه گروه سابقه کاری قرار گرفتند: گروه اول: افراد با سابقه کاری ۱-۵ سال، گروه دوم: افراد با سابقه کاری ۶-۱۰ سال و گروه سوم: افراد با سابقه کاری بالای ۱۰ سال.

همچنین از نظر سن به سه گروه سنی (گروه اول: ۲۱-۳۰ سال، گروه دوم: ۳۱-۴۰ سال و گروه سوم: بالای ۴۰ سال) تقسیم شدند. از نظر تعداد بیمار اطفال مراجعه‌کننده در طول یکماه نیز در سه گروه (گروه اول: ۱-۱۰ بیمار، گروه دوم: ۱۱-۲۰ بیمار و گروه سوم: بالای ۲۰ بیمار) قرار گرفتند. اشکالات این پرسشنامه اولیه توسط کارشناس روش تحقیق و چند نفر از اساتید دانشکده دندانپزشکی اصفهان برطرف

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره نگرش دندانپزشکان نسبت به روش‌های کنترل رفتاری کودکان به تفکیک جنس

جنس	نتایج	تقویت مثبت	بیهوشی عمومی	نیتروس اکساید	آرامبخشی دارویی
	تعداد	۴۳	۴۳	۴۳	۴۰
مرد	میانگین	۴/۲	۳/۶	۳/۵	۳/۲
	انحراف معیار	۲/۵	۴/۸	۵/۷	۲/۹
	تعداد	۵۷	۵۷	۵۷	۵۵
زن	میانگین	۴/۱	۳/۴	۳/۴	۳/۱
	انحراف معیار	۲/۷	۳/۹	۳/۶	۲/۵
	P-value	۰/۷۲	۰/۷۰	۰/۷۱	۰/۵۰

جدول ۲- ضریب همبستگی میانگین نمره نگرش دندانپزشکان عمومی با سن، سابقه کار و تعداد بیمار اطفال مراجعه‌کننده به مطب در طول یک‌ماه

	نتایج	تقویت مثبت	بیهوشی عمومی	نیتروس اکساید	آرامبخشی دارویی
	تعداد	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۹۵
سن	ضریب همبستگی	-۰/۰۳۸	-۰/۰۴۷	۰/۱۱۸	۰/۱۴۸
	P-value	۰/۷۵	۰/۶۴	۰/۲۴	۰/۱۵
	تعداد	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۹۵
سابقه کار	ضریب همبستگی	-۰/۱۷۵	-۰/۰۰۵	۰/۰۸۶	۰/۰۲۸
	P-value	۰/۰۸	۰/۹۶	۰/۳۹	۰/۷۸
	تعداد	۹۷	۹۷	۹۷	۹۲
تعداد بیمار اطفال مراجعه‌کننده	ضریب همبستگی	-۰/۰۲۳	-۰/۱۷۳	۰/۱۶۱	۰/۰۵۵
	P-value	۰/۸۲	۰/۰۹	۰/۱۱	۰/۶۰

میانگین نمره نگرش دندانپزشکان نسبت به روش‌های مختلف هدایت رفتاری عبارت بود از: تقویت مثبت (۴/۲±۲/۷)، بیهوشی عمومی (۳/۵±۴/۴)، آرام بخشی با نیتروس اکساید (۳/۴±۴/۴) و آرام بخشی دارویی (۳/۲±۲/۷).

میانگین نمره نگرش دندانپزشکان مرد در مورد هر چهار روش نسبت به خانم‌ها بیشتر بود اما این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P > 0/05$) (جدول ۱).

میانگین نمره نگرش دندانپزشکان با سن، سابقه کاری و تعداد بیمار اطفال مراجعه‌کننده به مطب در طول یک ماه ارتباط معنی‌داری نداشت ($P > 0/05$) (جدول ۲).

در هرکدام از دسته‌بندی گروه‌ها بیشترین نمره به روش تقویت مثبت و کمترین نمره به روش آرامبخشی دارویی داده شد.

در گروه اول و دوم سنی و سابقه کاری روش بیهوشی عمومی بیشتر از آرامبخشی با نیتروس اکساید مورد پذیرش بود، در حالی که در

گروه سوم روش آرامبخشی بیش از بیهوشی عمومی برتری داشت. به عبارت دیگر مقبولیت روش‌های تقویت مثبت و بیهوشی عمومی در بین دندانپزشکان جوان‌تر و با سابقه کاری کمتر بیشتر بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر ارزیابی نگرش دندانپزشکان عمومی شهر اصفهان نسبت به روش‌های هدایت رفتاری کودکان بود. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که روش تقویت مثبت بیشترین مقبولیت را بین دندانپزشکان عمومی داشت. McDonald عنوان کرد که تقویت اختصاصی مؤثر و فوری منجر به کاهش رفتار توأم با ترس کودکان می‌گردد (۱). مطالعات زیادی در زمینه نگرش والدین به روش‌های هدایت رفتاری کودکان صورت گرفته که در اکثریت آن‌ها روش تقویت مثبت و بگو- نشان بده- انجام بده از بیشترین میزان مقبولیت در بین والدین برخوردار بوده است (۸-۱۱). پیش زمینه‌های آموزشی مناسب

اندک روش آرامبخشی با نیتروس اکساید بیشتر مورد پذیرش آن‌ها بود. این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از این باشد که دندانپزشکان دارای بیمار اطفال مراجعه‌کننده بیشتر، به مرور دارای تجربه درمانی بهتری شده و نمره نگرش بالاتری نسبت به روش‌های کنترل رفتاری غیرتهاجمی پیدا می‌کنند. از سوی دیگر، تفاوت در نگرش دندانپزشکان نسبت به روش‌های مختلف کنترل رفتاری می‌تواند منجر به افزایش یا کاهش تعداد بیمار اطفال مراجعه‌کننده به آن‌ها گردد. بنابراین آنچه محتمل‌تر به نظر می‌رسد این است که نگرش مثبت‌تر نسبت به روش‌های غیرتهاجمی رضایت والدین را بیشتر جلب می‌کند و می‌تواند باعث افزایش تعداد بیمار اطفال مراجعه‌کننده به مطب گردد.

در مطالعه حاضر روش آرامبخشی دارویی کمترین پذیرش را در میان دندانپزشکان داشت. این امر می‌تواند به دلیل تهاجمی بودن این روش، محدودیت‌های قانونی، پیش زمینه‌های آموزشی نامناسب دندانپزشکان، در دسترس نبودن منابع اطلاعاتی کافی و عدم رضایت والدین برای استفاده از این روش باشد.

به هر حال این نکته را باید در نظر داشت که بین تفاوت در نگرش و تفاوت در عملکرد تمایز وجود دارد و تفاوت در نگرش کنترل رفتاری دندانپزشکان نمی‌تواند منجر به تفاوت در عملکرد آنان در این زمینه گردد (۱۸). در این میان عواملی همچون نگرش و خواسته‌های والدین، تفاوت‌های فرهنگی-اجتماعی و اقتصادی بیماران و محدودیت‌های قانونی و اخلاقی می‌تواند مانع از اعمال نگرش دندانپزشک در حوزه رفتار و عمل کلینیکی گردد.

در مطالعه حاضر روش‌های مورد پذیرش دندانپزشکان به ترتیب عبارتند از: تقویت مثبت، بیهوشی عمومی، آرام بخشی با نیتروس اکساید و آرامبخشی دارویی. میانگین نمره نگرش دندانپزشکان با سن، جنس، سابقه کاری و تعداد بیمار اطفال مراجعه‌کننده به مطب تفاوت آماری معنی‌داری نشان نداد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه به شماره ۳۸۷۳۷۲ بود که در معاونت پژوهشی دانشکده دندانپزشکی اصفهان به تصویب رسیده است.

دندانپزشکان درمورد این روش و غیرتهاجمی بودن آن و انطباق بیشتر با قوانین و معیارهای اخلاقی، و از طرفی رضایت بیشتر والدین از این روش می‌تواند از علل مقبولیت آن باشد.

در مطالعه حاضر پس از روش تقویت مثبت، بیشترین میانگین نمره نگرش دندانپزشکان به ترتیب مربوط به بیهوشی عمومی، آرامبخشی با نیتروس اکساید و آرامبخشی دارویی بود که با نتایج مطالعه Wilson و Alcaino در سال ۲۰۱۱ همخوانی داشت (۱۲). از طرفی Dean و همکاران بیان کردند که در مقایسه با مادرانی که درمان کودک آن‌ها با آرامبخشی هشیارانه انجام می‌شود، مادران کودکانی که تحت بیهوشی عمومی در بیمارستان قرار دارند، فشار عصبی بیشتری را متحمل می‌شوند (۱۳). Fuhrer و همکاران در فالوآپ ۶ ماهه به دنبال درمان دندانپزشکی کودکان تحت بیهوشی عمومی در مقایسه با آرامبخشی هشیارانه گزارش کردند که کودکانی که تحت بیهوشی عمومی درمان شده بودند بیشتر احتمال دارد که رفتار مثبت از خود نشان دهند (۱۴). از سوی دیگر در سال‌های اخیر پذیرش والدین نسبت به روش بیهوشی عمومی بیشتر شده است که ناشی از آشنایی بیشتر آن‌ها با درمان‌های سرپایی و بیهوشی عمومی می‌باشد (۱۵).

در این پژوهش، میانگین نمره نگرش دندانپزشکان در گروه‌های سنی مختلف، متفاوت بود اما از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. Adair و همکاران در مطالعه خود تفاوت آماری معنی‌داری در روش‌های کنترل رفتاری بین دندانپزشکان جوان‌تر و پیرتر گزارش کردند (۱۶). تفاوت در نگرش دندانپزشکان در گروه‌های سنی مختلف، می‌تواند به دلیل تغییر در پیش زمینه‌های آموزشی فارغ التحصیلان جدیدتر، پیشرفت در تدریس دانش کنترل رفتاری کودکان در مقطع دکترای عمومی و نیاز به تجربه و اعتماد به نفس لازم برای کاربرد روش‌های تهاجمی باشد. در مطالعه حاضر میانگین نمره نگرش دندانپزشکان زن و مرد تفاوت آماری معنی‌داری نداشت که با نتایج مطالعات Adair و همکاران (۱۶) و Peretz و همکاران همخوانی داشت (۱۷).

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که دندانپزشکان با تعداد بیمار کمتر از ۱۰ نفر در طول یک ماه روش بیهوشی عمومی را بیش از روش آرامبخشی با نیتروس اکساید پذیرفته‌اند. اما دندانپزشکان با تعداد بیمار بیشتر، به این دو روش نمره‌ای بسیار نزدیک داده و با یک تفاوت

منابع:

- 1- Wright GZ, Stigers JJ. Nonpharmacologic management of children's behaviors. In: Dean JA, Avery DR, Mc-Donald RE, eds. McDonald and Avery's Dentistry for the Child and Adolescent. 9th ed. Maryland Heights, Mo: Mosby-Elsevier; 2011.
- 2- Razavi Sh, Purtaji B. Determining the behavior management technique's acceptance of mothers referred to the department of pediatric dentistry in Qazvin (2007). *J Qaz Uni Med Sci*. 2009;13(3):1-2.
- 3- Pinkham JR, Casamassimo PS, Mc Tigie DJ, Fields HW, Nowak AJ. Pediatric dentistry: infancy through adolescence. 4th ed. St Louis: Elsevier; 2005.
- 4- AAPD. Guidance on behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatr Dent*. 2011;33(6): 161-3.
- 5- Feigal RJ. Guiding and managing the child dental patient: A fresh look at old pedagogy. *J Dent Educ*. 2001;65(12):1369-77.
- 6- Weinstein P, Getz T, Ratener P, Domoto P. The effect of dentists' behavior on fear-related behaviors in children. *J Am Dent Assoc*. 1982;104(1):32-8.
- 7- Sarnat H, Arad P, Hanauer D, Shohami E. Communication strategies used during pediatric dental treatment: A pilot study. *Pediatr Dent*. 2001;23(4):337-42.
- 8- Muhammad S, Shyama M, Al-Mutawa SA. Parental attitude toward behavioral management techniques in dental practice with schoolchildren in Kuwait. *Med Princ Pract*. 2011;20(4):350-5.
- 9- Peretz B, Zadik D. Parent's attitude toward behavior management techniques during dental treatment. *Pediatr Dent*. 1999;21(3):201-4.
- 10- 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.
- 11- Scott S, Garcia-Godoy F. Attitudes of Hispanic parents toward behavior management techniques. *ASDC J Dent Child*. 1998;65(2):128-31.
- 12- Wilson S, Alcaino EA. Survey on sedation in pediatric dentistry: a global perspective. *Int J Paediatr Dent*. 2011;21(5):321-32.
- 13- Dean JA, Avery DR, Mc-Donald RE. McDonald and Avery's Dentistry for the Child and Adolescent. 9th ed. Maryland Heights: Mosby-Elsevier; 2011:278-80.
- 14- Fuhrer CT 3rd, Weddell JA, Sanders BJ, Jones JE, Dean JA, Tomlin A. Effect on behavior of dental treatment rendered under conscious sedation and general anesthesia in pediatric patients. *Pediatr Dent*. 2009;31(7):492-7.
- 15- Jafarzadeh M, Ahmadi S. Determining parental attitude toward different behavior management techniques. Thesis No 284. Dental field. Isfahan University of Medical Sciences. Academic years: 2008.
- 16- Adair SM, Schafer TE, Waller JL, Rockman RA. Age and gender differences in the use of behavior management techniques by pediatric dentists. *Pediatr Dent*. 2007;29(5):403-8.
- 17- Peretz B, Glaicher H, Ram D. Child-management techniques. Are there differences in the way female and male pediatric dentists in Israel practice?. *Braz Dent J*. 2003;14(2):82-6.
- 18- Adair SM, Waller JL, Schafer TE, Rockman RA: A survey of the American academy of pediatric dentistry on their use of behavior management techniques. *Pediatr Dent*. 2004;26(2):159-66.