



الجمهورية العربية السورية

جامعة دمشق

كلية طب الأسنان

قسم طب أسنان الأطفال

تأثير تثقيف الأمهات في تعديل سلوك الطفل أثناء الرعاية السنية
(دراسة تداخلية)

رسالة مقدمة إلى جامعة دمشق لنيل درجة الماجستير في علوم طب الأسنان
اختصاص طب أسنان الأطفال

إعداد الباحثة

مريم اسماعيل شرف

إشراف

الأستاذة الدكتورة ميسون دشاش

2025 م

تصريح

" لا يوجد أي جزء من هذه الأطروحة تمّ أخذه بالكامل من عملٍ آخر، أو أنجز للحصولِ

على شهادةٍ أخرى في هذه الجامعة أو في أية جامعةٍ أخرى أو أي معهدٍ تعليميٍّ "

قرار الموافقة على تشكيل لجنة الحكم

جامعة دمشق

مجلس البحث العلمي والدراسات العليا

القرار رقم: /٧٨٨/ م.ب.د

التاريخ: ٢٠٢٤/١٢/٢

السيد الأستاذ الدكتور عميد كلية طب الأسنان

نقدم في طيه نسخة من القرار رقم /٧٨٨/ الذي اتخذته مجلس البحث العلمي والدراسات العليا في جلسته رقم /٦/ التي انعقدت بتاريخ ٢٠٢٤/١٢/٢ في شأن تأليف لجنة الحكم على رسالة الماجستير للطالبة مريم شرف .

- يرجى مراجعة الأبحاث (إن وجدت) من قبل لجنة الحكم مع الأطروحة وبيان الأصالة وإتباع المنهجية الصحيحة وارتباط الأبحاث بموضوع أطروحة الطالب .
ملاحظة : إرفاق تقرير تقييم لجنة الحكم على الأبحاث والأطروحة مع منح الدرجة.

يرجى موافاتنا بموعد المناقشة قبل أسبوع من موعدها وفي حال عدم التقيد تلغى المناقشة وتقع المسؤولية على عاتق النائب العلمي.

يرجى الاطلاع وإجراء المقتضى ،،،

دمشق في -

نائب رئيس جامعة دمشق لشؤون البحث العلمي والدراسات العليا

رئيس مجلس البحث العلمي والدراسات العليا

الأستاذ الدكتور غيث هاشم ورقوزق

صورة إلى: د/

ديوان الكلية (صاحب العلاقة)

مجلس البحث العلمي والدراسات العليا

الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق

قرار مجلس البحث العلمي والدراسات العليا رقم /٧٨٨/ المتخذ
بالجلسة رقم /٦/ تاريخ ٢٠٢٤/١٢/٢

اطلع مجلس البحث العلمي والدراسات العليا على قرار مجلس كلية طب الأسنان رقم /١١١/
تاريخ ٢٠٢٤/١١/٥

وبعد الرجوع إلى اللائحة التنفيذية لقانون تنظيم الجامعات الصادرة بالمرسوم /٢٥٠/ لعام ٢٠٠٦ .
قرار مجلس جامعة دمشق رقم /١٦٢٩/ص.م تاريخ ٢٠٢٢/٤/٢٧ بشأن الموافقة على تسجيل رسالة
الطالبة

قرار مجلس جامعة دمشق رقم /٢٨٨٠/ص.م تاريخ ٢٠٢٣/٧/٢٤ بشأن الموافقة على تعديل عنوان .

وبنتيجة المذاكرة قرر مجلس البحث العلمي والدراسات العليا :

الموافقة على تأليف لجنة الحكم على رسالة الماجستير في قسم طب أسنان الأطفال التي أعدها الطالبة
مريم شرف بعنوان : ((تأثير تثقيف الأمهات في تعديل سلوك الطفل أثناء الرعاية السنية-دراسة
تداخلية)) بكلية طب الأسنان من السادة الأساتذة :

د. ندى بشاره	الأستاذ في قسم طب أسنان الأطفال	كلية طب الأسنان
جامعة دمشق	الاختصاص: طب أسنان الأطفال	عضواً
د. ميسون دشاش	الأستاذ في قسم طب أسنان الأطفال	كلية طب الأسنان
جامعة دمشق	الاختصاص: طب أسنان الأطفال	عضواً مشرفاً
د. محمد الشلق	المدرس في قسم طب أسنان الأطفال	كلية طب الأسنان
الجامعة الوطنية الخاصة	الاختصاص: طب أسنان الأطفال	عضواً

وذلك وفق ما هو وارد في قرار مجلس الكلية آنف الذكر،،،

ملاحظة: يرجى إرسال نسخة عن الإعلان الخاص بتحديد موعد المناقشة فور صدوره إلى مكتب
نائب رئيس الجامعة لشؤون البحث العلمي والدراسات العليا.

أ.م.د. أسامة العبد
رئيس المجلس
صاحبة العلامة
أ.م.د. هادي
أ.م.د. هادي

٢٠٢٤
١٢
١٥

الإهداء

إلى أمان قلبي وملأ روحني، إلى من زرع النور في طريقي وملاً أيامي حباً ودعماً، إلى سندي وقوتي

أبي الغالي

إلى نبض قلبي ونور دربي، إلى من غرست في نفسي الإيمان والصبر وزرعت في طريقي الأمل، إلى دعواتك

أمي الحبيبة

التي كانت السند في كل خطواتي

إلى رفيقات الروح والجلسات الدافئة، إلى صديقات النجاح والفرح

أخواتي الزهراء، أسماء ، بتول

إلى كنتفي الثابت الذي لا يميل، أصدقاء الروح

إخوتي محمد، إبراهيم، حسام

كلمة الشكر

بعد حمد الله عزوجل على فضله وكرمه أن منّ عليّ بالتوفيق لإنجاز هذا العمل والوصول إلى ما أنا عليه اليوم أتقدم بخالص الشكر والتقدير لأستاذتي المشرفة الأستاذة الدكتورة ميسون دشاش على دعمها المتواصل وتوجيهاتها البناءة خلال مسيرتي الدراسية، وجهدها الذي كان له بالغ الأثر في إنجاز هذا البحث فجزاها الله عني خير الجزاء وبارك في علمها وعملها.

كما أتوجه بالشكر والامتنان إلى الأستاذة الدكتورة ندى بشارة أستاذة في كلية طب الأسنان جامعة دمشق لتكرمها بقبول تحكيم هذه الأطروحة وإغنائها بملاحظاتها القيمة ولكل ماقدمته لنا خلال سنين الدراسات العليا. كما أتوجه بالشكر الجزيل للمدرس الدكتور محمد الشلق مدرس في كلية طب الأسنان الجامعة الوطنية الخاصة لقبوله تحكيم هذه الأطروحة وإغناء هذا البحث بملاحظاته القيمة.

كما أشكر جهود إدارة رئاسة جامعة دمشق وإدارة كلية طب الأسنان في جامعة دمشق ممثلة بعميد الكلية الأستاذ الدكتور خلدون درويش، والأستاذ الدكتور مهند لفلوف نائب العميد للشؤون العلمية، والأستاذ الدكتور عمر حشمة نائب العميد للشؤون الإدارية لما يبذلونه من جهود في تطوير البحث العلمي في كلية طب الأسنان. وأتوجه بالشكر والعرفان إلى جميع أعضاء قسم طب أسنان الأطفال أساتذة وموظفين وأخصّ بالذكر منهم: الأستاذ الدكتور محمد بشير المنقل رئيس قسم طب أسنان الأطفال، والأستاذ الدكتور محمد التيناوي، والأستاذ الدكتور مهند لفلوف، والأستاذة الدكتورة شذى قوشجي، والمدرس الدكتور شادي عزاي، والمدرسة الدكتورة اتحاد أبو عراج، والمدرسة الدكتورة ليليان أزرق، والدكتور معتز السمان.

والشكر موصول لاصدقائي وزملائي الذين كانوا خير سند وداعم وأخصّ بالذكر منهم: الدكتورة جميلة بشارة والدكتورة دعاء أرناؤوط والدكتورة لبنى يعقوب آغا والدكتورة ديمة عبد والدكتورة مريم مفتي والدكتورة مريم عبد الحفيظ والدكتور داني عبد والدكتورة هبة خلوف والدكتورة دانا عقاد والدكتورة أمار غنام والدكتورة صفاء شهابي والدكتورة بيان نعمو والدكتور محمد الشيخ والدكتورة لانا الشايب والدكتورة فرح باباكرد والدكتورة بسمة سليمان والدكتورة إيمان الأحمد.

قائمة المحتويات

iv.....	قائمة المحتويات
Xii.....	قائمة الأشكال List of Figures
xiii.....	قائمة الجداول List of Tables
xv.....	قائمة المصطلحات List of Terminology
1.....	الملخص
2.....	الجزء التمهيدي
3.....	المقدمة
3.....	مشكلة البحث
4.....	تساؤلات البحث
4.....	فرضية البحث
4.....	هدف البحث
4.....	أهمية البحث
5.....	مبررات البحث
5.....	محدوديات البحث
6.....	المراجعة النظرية
7.....	الفصل الأول
7.....	1-1 الخوف والقلق السني
7.....	1-1-1 تعريف الخوف والقلق السني
8.....	1-1-2 الرهاب السني

9.....	1-1-3 طبيعة الخوف والقلق السني
9.....	1-3-1-1 تطور الخوف والقلق السني
9.....	2-3-1-1 العوامل الخارجية المرتبطة بالخوف والقلق السني
11.....	1-1-3-3 العوامل الداخلية المرتبطة بالخوف والقلق السني
12.....	4-1-1 الخوف والقلق السني عند الأطفال
13.....	5-1-1 انتشار الخوف والقلق السني
13.....	6-1-1 أسباب الخوف والقلق السني
14.....	1-6-1-1 العوامل المرتبطة بالزيارة السنية
15.....	2-6-1-1 العوامل المرتبطة بالمعالجة السنية
15.....	3-6-1-1 حالة الصحة الفموية
16.....	4-6-1-1 التجارب الطبية السابقة ودخول المشفى
16.....	7-1-1 نتائج الخوف والقلق السني
16.....	1-7-1-1 نتائج القلق السني في مرحلة الطفولة
17.....	2-7-1-1 التحديات التي يواجهها الفريق السني
17.....	8-1-1 تقييم القلق السني
17.....	1-8-1-1 مقاييس فيزيولوجية
18.....	2-8-1-1 مقاييس التقييم الذاتي للخوف والقلق السني
21.....	9-1-1 تدبير الخوف والقلق السني
22.....	الفصل الثاني
22.....	2-1 التدبير السلوكي
22.....	1-2-1 التدبير السلوكي

23.....	2-2-1 أهداف التدبير السلوكي.....
23.....	3-2-1 أهمية التدبير السلوكي.....
24.....	4-2-1 تصنيف سلوك الأطفال.....
24.....	1-4-2-1 فئات التصنيف السلوكي حسب فرانكل
25	2-4-2-1 المقاييس التناظرية البصرية.....
25.....	5-2-1 أنواع السلوك.....
25.....	1-5-2-1 الطفل المتعاون.....
26.....	2-5-2-1 الطفل غير المتعاون.....
26.....	3-5-2-1 الطفل من المحتمل أن يكون متعاوناً.....
28.....	6-2-1 المتغيرات المؤثرة في سلوك الطفل ضمن العيادة السنية.....
29.....	7-2-1 الاستفسار الوظيفي.....
30.....	8-2-1 أساسيات التوجيه السلوكي.....
30.....	1-8-2-1 استراتيجيات الفريق السني.....
31.....	2-8-2-1 النهج الإيجابي.....
31.....	3-8-2-1 موقف الفريق السني.....
31.....	4-8-2-1 التنظيم.....
32.....	5-8-2-1 الصدق.....
32.....	6-8-2-1 التحمل.....
32.....	7-8-2-1 المرونة.....
33.....	9-2-1 التقنيات الأساسية في التدبير السلوكي.....
37.....	10-2-1 تأثير الأسرة على سلوك الطفل.....

11-2-1	تأثير الوالدين على تعاون الطفل في العيادة السنية.....	38
1-11-2-1	أساليب تربية الأطفال.....	38
1-2-11-2	ممارسات الوالدين.....	40
12-2-1	دور الوالدين في تشكيل سلوكيات أطفالهم.....	40
13-2-1	تعديل السلوك المسبق.....	40
14-2-1	دور الأم في تشكيل وتعديل سلوك الطفل.....	41
	المواد والطرائق Materials and Methods.....	44
1-2	تصميم الدراسة.....	45
2-2	مكان الدراسة.....	45
3-2	عينة الدراسة.....	45
1-3-2	وصف العينة.....	45
2-3-2	حساب حجم العينة.....	45
4-2	الموافقة الأخلاقية.....	45
5-2	الاعتيان.....	46
1-5-2	معايير التضمين.....	46
2-5-2	معايير الاستبعاد.....	46
6-2	الأدوات والأجهزة والورقيات المستخدمة في البحث.....	46
1-6-2	الأدوات والأجهزة.....	46
2-6-2	الورقيات الخاصة بالبحث.....	49
3-6-2	إعداد الكتيب.....	49
7-2	طريقة العمل.....	51

54.....	8-2 التحاليل الإحصائية.....
53.....	النتائج والتحليل الإحصائية Results and Statistical analyses.....
57.....	3-1 نتائج الإحصاء الوصفي وتوزيع العينة.....
58.....	3-2 اختبار التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة.....
58.....	3-3 اختبار ثبات مقياس القلق السني لدى الأمهات.....
59.....	3-4 توصيف مستوى القلق لدى الأمهات.....
60.....	3-5 دراسة العوامل المرتبطة بسلوك الطفل ضمن العيادة السنية.....
61.....	3-6 دراسة الفروق في سلوك الطفل قبل وبعد التداخل.....
63.....	3-7 دراسة الفروق في مستوى القلق لدى الطفل قبل وبعد التداخل.....
65.....	3-8 دراسة العلاقة بين درجة قلق الأم ودرجة قلق طفلها.....
66.....	3-9 دراسة العلاقة بين عمر الطفل ودرجة القلق لدى الطفل أثناء الرعاية السنية.....
67.....	3-10 دراسة العلاقة بين عمر الطفل وسلوك الطفل أثناء الرعاية السنية.....
68.....	3-11 دراسة العلاقة بين جنس الطفل وسلوك الطفل قبل وبعد التداخل.....
70.....	3-12 دراسة العلاقة بين مستوى تعليم الأم وسلوك الطفل قبل و بعد التداخل.....
71.....	المناقشة Discussion.....
72.....	4-1 مناقشة مبرر البحث.....
74.....	4-2 مناقشة منهجية العمل.....
76.....	4-3 مناقشة النتائج.....
83.....	الاستنتاجات Conclusion.....
85.....	المقترحات و التوصيات Recommendations & Suggestions.....
86.....	6-1 التوصيات Recommendations.....

86.....	Suggestions المقترحات 2-6
87.....	References المراجع
105.....	Appendices الملاحق
109.....	Abstract

قائمة الأشكال List of Figures

رقم الشكل	عنوان الشكل	رقم الصفحة
الشكل (1)	مقياس فينهام الصوري	20
الشكل (2)	Facial Image Scale	20
الشكل (3)	مقياس خوف الطفل	21
الشكل (4)	المقاييس التناظرية البصرية	25
الشكل (5)	أدوات الفحص السريري	47
الشكل (6)	هلام البنزوكائين 20%	47
الشكل (7)	أدوات الحاجز المطاطي	48
الشكل (8)	المخرش والسيلانت	48
الشكل (9)	جهاز التصليب	48
الشكل (10)	الكُتيب	52
الشكل (11)	حالة من حالات البحث	55
الشكل (12)	الفرق في السلوك قبل وبعد التداخل	62
الشكل (13)	الفرق في القلق قبل وبعد التداخل	64

List of Tables قائمة الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
19	Modified Dental Anxiety Scale	الجدول رقم (1)
30	الاستفسار الوظيفي	الجدول رقم (2)
50	الاستبيان المستخدم في المقابلة مع الأمهات	الجدول رقم (3)
57	عينة الدراسة	الجدول رقم (4)
58	نتائج اختبار التوزيع الطبيعي للبيانات	الجدول رقم (5)
58	اختبار ثبات مقياس قلق الأمهات	الجدول رقم (6)
59	توصيف مستوى القلق لدى الأمهات	الجدول رقم (7)
60	العوامل المرتبطة بسلوك الطفل ضمن العيادة السنية	الجدول رقم (8)
61	اختبار Wilcoxon لاختبار الفروق في سلوك الطفل قبل وبعد التداخل	الجدول رقم (9)
63	اختبار Wilcoxon لاختبار الفروق في مستوى القلق لدى الطفل قبل وبعد التداخل	الجدول رقم (10)

65	اختبار معامل الارتباط Spearman's لدراسة العلاقة بين درجات القلق لدى الأمهات ودرجات القلق لدى الأطفال أثناء الرعاية السنية	الجدول رقم (11)
66	اختبار معامل الارتباط Sperman's لدراسة العلاقة بين عمر الطفل ودرجة القلق لدى الطفل	الجدول رقم (12)
67	اختبار معامل الارتباط Sperman's لدراسة العلاقة بين عمر الطفل وسلوك الطفل أثناء الرعاية السنية	الجدول رقم (13)
68	اختبار Chi-Square لدراسة العلاقة بين جنس الطفل وسلوكه أثناء الرعاية السنية قبل التداخل	الجدول رقم (14)
69	اختبار Chi-Square لدراسة العلاقة بين جنس الطفل وسلوكه أثناء الرعاية السنية بعد التداخل	الجدول رقم (15)
70	اختبار Chi-Square لدراسة العلاقة بين مستوى تعليم الأم وسلوك الطفل أثناء الرعاية السنية قبل التداخل	الجدول رقم (16)
70	اختبار Chi-Square لدراسة العلاقة بين مستوى تعليم الأم وسلوك الطفل أثناء الرعاية السنية بعد التداخل	الجدول رقم (17)

List of Terminology قائمة المصطلحات

المصطلح في اللغة العربية	المصطلح في اللغة الإنجليزية
الرهاب السني	Odontophobia
التدبير السلوكي	Behavior management
الخوف والقلق السني	Dental Fear and Anxiety
المقاييس التناظرية البصرية	Visual analogue scales
الطفل ذو السلوك غير المنضبط	Uncontrolled Behavior
الطفل العنيد أو المتحدي	Challenging or Defiant Behavior
الطفل الخجول	Timid Behavior
السلوك التعاوني المتردد	Tense-Cooperative Behavior
المقاومة السلبية	Passive Resistance
الاستفسار الوظيفي	The Functional Inquiry
أخبر - أري - أفعل	Tell-Show-Do
تشكيل السلوك	Behavior shaping
التعزيز الإيجابي	Positive Reinforcement
التكييف الفعال	Operant conditioning
النمذجة	Modelling
الصور المرئية	Visual images
استخدام حس الفكاهة	The use of Humor
تعديل السلوك المسبق	Preappointment Behavior Modification

الملخص

خلفية البحث: يعد الخوف والقلق السني أحد التحديات الرئيسية في طب أسنان الأطفال. تبرز أهمية التدبير السلوكي عند تقييم آثار القلق السني، والذي قد يحد بشكل كامل أو جزئي من الرعاية السنية. يلعب الوالدان وبشكل خاص الأم دوراً هاماً في رد فعل أطفالهم في العيادة السنية وخاصة عندما يكون لديهم تجارب سنية سلبية.

هدف البحث: هدفت هذه الدراسة إلى تقييم تأثير تثقيف الأم في تعديل سلوك الطفل أثناء الرعاية السنية. **المواد والطرائق:** أجريت هذه الدراسة التداخلية على 60 طفلاً وأمهم من مراجعي قسم طب أسنان الأطفال في جامعة دمشق. تراوحت أعمار الأطفال بين 6-12 عاماً بسلوك سلبي أو سلبي مطلق وفق تصنيف فرانكل للسلوك ولديهم استطباب تطبيق سيلانت على أحد الأرحاء الأولى الدائمة.

تم إعطاء الأم كتيباً يحتوي على معلومات حول علاقة الأم بالطفل و دورها في الحصول على الرعاية السنية وتأسيس السلوك الإيجابي لدى الطفل، سلوك الأم غير المرغوب قبل واثناء المعالجة، سلوك الأم المرغوب قبل واثناء المعالجة، والمصطلحات والتعابير الواجب استخدامها والتعابير التي يجب تجنبها.

بعد مرور أسبوع، تم تطبيق السيلانت على أحد الأرحاء الأولى الدائمة.

تم تحليل البيانات باستخدام SPSS إصدار 24 عند مستوى الدلالة 0.05 .

النتائج: كان هناك فرق ذي دلالة إحصائية بين سلوك الطفل قبل وبعد التداخل حيث ارتفع متوسط السلوك الإيجابي بعد التداخل، وكان هناك فرق ذي دلالة إحصائية بين مستوى القلق لدى الطفل قبل وبعد التداخل حيث انخفض متوسط القلق السني بعد التداخل. ارتبط مستوى القلق السني لدى الأمهات بالقلق السني لدى أطفالهن.

الاستنتاجات: يمكن لأطباء أسنان الأطفال تعزيز السلوك الإيجابي لدى الطفل من خلال تثقيف الأمهات حول كيفية إعداد أطفالهن لزيارة طبيب الأسنان وبشكل خاص عند الأطفال ذوي السلوك السلبي والسلبي المطلق.

الكلمات المفتاحية: طب أسنان الأطفال، القلق السني، الخوف السني، السلوك.



الجزء التمهيدي

Introductory Part



المقدمة

تعتمد معظم خصائص وسلوكيات الطفل مثل: الشخصية والسلوك والنمو المعرفي والاجتماعي بشكل أساسي على خصائص الوالدين، حيث ترتبط مقدرة الطفل على التفاعل بطريقة صحيحة مع الأشخاص المحيطين به كما هو الحال في المدرسة أو العيادة السنية بالأساليب التربوية التي تتم فيها رعاية الطفل في المنزل والتي لها تأثير كبير على سلوك الطفل (Viswanath et al, 2020).

وأوضح العديد من الباحثين أن العلاقة بين الوالدين والطفل لها تأثير مباشر على القلق لدى الطفل (Sarapultseva et al, 2020).

يقوم الوالدان بتشكيل سلوكيات أطفالهم من خلال التشجيع الانتقائي وتثبيط سلوكيات معينة حيث يتعلم الأطفال الجوانب الأساسية للحياة اليومية من والديهم تسمى هذه العملية بالتنشئة الاجتماعية وهي مستمرة وتدرجية. يتعلم الأطفال بشكل أساسي من والديهم ماهية السلوكيات التي يفترض القيام بها، وماهية السلوكيات التي يجب تجنبها.

وقد ركزت الدراسات السابقة على تشكيل سلوك الطفل بالاعتماد على العلاقة بين الطبيب والطفل دون مشاركة الأهل في تشكيل وتعديل سلوكيات أطفالهم مهملين بذلك الدور الأساسي للوالدين في تعديل سلوك الطفل، لذلك كان لابد من إجراء دراسة توضح دور الأم لكونها مقدم الرعاية الأساسي غالباً تعديل سلوك الطفل ضمن العيادة السنية.

مشكلة البحث

يُشكل تدبير الأطفال غير المتعاونين ضمن العيادة السنية مشكلة حقيقية، لذلك تكمن أهمية البدء بتشكيل سلوك الطفل قبل موعد المعالجة السنية، وباعتبار الأم هي مقدّم الرعاية الأساسي غالباً في مجتمعنا فإنها تؤثر بشكل مباشر في تشكيل سلوك من خلال سلوكياتها التربوية والتعابير اللفظية التي تقوم باستخدامها.

تساؤلات البحث

- ❖ هل يؤثر تثقيف الأمهات في تعديل سلوك الطفل أثناء الرعاية السنية؟
- ❖ هل يُؤثر تثقيف الأمهات في مستوى القلق السني لدى الطفل؟
- ❖ هل يوجد علاقة بين القلق السني لدى الأم والقلق السني لدى الطفل؟

فرضيات البحث

- ❖ يساهم تثقيف الأم في تعديل سلوك الأطفال غير المتعاونين أثناء المعالجات السنية.
- ❖ يساهم تحضير الطفل قبل الموعد في تعديل مستوى القلق السني لدى الطفل.
- ❖ يرتبط القلق السني لدى الأم مع القلق السني لدى الطفل.

الهدف من البحث

1. دراسة تأثير تثقيف الأمهات في تعديل سلوك الطفل أثناء الرعاية السنية .
2. دراسة العلاقة بين القلق السني لدى الأم والقلق السني لدى الطفل.

أهمية البحث

تكمن أهمية البحث في تحري تأثير تثقيف الأمهات في تعديل سلوك الأطفال غير المتعاونين أثناء الرعاية السنية، الأمر الذي يساعد في إنشاء تواصل فعال بين طبيب الأسنان والطفل، وتقديم المعالجة السنية المطلوبة بالإضافة لكون هذا البحث الدراسة الأولى التي ستدرس تأثير تثقيف الأمهات في تعديل سلوك الأطفال غير المتعاونين أثناء الرعاية السنية.

مبررات البحث

1. عدم وجود دراسات سابقة درست تأثير تثقيف الأمهات في تعديل سلوك الأطفال غير المتعاونين أثناء

الرعاية السنية.

2. اقتصرت الدراسات السابقة على التعامل مع الطفل مباشرة، والبدء بتشكيل سلوك الطفل دون مشاركة

الأهل في تعديل وتشكيل سلوك الطفل.

محدوديات البحث

- اختيار العينة وفقاً لكون الأم هي مقدم الرعاية حصراً .
- حجم العينة صغير نسبياً.
- عدم متابعة المريض عند الحاجة إلى معالجات سنية تتضمن التخدير الموضعي.



Literature Review **المراجعة النظرية**



الباب الأول المراجعة النظرية

الفصل الأول

1-1 الخوف والقلق السني Dental Fear And Anxiety

1-1-1 تعريف الخوف والقلق السني

Definition of Dental Fear And Anxiety

يُعدّ الخوف و القلق السني من التحديات الرئيسية في طب أسنان الأطفال (Kilinc et al .,2016).

كما أن الخوف والقلق السني سبب شائع لتجنب المعالجات السنية والذي قد يؤدي مع مرور الوقت إلى تدهور الحالة الصحيّة الفموية (Beaudette et al .,2017).

يُستخدم مصطلحا الخوف والقلق عادة بالتبادل فيما بينهما، وهما مرتبطان إلى حد كبير، إلا أن هناك اختلافات بين هذين المصطلحين، حيث يُعرّف القلق على أنّه حالة عاطفية تسبق مواجهة شيء أو موقف مخيف، في حين أن الخوف يشير إلى رد فعل حقيقي لشيء أو موقف ما، حيث يحدث الخوف السني نتيجة منبه خطر حقيقي ونوعي موجود كحقنة التخدير وصوت القبضات، بينما ينتج القلق غالباً عن مصدر مقلق غامض غير واضح يمكن أن يكون موجوداً أو لا (Armfield and Heaton., 2013) (Asi et al, 2017) .

يُعدّ القلق السني حالة عاطفية تعبر عن حالة القلق الطبيعي أو حالة مرضية نفسية خاصة، لذلك يجب على طبيب الأسنان التمييز بين ما هو مرتبط بحالة القلق السني وبين ما هو مرتبط باضطراب نفسي مثل (القلق العام، سمة القلق) (Jamali et al.,2018)(Setijanto et al.,2013) .

يحدث الخوف والقلق السني لدى الأطفال نتيجة مسببات معقدة ومتعددة (عوامل شخصية، بيئية) تساهم في تنمية الخوف والقلق أثناء الرعاية السنية (Carter et al ., 2014).

وقد سبق وجود عوامل نفسية مهمة مثل: الخجل والخوف العام أو عدم النضج والقدرة المعرفية ونقل التجارب السلبية من الوالدين أو الآخرين والثقافة (Blomqvist et al.,2013)(Soares et al ., 2017).

وقد أظهرت العديد من الدراسات وجود علاقة بين الخوف والقلق السني لدى الوالدين والطفل (Soares et al ., 2017)(Wu & Gao, 2018).

يُعرّف الخوف السني بأنه رد فعل سلبي لمحفزات مرتبطة بالعلاج السني، وهو شعور عاطفي طبيعي تجاه المحفزات المهددة في البيئة السنية وقد يحدث نتيجة أحداث معينة مثل: أذية سابقة أثناء جراحة سنية (التعلم السابق) أو أثناء إجراءات طبية أخرى (الخوف المعمم)، لذلك يجب على طبيب الأسنان أن يدرك أن الخوف من الأشياء والمواقف الجديدة والتي يحتمل أن تكون مخيفة هي رد فعل طبيعي لدى الأطفال (Asi et al., 2017) .

يميل الخوف لأن يكون ظاهرة قصيرة الأمد، تختفي عندما يزول الخطر أو التهديد الخارجي، وترافقه تغيرات فيزيولوجية بما في ذلك عدم انتظام ضربات القلب والتعرق الغزير وفرط التنفس والارتعاش (Jang et al., 2014).

تحدث مجموعة متنوعة من ردود الفعل المعرفية والعصبية والعاطفية والسلوكية عندما تواجه حالة خطيرة، حيث يتحرر هرمون الأدرينالين ليزيد القوة والتحمل وتتسرع ضربات القلب ويبدأ الجسم بالتعرق (Morgan & Porritt, 2017).

1-1-2 Odontophobia الرهاب السني

ترتبط مشكلة الرهاب ارتباطاً وثيقاً بطبيب الأسنان، لذلك من المهم أن يمتلك طبيب الأسنان معرفة كافية بكيفية التعرف عليها، وفهم كيفية تدبيرها بأنسب طريقة، حيث تم الاعتراف بال Odontophobia من قبل منظمة الصحة العالمية كمرض حقيقي (De Stefano., 2019).

يمكن التعرف على ثلاث درجات من الرهاب السني:

1. رهاب الأسنان الخفيف: والذي يطلق عليه أيضاً (القلق السني) وهو الأكثر شيوعاً بين السكان.
2. رهاب الأسنان المعتدل: يسمى (الخوف السني).
3. رهاب الأسنان الشديد: (الرهاب السني الحقيقي) ، نادر جداً ويصعب التعامل معه من قبل طبيب الأسنان.

(De Stefano., 2019)

1-1-3 طبيعة الخوف والقلق السني The nature of dental fear and anxiety

يعتقد البعض أنّ القلق السني يحدث نتيجة تجربة سنية راضية سابقة، إلا أنّ طبيعة القلق السني أعقد مما نتصور، وعلى سبيل المثال تقترح الأدلة أن تأثير توقعات المريض للبيئة السنية أكثر أهمية من التجارب السابقة الراضية على القلق والخوف السني، وإنّ العلاقة بين الخوف والألم ذات أهمية كبيرة بالنسبة لأطباء الأسنان حيث يحدث الألم كنتيجة لعملية فيزيولوجية طبيعية، وهناك مكوّن معرفي قوي للألم إذ إنّ الأشخاص الذين يعانون من القلق لديهم توقعات وتصورات ألميّة مبالغ فيها (Armfield et al, 2013).

يزيد القلق السني المدة المطلوبة لإنجاز المعالجة المطلوبة، كما أنه يرفع من تكلفة المعالجة المقدّمة بسبب حاجة الطبيب لوجود متطلبات أكثر (Asi et al, 2017).

1-3-1-1 تطور الخوف والقلق السني

هناك مجموعة متنوعة من الآليات المختلفة التي تم اقتراحها لشرح آلية تطور الخوف والقلق السني لدى الأطفال، حيث إنّ المسببات المرضية للخوف والقلق السني في مرحلة الطفولة متعددة، وقد تم تقسيم هذه العوامل إلى عوامل خارجية وهي عوامل مؤثرة من المحيط الخارجي للطفل مثل تجارب التعلم المباشر (التجربة المؤلمة)، تجارب التعلم غير المباشرة (النمذجة)، وعوامل داخلية مؤثرة في التشكيل البيئي للطفل مما يجعله أكثر عرضة لتطور الخوف والقلق السني لديه (Beaton et al., 2014)(Morgan & Porritt., 2017).

أوضح Rancham أن القلق السني يتطور وفق ثلاث طرائق: التكيف المباشر والنمذجة (من خلال التعلم غير المباشر) والمعلومات الخاطئة (Morgan & Porritt., 2017) (Seligman et al., 2017).

2-1-3-1 العوامل الخارجية المرتبطة بالخوف والقلق السني

1. التكيف المباشر: يمكن أن يتطور القلق السني نتيجة للتجارب السلبية أو الصعبة، يمكن تقسيم اللقاءات السنية الصعبة إلى أربع فئات: الألم أو الشعور بالعجز ومشاكل في سلوك أو شخصية طبيب الأسنان وفشل المعالجة والأخطاء السريرية والشعور بالإحراج. يُعدّ التكيف المباشر العامل الأهم بين الطرائق المذكورة، حيث يقوم الطفل بربط الألم من التجارب السابقة مع محفزات محايدة كالطبيب، وبالتالي يصبح طبيب الأسنان محفزاً مشروطاً والذي

يمكن أن يثير استجابة خوف مشروطة (مكتسبة)، ومن الطبيعي أن يؤدي الألم إلى الخوف، وبالتالي فإن الإجراءات السنية المؤلمة هي محفزات غير مشروطة والخوف الناتج عنها هو استجابة غير مشروطة، والتفاعل بين المريض وطبيب الأسنان مهمٌ للغاية إذا تضمن هذا التفاعل أية محفزات سلبية من شأنها أن تؤدي بشكل طبيعي إلى الخوف (مثل: فقدان السيطرة، الألم، الخجل، الإحراج، الانتقادات)، عندها يمكن أن يتشكل رابط بين زيارة طبيب الأسنان و التعرض لهذه المحفزات السلبية، وبالتالي يمكن أن تحدث أيضاً عملية تعميم التحفيز عندما يصبح الأطفال خائفين من المحفزات الإضافية مثل (كرسي الأسنان ورائحة العيادة السنية) التي يتم ربطها بالموضوع بالإضافة إلى خوفهم من طبيب الأسنان (Morgan & Porritt, 2017) (Avramova, 2022) (Beaton et al., 2014).

2. التأثير غير المباشر (النمذجة): تُعتبر الأمهات بشكل عام بصفتهم مقدمات الرعاية الرئيسيات المرشحات الأكثر احتمالاً ممن يتم تعلم الخوف والقلق السني منه، حيث يمكن أن يتطور القلق نتيجة ملاحظة الطفل السلوك القلق للشخص الآخر وتقليد هذا السلوك، لذلك يُعد تدبير القلق السني لدى الوالدين ذي أهمية كبيرة من أجل تقليل احتمالية انتقال مخاوفهم وقلقهم لطفلهم (Morgan & Porritt., 2017) (Seligman et al., 2017).

3. المعلومات والمعتقدات الخاطئة: يؤدي انتشار معلومات الخاطئة حول المعالجات السنية ضمن المجتمع (الوالدين، أفراد العائلة، الأقران، المعلمين، التلفاز، ومواقع التواصل الاجتماعي) إلى تشكيل صورة مخيفة لدى الأطفال حول العيادة السنية، مما يساهم في تعزيز الخوف والقلق لديهم ، وقد أظهرت الدراسات وجود تأثير للثقافات المنتشرة ضمن المجتمعات على العادات الفموية لدى الأطفال ومدى التزامهم بالزيارات السنية وخوفهم من المعالجات السنية (Morgan & Porritt, 2017) (Seligman et al., 2017).

1-1-3 العوامل الداخلية المرتبطة بالخوف والقلق السني

1. **الأساس الوراثي للقلق السني:** ثبت أن بعض أنواع الرهاب المحددة لها مكوّن وراثي قوي، إلا أنّ إمكانية تورّث الخوف والقلق قليلة، ومع ذلك هناك بعض الأدلة على وجود أساس وراثي لهذه الحالة (Ray et al., 2010).
2. **القلق العام:** أثبتت الدراسات ارتباط المستويات العالية من الخوف والقلق السني لدى الشباب بالمشاكل الاجتماعية والسلوكية والعاطفية والقلق العام والسمات المزاجية العاطفية السلبية (Stenebrand et al., 2013). في دراسة لتقييم العلاقة بين العوامل النفسية والاجتماعية والقلق السني لدى الأطفال، كان للتجارب السنية السلبية السابقة (البكاء) والعوامل السلوكية لكل طفل (القلق العام، السلوك مع طبيب الأسنان) التأثير الأكبر على القلق السني لدى الأطفال (Kronina et al., 2017).

وقد لاحظ Duker Stein وزملاؤه وجود ارتباط وثيق بين القلق العام، والقلق السني، والسلوك لدى المرضى الأطفال ضمن العيادة السنية، فالطفل القلق بشكل عام يميل إلى عدم التعاون وإظهار سلوك سلبي أثناء المعالجة مما ينعكس سلباً على جودة العناية الفموية المقدمة (Stein Duker et al., 2022).

قد يكون تجنب الرعاية السنية جزءاً من حالات نفسية أخرى، مثل الخوف من التقييم الاجتماعي (كما هو الحال في الرهاب الاجتماعي) والخوف من الجراثيم (كما في الوسواس القهري) أو قد يكون مرتبطاً بالاكتئاب. وهناك ارتباط ملاحظ بين القلق السني وتعرّض المريض لتجارب مؤلمة سابقة مثل: الاعتداء الجسدي، الحروب، حوادث المرور الشديدة أو العمليات الجراحية السابقة، كل هذه العوامل المتعددة قد تكون مشاركة بشكل مباشر أو غير مباشر بالقلق المرتبط بالمعالجة السنية، ويجب أن تؤخذ بالحسبان (Armfield & Heaton, 2013).

قد يكون مصدر القلق السني مرتبطاً بالخوف من التقيؤ أو الاختناق أو الخوف من الحقن أو الخوف الشديد من رؤية الدم أو التفكير به؛ ومن المهم إدراك طبيعة قلق الشخص وخوفه قبل اتخاذ أي قرار بشأن تطبيق الوسائل المحددة لتدبير القلق، فقد يكون هذا عاملاً حاسماً في تدبير المشكلة (Armfield & Heaton, 2013).

3. **العمر:** في دراسة قام بها Shindova و Belcheva أشاروا إلى غياب دور كل من العمر والزيارة السنية الأولى في تطوير الخوف والقلق السني، حيث لاحظا عدم وجود أي علاقة بين العمر أو بين تاريخ الزيارة السنية الأولى

و تطوير الخوف السني(Shindova & Belcheva، 2021)، في حين أظهرت المراجعة المنهجية التي قام بها Murad وزملاؤه عام 2020 وجود تأثير للعمر على مستويات الخوف والقلق السني، حيث يميل المرضى الصغار بالعمر إلى إظهار مستويات مرتفعة من القلق السني مقارنة بأقرانهم الأكبر، وقد يعود ذلك إلى تطور المقدرة المعرفية للطفل مع مرور الوقت (Murad et al., 2020).

4.الجنس: كشفت الدراسات أن الإناث لديهن مستويات متزايدة من الخوف والقلق السني مقارنة مع الذكور، ولديهن خوف وقلق أكبر من تحضير الأسنان والتخدير الموضعي والألم، يمكن تفسير ذلك بأنه من المقبول اجتماعياً أن تعترف الفتيات والنساء بالقلق بخلاف الذكور (Morgan & Porritt., 2017) .

يجب التعرف على المخاوف السنية وفهمها بدقة من أجل التدبير المناسب للمرضى، قد تستمر المخاوف المكتسبة في الطفولة من خلال التجارب المباشرة مع المعالجات المؤلمة، أو غير المباشرة من خلال الوالدين والأصدقاء والأشقاء؛ لتصل إلى مرحلة البلوغ (Townsend & Wells, 2019) .

1-1-4 الخوف والقلق السني عند الأطفال Dental fear and anxiety in children

يُعدّ تدبير الخوف والقلق السني جانباً رئيسياً في تدبير الأطفال في العيادة السنية، وهو العائق الأساسي لإتمام المعالجة السنية بنجاح (Sharma & Tyagi., 2011).

يمتلك طفل واحد على الأقل من بين عشرة أطفال درجة من الخوف والقلق تمنعه من تحمل المعالجة السنية (Da Silva et al., 2021).

تحدّد طبيعة التجربة الأولى الآلية التي سيتلقّى بها الشخص ذات التجربة في المستقبل، إذا حدثت التجربة السنية الأولى بصورة سلبية فإنه من غير المتوقع للتجارب المستقبلية أن تمر بصورة أفضل (Staugaard et al., 2017).

من الممكن أن يسبب حدوث التجربة السنية الأولى بطريقة راضية الخوف والقلق لدى الطفل، وتختلف درجة القلق اختلافاً كبيراً بين الأطفال اعتماداً على عدة عوامل منها: المعلومات الخاطئة حول المعالجة السنية ومزاج الطفل

والمرحلة العمرية وقلق الوالدين والنضج والشخصية والمقدرة الفكرية والمعرفية والتجارب الرّاضّة والحالة الاجتماعية والاقتصادية (Rank et al., 2017).

5-1-1 انتشار الخوف والقلق السني Prevalence of Dental Fear And

Anxiety

يُقدّر انتشار القلق السني لدى الأطفال في عمر 4-12 عاماً وفقاً لمراجعة منهجية قامت بها Grisolia وزملاؤها عام (2021) بنسبة متوسطة تتراوح بين 5.7% و 20.2% مع وجود عدة عوامل مؤثرة تلعب دوراً في ظهور القلق السني لدى الأفراد من مختلف المجتمعات كالعمر والجنس والحالة الاقتصادية والاجتماعية، ويُمكن أن يُعزى اختلاف نسب انتشار الخوف والقلق السني في المجتمعات إلى اختلاف طرق القياس المستخدمة (Grisolia et al., 2021).

6-1-1 أسباب الخوف والقلق السني Causes of Dental Fear and Anxiety

تُشكل المخاوف والقلق جزءاً من النمو الطبيعي للطفل، حيث تكون مشاعر الخوف والقلق التطورية لدى الطفل بشكل عام عابرة، بينما يرتبط الخوف والقلق السني عند الأطفال بعدة أسباب مثل: أصوات الأدوات السنية والخوف من الإبرة والتجارب السلبية السابقة ورائحة بعض المواد السنية والألم بالإضافة إلى تجارب الآخرين السلبية خصوصاً الأهل والتأثيرات الثقافية والجنسية والعمرية (Weiner, 2011) (Cianetti et al., 2017).

يُمكن تصنيف مسببات الخوف والقلق السني إلى : عوامل شخصية (العمر، الجنس، الخوف العام، المزاج والذكاء) وعوامل اجتماعية (القلق السني لدى الوالدين، الحالة الاقتصادية والاجتماعية للعائلة، تهيئة الطفل مسبقاً من قبل الوالدين، توقعات الوالدين حول سلوك طفلهم ضمن البيئة السنية) وعوامل تتعلق بالبيئة السنية (عوامل مرتبطة بالزيارة السنية، عوامل مرتبطة بالمعالجة السنية، عوامل مرتبطة بالبيئة السنية مثل: الدم والروائح المزعجة والطعم وصوت تحضير الأسنان والأحاسيس المزعجة أثناء المعالجة السنية والخوف من الألم والإبرة) (Shindova & Belcheva, 2021) (Fathima et al., 2024).

1-1-6-1 العوامل المرتبطة بالزيارة السنية

1. عمر الطفل في الزيارة السنية الأولى: تُعدُّ تجربة الطفل خلال الزيارة السنية الأولى مهمة، لأنها تؤثر بشكل كبير في سلوك الطفل أثناء الزيارات السنية المستقبلية، إلا أنه لا يوجد ارتباط بين عمر الطفل عند الزيارة السنية الأولى والخوف السني وسلوك الطفل ضمن العيادة السنية عند الأطفال بعمر المدرسة وما دون (Paryab & Hosseinbor, 2013) (Suprabha et al., 2011).

2. التجارب السنية السابقة وعدد الزيارات السنية: أشارت بعض الدراسات إلى وجود مستويات عالية من القلق لدى الأطفال الذين ليس لديهم تجارب سنية سابقة، ويؤدي انخفاض عدد الزيارات السنية إلى ارتفاع مستويات القلق السني (Shindova & Belcheva, 2021).

3. سبب الزيارة السنية: إنَّ سبب زيارة طبيب الأسنان له تأثير كبير في تطور الخوف السني عند الأطفال، والذي يمكن أن يستمر خلال مرحلة الطفولة وحتى مرحلة البلوغ، وتؤثر الزيارات السنية السابقة في تحديد سلوك الطفل تجاه المعالجات السنية، حيث تؤدي التجارب السلبية من الألم أو الحاجة إلى التخدير الموضعي إلى السلوك غير المتعاون وزيادة القلق السني خلال الزيارات التالية (Versloot et al., 2008) (Andreeva et al., 2016). تكون مستويات القلق السني لدى الأطفال الذين يعانون من آلام سنية أعلى منها عند الأطفال الذين لم يعانون من ألم سني سابقاً (Shindova & Belcheva, 2021).

4. تكرار الزيارات السنية: هناك علاقة عكسية بين تكرار الزيارات السنية ومستويات القلق عند الأطفال، حيث ارتبطت المستويات العالية للقلق السني عند الأطفال بشكل كبير بالزيارات السنية غير المنتظمة مع وجود فاصل زمني طويل بين الزيارات السنية (Brady et al., 2012) (Armfield et al., 2007).

1-1-6-2 العوامل المرتبطة بالمعالجة السنية

1. غياب السيطرة أثناء المعالجة السنية: يُثير الشعور بفقدان السيطرة والخوف والقلق لدى المريض، لذلك فإن منح المريض القدرة على السيطرة أثناء العمل وزيادة إحساس المريض بالسيطرة يُعدُّ عنصراً أساسياً في بناء التواصل والثقة بين المريض و الطبيب الممارس (Armfield & Heaton, 2013) (Shindova & Belcheva, 2021). يشعر الأطفال بالقلق نتيجة غياب الدعم من الوالدين في العيادة السنية التي تُعدُّ بيئة جديدة وغير مألوفة بالنسبة لهم (Shindova & Belcheva., 2021).

في دراسة أجريت على 175 طفلاً تتراوح أعمارهم بين 4-12 عاماً لم يكن هناك فروقاً فيما إذا كانت المعالجة السنية قد تمت بوجود الوالدين أو غياب الوالدين، لذلك رفض الباحثون فكرة التأثير الإيجابي لوجود الوالدين في العيادة السنية على القلق السني عند الأطفال (cox et al., 2011).

يستخدم العديد من الأطباء نظام إشارات بسيطة لمنح المرضى السيطرة أثناء العمل، وهذا مفيد بشكل خاص للأطفال والمرضى القلقين، والإشارات الأكثر استخداماً هي رفع اليد لتنبيه الطبيب الأسنان بأن المريض يرغب بإيقاف الإجراء (Cohen et al ., 2000).

2. طبيب الأسنان والفريق السني: إنَّ سلوك طبيب الأسنان وموقف الفريق السني هو عامل آخر مرتبط بالخوف والقلق السني لدى الأطفال، حيث أظهرت الدراسات أن الزيارة الأولى لطبيب الأسنان تُعدُّ متغيراً مهماً في تحديد مواقف الطفل اللاحقة ومعتقداته حول طب الأسنان والمعالجة السنية (Shindova & Belcheva, 2021). يمكن أن يكون للعلاقة الإيجابية بين طبيب الأسنان والطفل تأثير إيجابي على الخوف والقلق السني لدى الطفل (Xia et al., 2011).

1-1-6-3 حالة الصحة الفموية

تلعب الصحة الفموية السيئة دوراً كبيراً في تطور الخوف والقلق السني لدى الطفل، حيث أشارت العديد من الدراسات إلى ارتباط مستويات الخوف والقلق السني لدى الأطفال بالصحة الفموية السيئة وانتشار النخور السنية ومشعر DMFT ومشعر اللويحة السنية (Nicolas et al., 2010).

1-1-6-4 التجارب الطبية السابقة ودخول المشفى Previous Medical Experience and

Hospitalization

تؤدي التجارب الطبية السابقة ودخول المشفى بشكل متكرر لتطور الخوف والقلق السني لدى الأطفال، حيث تؤثر بشكل مباشر في سلوكهم ضمن الزيارات السنية مستقبلاً، وتشكيل ردود فعل سلبية أثناء المعالجة السنية (Shindova & Belcheva.,2021).

1-1-7 نتائج الخوف والقلق السني Outcomes of Dental Fear and Anxiety

1-7-1-1 نتائج القلق السني في مرحلة الطفولة Outcomes of Dental Fear and

Anxiety in Childhood

يؤدي الخوف والقلق السني لدى الطفل في مراحل مبكرة إلى تجنب الزيارات السنية، وهذا يؤدي بدوره إلى صحة فموية سيئة ونخور سنّية والتهابات لثوية وفقدان الأسنان، حيث يراجع الطفل الطبيب بحالة إسعافية تكون الإجراءات السنية خلالها مؤلمة ومعقدة، فتزيد من شدة الخوف والقلق لديهم وتؤدي إلى تجنب كامل للزيارة السنية في المستقبل وتطور الرهاب السني (Appukuttan, 2016) (Cianetti et al, 2017).

لا تقتصر تأثيرات الخوف والقلق السني على الصحة الفموية فحسب، بل يمكن أن تؤثر على جودة الحياة لدى الطفل وثقته بنفسه بالإضافة إلى علاقاته الاجتماعية مع الأشخاص المحيطين به في المدرسة والعائلة (Muhabes & Al-Obaidi,2024).

من المهم أيضاً إدراك أنّ نسبة من الأطفال الذين يعانون من الخوف والقلق السني قد يعانون من مشاكل في التدبير السلوكي (Fight response) تعيق تقديم المعالجة السنية، وتؤثر سلباً على المعالجة السنية التي يتلقاها الطفل (Klingberg & Broberg,2007)(Krikken & Veerkamp,2008)

إنّ القلق الذي يعاني منه الأطفال ليس مزعجاً للطفل فحسب، وإنما يمكن أن تكون تجربة مرهقة ومزعجة للوالدين ومقدمي الرعاية، فقد يكون من الصعب على الوالدين محاولة إقناع أطفالهم الذين يعانون من الخوف والقلق السني لزيارة طبيب الأسنان، بالإضافة إلى ذلك فإن رؤية الوالدين طفلهم

يشعر بالانزعاج والخوف في العيادة السنّية قد يسبب الخوف والقلق لديهم والرغبة في إنهاء جلسة المعالجة (Morgan & Porritt., 2017) (Hallberg et al., 2008).

1-1-7-2 التحديات التي يواجهها الفريق السنّية

قد تسبب معالجة المرضى الذين يعانون من الخوف والقلق السنّية مجموعة متنوعة من الصعوبات والتحديات لأطباء الأسنان، حيث يستغرق علاج المرضى الذين لديهم مستويات عالية من القلق وقتاً طويلاً ومرهقاً، وقد يتردد أطباء الأسنان أيضاً في تقديم المعالجة السنّية للمرضى الذين يعانون من الخوف والقلق السنّية بسبب قلقهم من جعل الخوف والقلق السنّية لدى المريض أسوأ أو نتيجة عدم المعرفة بكيفية إدارة الخوف والقلق لديهم بشكل فعال، بالإضافة إلى الآثار المالية المترتبة على علاج الأطفال الذين يعانون من الخوف والقلق السنّية، حيث إنّ المعالجة السنّية للأطفال الذين يعانون من القلق السنّية ربما تستهلك وقتاً أطولاً (Morgan & Porritt., 2017).

1-1-8 تقييم القلق السنّية Assessment of Dental Anxiety

أوضح Yon وزملاؤه أنّ تقييم وجود الخوف والقلق السنّية وشدّته لدى الأطفال يتطلب استخدام طرق غير مباشرة كسؤال الطفل عدة أسئلة حول مخاوفه (المقاربة الإدراكية)، أو مراقبة علاماته الحيوية أو سلوكه أثناء المعالجة السنّية حيث توجد عدة أدوات ذاتية وأخرى موضوعية لقياس القلق، ويتم اختيار الأداة عادةً وفقاً لعمر المريض والوعي المعرفي والعاطفي لديه (Yon et al., 2020).

1-1-8-1 مقاييس فيزيولوجية

ذكر Vlad وزملاؤه آلية تأثير القلق السنّية على الجسم، حيث يحرض القلق السنّية استجابةً في الجهاز العصبي الودي مسبباً إفراز الكاتيكولامينات التي تؤدي إلى تغيرات في الجهاز القلبي الوعائي (ارتفاع ضغط الدم وازدياد ضربات القلب)، والجهاز التنفسي (كالتهنّد وضيق التنفس)، والجهاز الغدي (التعرق الغزير)، والجهاز العضلي (كتقلص العضلات والتشنج) والجهاز الهضمي (كجفاف الفم) ولذلك تبيّن إمكانية استخدام المقاييس الفيزيولوجية كقياس النبض في تحري مستويات القلق السنّية لدى المرضى (Vlad et al., 2020).

1-1-8-2 مقاييس التقييم الذاتي للخوف والقلق السني

تعتمد هذه المقاييس على السؤال المباشر للمريض عن مشاعر الخوف والقلق لديه، سواء باستخدام ألفاظ أو صور معبرة عن هذه المشاعر دون الحاجة لوجود طرف آخر كالوالدين للإجابة عن هذه الأسئلة (yon et al, 2020) (Gomez et al., 2022).

مقياس القلق السني Dental Anxiety Scale

يتم استخدام هذا المقياس لتقييم القلق لدى البالغين، ويضم أربعة أسئلة حول مسببات محتملة للقلق السني ضمن العيادة السنية، تم تقديم نسخة معدلة من هذا المقياس لتشمل خمسة أسئلة كما تم إضافة صور تعبيرية لتسهيل فهم مفردات المقياس، على الرغم من موثوقية المقياس المرتفعة إلا أنه غير مفضل للاستخدام لدى الأطفال (Porrit et al, 2013).

مقياس القلق السني المعدل Modified Dental Anxiety Scale

يتألف المقياس من خمسة أسئلة مع خمسة خيارات لكل سؤال (1 غير قلق، 2 قلق قليلاً، 3 قلق إلى حد ما، 4 قلق جداً، 5 قلق بشكل شديد).

تتراوح مجموع الإجابات المسجلة من 5 ل 25 ، إذا كانت مجموع الإجابات (5-10) يكون لدى المريض قلق سني خفيف، (10-18) قلق سني متوسط ، أكبر من 19 يكون لدى المريض قلق سني شديد ومن المحتمل رهاب سني (Peric & Tadin.,2024).

الجدول رقم (1) Modified Dental Anxiety Scale (Peric & Tadin.,2024)

قلق بشكل شديد	قلق جداً	قلق إلى حد ما	قلق قليلاً	غير قلق	
					ما هو موقفك إذا كنت ستذهبين إلى طبيب الأسنان غداً للمعالجة ؟
					ما هو موقفك إذا كنت جالسة في غرفة الانتظار ؟
					ما هو موقفك إذا تم إجراء عملية تحضير لأسنانك ؟
					ما هو موقفك إذا تم إجراء عملية تنظيف لأسنانك ؟
					ما هو موقفك إذا تم إجراء تخدير موضعي للثة في منطقة الأسنان الخلفية العلوية ؟

مقياس فينهام الصوري Venham Visual Scale

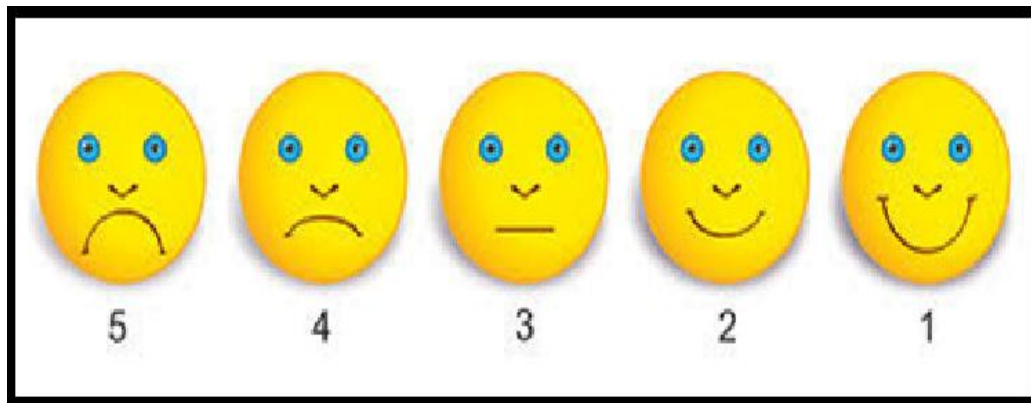
ذكرت Tiwari وزملاؤها أن هذا المقياس الذي تم تطويره من قبل Venham وزملائه لقياس القلق السني لدى الأطفال من عمر الثالثة، يعتمد على الصور دون الحاجة لإجابة الطفل لفظياً. يضم ثمانية أزواج من الصور، كل منها يحتوي على صورتين كرتونيتين لطفل مع تعبيرات وجهية تصور مشاعر مختلفة. تكمن سلبية هذا المقياس في كون الصور المستخدمة تعود لشخصية كرتونية لطفل ذكر مما قد يخلق مشكلة عندما يكون المريض طفلة صغيرة، بالإضافة إلى استهلاك وقت طويل نسبياً في الإجابة على المقياس (Tiwari et al., 2021).



الشكل (1) مقياس فينهام الصوري (Tiwari et al., 2021)

مقياس الوجوه التعبيرية Facial Image Scale

يتألف من خمسة وجوه تعبيرية، تتراوح من وجه سعيد جداً يشير إلى عدم وجود قلق إلى وجه حزين جداً والذي يعبر عن القلق الشديد، تتراوح درجات هذا المقياس بين 1 لأكثر وجه إيجابي و5 لأكثر وجه سلبي (Zarei et al., 2016).



الشكل (2) مقياس Facial Image Scale (Zarei et al., 2016)

مقياس خوف الطفل child Fear Scale

تم تطويره عن مقياس الوجوه التعبيرية للقلق، وقد تم تطويره من قبل Mcmurtry وزملائه، يستخدم لقياس الخوف لدى الأطفال الذين يمرون بمعالجات طبية ذات طبيعة ألمية. ويضم المقياس خمسة وجوه تعبيرية يقابلها خمسة قيم تتدرج من القيمة 0 وحتى 4 تعبر عن درجة خوف الطفل (Mcmurtry et al., 2011) (الشكل 3).



الشكل (3) مقياس خوف الطفل (Mcmurtry et al, 2011)

9-1-1 تدبير الخوف والقلق السني Management of Fear And Dental Anxiety

Anxiety

تتراوح شدة الخوف والقلق السني من خفيف جداً إلى الخوف والقلق الشديد والرهاب السني، فالأطفال الذين لديهم مستويات منخفضة أو متوسطة من الخوف والقلق السني يمكن تدبيرهم بشكل فعال من خلال بناء علاقة ثقة ومهارات التواصل الجيدة والتعاطف والمعالجة بحذر وبعض التدابير الأساسية غير الدوائية، ومن جهة أخرى فإن الأطفال الذين لديهم قلق شديد أو رهاب ربما يحتاجون إلى تداخلات دوائية نوعية داعمة، بالإضافة إلى طرائق التدبير السلوكي (تقنيات التدبير السلوكي، التركيب باستخدام أكسيد النايروز، التركيب الوريدي، التخدير العام) (Asi.et al, 2017) (Armfield and Heaton., 2013).

الفصل الثاني

2-1 التدبير السلوكي Behavior Management

1-2-1 التدبير السلوكي Behavior Management

قدمت McElory عام 1895 بشكل غير مقصود تعريفاً للتدبير السلوكي قرب بداية القرن الحالي، فذكرت (على الرغم من أن المعالجة الترميمية قد تكون مثالية إلا أنه يعتبر الموعد فاشلاً إذا غادر الطفل العيادة وهو يبكي)، كان ذلك أول ذكر في أدبيات طب الأسنان لتقييم نجاح أو فشل الموعد السنّي للطفل، تم استخدام مصطلح (تدبير السلوك) أو مرادفه (تدبير الطفل) بشكل متكرر في طب أسنان الأطفال، وبشكل عام، فقد أشار هذا المصطلح إلى مجموع الأساليب المستخدمة للحصول على قبول الطفل للمعالجة السنّية (Kupietzky & Wright, 2021).

تتطوي عموماً معالجة البالغين على علاقة فردية (One – to – one relationship) أي العلاقة بين المريض وطبيب الأسنان، أما معالجة الأطفال تتطوي على علاقة (One – to – two relationship) أي علاقة بين طبيب الأسنان والطفل وأهله أو مقدمي الرعاية (Wright & Stigers, 2021).

لسنوات عديدة كانت عملية تكييف الطفل في العيادة السنّية تدعى (تدبير السلوك)، ولكن في عام 2003 تم اعتماد مصطلح توجيه السلوك (Behavior Guidance) في توصيات الأكاديمية الأمريكية لطب أسنان الأطفال American Academy Of Pediatric Dentistry (AAPD) للتأكيد على أنّ أهداف توجيه السلوك ليست التعامل مع سلوك الطفل فحسب بل تعزيز التواصل مع الطفل والوالدين ودعم الموقف الإيجابي والصحة الفموية الجيدة (Townsend & Wells., 2019).

قدّمت الإرشادات الأكاديمية الأمريكية لطب أسنان الأطفال (AAPD) عام 2024 تعريفاً للتدبير السلوكي على أنه سلسلة من التفاعلات بين طبيب الأسنان وفريق طب الأسنان والطفل والأهل موجّهة نحو التواصل والتعليم، مع ضمان سلامة كل من الطبيب والطفل أثناء تقديم الرعاية الطبية اللازمة، وتمّ تعريفه أيضاً على أنه الوسيلة التي من خلالها يقوم الفريق السنّي بعلاج الطفل بكفاءة وفعالية، وفي الوقت نفسه تعزيز الموقف الإيجابي تجاه المعالجة السنّية (AAPD, 2024).

1-2-2 أهداف التدبير السلوكي

1. تأسيس التواصل.
2. الحد من خوف وقلق الطفل.
3. تعزيز وعي المريض والأهل بضرورة تحقيق صحة فموية جيدة والمعالجة المقدّمة.
4. تعزيز سلوك الطفل الإيجابي تجاه المعالجة السنية.
5. تعزيز الثقة بين الطبيب والطاقم الطبي و الطفل والأهل.
6. توفير رعاية صحية جيدة للّفم بطريقة مريحة، وآمنة، وفعالة وبالحّد الأدنى من التداخل.

(Townsend & Wells.,2019)

1-2-3 أهمية التدبير السلوكي Importance of Behavior Management

تأتي أهمية التدبير السلوكي عند تقييم آثار القلق السني، والذي قد يحد بشكل كامل أو جزئي من الرعاية والعناية السنية (Kupietzky & Wright.,2021).

لذلك يجب التأكيد على أهمية تأسيس علاقة إيجابية بين الطبيب والطفل انطلاقاً من عمر مبكر، وذلك من خلال تعرّض الطفل للمهيجات في العيادة السنية ولكن بتسلسل معقول وبحد أدنى من الأذية النفسية، وبالتالي من المهم المعرفة بالتدبير السلوكي وتقنياته (Kupietzky & Wright .,2021).

1-2-4 تصنيف سلوك الأطفال Classifying Children's Behavior

عندما يتعامل الطبيب مع الطفل، فإنَّ الجانب الأول الذي يهتمُّ الطبيب هو سلوك الطفل، فيتعيَّن على الطبيب أن يصنّف سلوك الطفل للمساعدة في توجيه طريقة المعالجة، ومن بين الأنظمة المستخدمة على نطاق واسع نظام تصنيفي قُدِّم من قبل (Frankel et al 1962)، يُشار إليه باسم (مقياس تصنيف فرانكل السلوكي) (Frankl Behavioral Rating Scale) (Riba et al.,2017).

غالباً ما يتم اعتبار تصنيف فرانكل، المعيار الذهبي (gold standard)، شيوحه كأداة بحثية قد تتبع من ثلاث ميزات: وظيفي (functional)، قابل للقياس (quantifiable)، موثوق (reliable) (Veerkamp & Wright,2021).

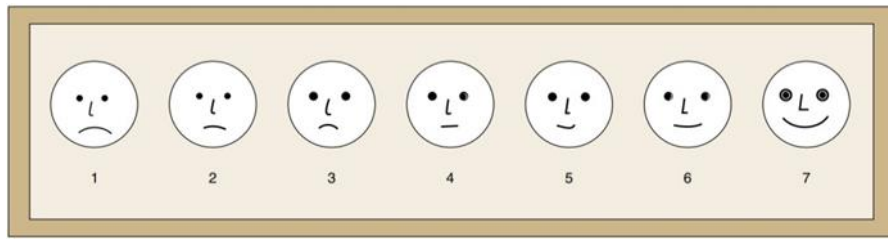
1-4-2-1 فئات التصنيف السلوكي حسب فرانكل The Frankl Behavior Rating Scale

- السلبي بالمطلق للعلاج (Definitely negative): رفض كامل تجاه المعالجة، البكاء بقوة، الخوف، أو أي دليل علني آخر على السلبية الشديدة.
 - سلبي فقط (Negative): تردد تجاه المعالجة، سلوك غير متعاون، بعض الأدلة على وجود موقف سلبي ولكنه ليس علنياً (تجهم الوجه، سحب اليد، تهرب البصر).
 - إيجابي فقط (Positive): متقبل للمعالجة، وفي نفس الوقت يكون حذراً، يمتلك الرغبة في الامتثال لطبيب الأسنان، ولكن مع تحفظ، ورغم ذلك إلا أنه يتَّبَع توجيهات طبيب الأسنان بتعاون.
 - إيجابي بالمطلق تجاه المعالجة (Definitely positive): علاقة جيدة مع الطبيب، اهتمام بإجراءات المعالجة السنية، حالة من المتعة والضحك في الجو.
- إنَّ طريقة فرانكل لتقييم السلوك أداة شائعة في الأبحاث، ويمكن استخدام النموذج المختصر لتسجيل سلوك الأطفال في العيادة السنية: حيث يمكن تدوين السلوك التعاوني الإيجابي على أنه (+) أو (++) والسلوك غير التعاوني على أنه (-) أو (--).

(Veerkamp & Wright,2021)

1-2-4-2 المقاييس التناظرية البصرية visual Analogue Scales

تم تطوير العديد من التصنيفات إلى جانب مقياس فرانكل وأحدها طريقة التقييم الذاتي، والتي تُعدّ الطريقة الأولى المفضلة عند دراسة الألم أو القلق، استخدم بعض الاستقصائيين رموزاً صغيرة مقتبسة من المواقف المتعلقة بطب الأسنان، أو منظومة الوجوه المتدرجة من السعيد إلى الحزين، وبشكل عام، تعد المقاييس التناظرية البصرية أكثر فعالية عند الأطفال الصغار، وتتدرج من: (متعاون للغاية) إلى (غير متعاون) (Veerkamp & Wright.,2021).



الشكل (4) (visual analogue scales) (Veerkamp & Wright,2021)

1-2-5 أنواع السلوك Description of Behavior

عندما يقوم طبيب الأسنان بفحص الطفل، فإنه دائماً ما يقيم نوعاً واحداً من السلوك (السلوك التعاوني) لأن مفتاح تقديم أي معالجة هو ما يمنحه الطفل من تعاون، معظم الأطباء بوعي أو بدون وعي يصفون الأطفال في واحدة من ثلاث طرق محددة: متعاون (Cooperative)، أو غير متعاون (lacking in cooperative ability)، أو يحتمل أن يكون متعاوناً (Potentially cooperative)، يُعدّ التعرف على الجوانب السريرية لسلوكيات هؤلاء الأطفال مهماً من أجل تدبير السلوك، ووضع خطة معالجة مناسبة (Veerkamp & Wright.,2021).

1-2-5-1 الطفل المتعاون Cooperative Behavior

يُشكل الأطفال المتعاونون النسبة الأكبر ضمن العيادة السنية، ويكون التعامل مع هؤلاء الأطفال مريح للغاية، إذ يكون لديهم الحد الأدنى من المخاوف وقد يكونوا متحمسين، ويقدم هؤلاء الأطفال مستوى مقبول من التعاون الذي يسمح لطبيب الأسنان بإنجاز عمله بفعالية وكفاءة، يمكن تدبير الأطفال

المتعاونين باستخدام طرق واضحة مثل تشكيل السلوك (Behaviour Shaping) أو بطريقة أخبر أرى أفعل (Tell Show Do) (Mydin Meera et al.,2024).

1-2-5-2 الطفل غير المتعاون Lacking in Cooperative Ability

يمكن أن يشمل ذلك: الأطفال الصغار جداً (أقل من ثلاث سنوات)، الذين لا يمكن تأسيس أي تواصل معهم ولا يمكن أن نتوقع منهم أي استيعاب أو فهم، الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة الذين تمنعهم شدة حالتهم من إبداء أي تعاون عبر الطرق العادية (Veerkamp and Wright,2021) .

1-2-5-3 من المحتمل أن يكون متعاوناً Potentially Cooperative

عندما يُصنّف الطفل على أنه محتمل التعاون، فهذا يعني أنه يمكن تعديل سلوك الطفل من قبل الطبيب، حيث يمتلك هؤلاء الأطفال المقدرات المعرفية التي تُمكنهم من الاستجابة لتعليمات الطبيب، وبالتالي يمكن تعديل سلوكهم ليصبحوا متعاونين (Veerkamp & Wright,2021) .

1-2-5-3-1 الطفل ذو السلوك غير المنضبط Uncontrolled Behavior

يُلاحظ هذا السلوك عادة عند الأطفال بعمر (3-6) سنوات في أول زيارة لطبيب الأسنان، وذلك على شكل من أشكال نوبة غضب في غرفة الاستقبال قبل أن يدخل الطفل إلى العيادة، وتتميز هذه النوبة بالدموع (tears) ، والبكاء بصوت عال (loud crying)، والنفضات الجسدية (physical lashing out)، والضرب باليدين والساقين (flailing of the hands and legs)، يجب التعامل مع هذا النوع من الحالات بسرعة وذلك لتجنب الأذية الجسدية للطفل نظراً لطبيعة الأثاث الموجود في معظم العيادات السنية، وقد تكون هناك حاجة إلى بعض أشكال ضبط النفس أو التريكين قبل بدء أي شكل من أشكال العلاج (Prutipaisan et al.,2024).

1-2-5-3-2 الطفل العنيد أو المتحدي Challenging or Defiant Behavior

يُشاهد هذا النمط من السلوك بشكل أكبر عند الأطفال الذين ينتمون إلى الفئة العمرية المدرسية، يتميز هذا النوع من السلوك عبر صراخه ب (لا أريد) أو (لن أفعل) مما يجعل من المعالجة السنية أكثر صعوبة، غالباً ما يقوم هؤلاء الأطفال الذين يتفاعلون بهذه الطريقة بمثل ذلك في بيئاتهم المنزلية،

وذلك لأنّ والديهم لا يستخدمون مبادئ توجيهية صارمة بما فيه الكفاية فيما يتعلق بسلوكهم، قد يُغيّر النهج الحازم سلوكهم بشكل كبير، وبعد الحصول على تعاونهم يجب أن يكون سلوكهم موجهاً بشكل جيد (Harris & Coyle, 2024)(CandoGuanoluisa et al., 2024).

يُظهر هؤلاء الأطفال بعض الشجاعة من خلال تحدّي طبيب الأسنان، ويمكن استخدام التقنيات المناسبة لتوظيف هذه الشجاعة في تعديل السلوك، يمتلك هؤلاء الأطفال مقدرة كبيرة على التعاون ويمكن أن يصبحوا من أفضل مرضى طبيب الأسنان (Costa et al., 2024).

1-2-3-3-5 Timid Behavior الطفل الخجول

يُعدّ الخجل من أنواع السلوك الأكثر انطوائية، ومن المحتمل أن يكون هؤلاء الأطفال قلقون للغاية ومن الصعب علاجهم، لذلك يجب على طبيب الأسنان أن يسايرهم بهدوء ويعمل على اكتساب ثقتهم، قد يقوم بعض الأطفال بحماية أنفسهم وراء أحد الوالدين ولكنهم غالباً ما يفشلون في تقديم مقاومة جسدية كافية عند فصل الوالدين، قد لا يسمع هؤلاء الأطفال التعليمات دائماً؛ لذلك فإن التعليمات المقدّمة لهم غالباً يجب تكرارها بسبب حالتهم العاطفية (Lupeychinkova et al., 2024).

1-2-3-5-4 Tense-Cooperative Behavior السلوك التعاوني المتردد

يتراوح السلوك التعاوني المتردد لدى بعض الأطفال ما بين السلبية والإيجابية، فعادة يتقبل هؤلاء الأطفال المعالجة ولا يبدون أي رد فعل جسدي عنيف، ولكن لا يمكن تصنيفهم على أنهم خجولين، في معظم الحالات فإن إبداء كلمة ودية أو ملاحظة إيجابية من قبل طبيب الأسنان وتشجيعه من قبل موظفي العيادة يمكن أن يقلل من توتره بشكل كبير، ولا يعد هؤلاء الأطفال محاورين ممتازين، غالباً ما يتم الكشف عن توترهم عبر لغة الجسد و يمكن تصنيف هؤلاء الأطفال ضمن مجموعة القلق المنطوي (introverted anxiety group) (Lim et al., 2024).

1-2-3-5-5 Passive Resistance المقاومة السلبية

يُرى هذا النمط من السلوك الشاذ غالباً عند المراهقين، وهو انكماش المريض تلقائياً على الكرسي فتراه لا يستجيب للحوار اللفظي، وعندما يحاول الطبيب إشراكه في المعالجة يفشل التواصل، وعند المحاولة

لفحص الفم قد يرفض المريض الإجراء عن طريق الكز (clenching) على أسنانه، ويمكن أن تقضح لغة الجسد (Body language) هذا السلوك، حيث تتحول اليد المتشبثة بإحكام على كرسي الأسنان إلى اللون الأبيض ويتم تجنب التواصل بالعين. يُشكّل تعديل سلوك هؤلاء الأطفال تحدياً ليس فقط لطبيب الأسنان، ولكن وبمنظرة إيجابية يمكن أن يتغير سلوك هؤلاء نحو الأفضل مع مرور الوقت، وقد نجعل منه مراحقاً متميزاً يعتني بصحته الفموية جيداً (Khamis e al.,2020).

كل هذه التصنيفات السابقة فيما يخص الطفل الذي من المحتمل أن يكون متعاوناً هي أوصاف عامة تقتصر إلى التخصيص، فسلوك الأطفال متغير للغاية ولا يسمح بإجراء تحديد دقيق، ورغم ذلك فإن الأوصاف المذكورة تُعدّ من السلوكيات السلبية الأكثر شيوعاً في العيادة السنية (Veerkamp & Wright,2021) .

1-2-6 المتغيرات المؤثرة في سلوك الطفل ضمن العيادة السنية

Variables Influencing Children's Dental Behaviors

1-القلق لدى الوالدين: هناك ميل كبير للارتباط بين القلق السني لدى الأمهات والسلوك التعاوني للطفل عند الزيارة الأولى لطبيب الأسنان، حيث يؤثر القلق الشديد لدى الوالدين على سلوك أبنائهم بشكل سلبي. على الرغم من أن الأدلة العلمية كشفت بأنه يمكن أن يتأثر الأطفال من جميع الأعمار بالقلق لدى أمهاتهم، إلا أنه يكون التأثير أعظمياً مع الأطفال الأصغر من أربع سنوات، ربما ذلك لأن التكافل بين الوالدين والطفل يبدأ في مرحلة الطفولة ويتضاءل تدريجياً (Lim et al.,2024)(Samal et al.,2024).

2-الخبرات الطبية: تُعدّ الجودة العاطفية للزيارات السابقة ذات أهمية كبيرة، كذلك الألم أثناء الزيارات الطبية السابقة أحد الاعتبارات الأخرى في التجارب الطبية للطفل، قد يكون الألم (شديداً أو معتدلاً، حقيقياً أو وهمياً)، وقد تؤثر التجارب الجراحية السابقة سلباً على سلوك الطفل في العيادة السنية (Vater & Lemanek,2024) (Muhabes & Al-Obaidi,2024).

3- الوعي بالمشكلة السنّية: يمكن أن يُراجع بعض الأطفال طبيب الأسنان وهم يعلمون أن لديهم مشكلة سنّية، قد تكون المشكلة خطيرة مثل الخراج المزمن أو بسيطة مثل تبّقع الأسنان الخارجي ، إذا اعتقد لطفل أنّ لديه مشكلة سنّية خطيرة قد يؤدي إلى السلوك السلبي في العيادة السنّية (Kumari et al.,2024).

4- مشاكل السلوك العامة: وجد Klingberg و Broberg بعض الأدلة لوجود علاقة بين المشاكل السلوكية العامة ومشاكل التدبير السلوكي السنّية، فالأطفال الذين لديهم صعوبات في القدرة على التركيز والانتباه أو تعديل أنشطتهم وفقاً لبيئتهم العامة قد يكون مشاكل سلوكية في العيادة السنّية (Wright & Stigers,2021) (Muhabes & Al-Obaidi,2024) .

1-2-7 الاستفسار الوظيفي The Functional Inquiry

يُعرّف الاستفسار الوظيفي بأنه سلسلة من الأسئلة تُطرح في مقابلة شخصية مع الوالدين لمعرفة مخاوف الطفل وأولياء الأمور، ولجمع معلومات تتيح تقدّيراً موثقاً للتنبؤ بقدرة الطفل على التعاون أثناء المعالجة السنّية (Kupietzky & Wright,2022).

يُعدّ الاستفسار الوظيفي مهمّاً لطبيب أسنان الأطفال، حيث يُساعد الطبيب ليلبي احتياجات الطفل والأهل، وتطبيق تقنيات التدبير السلوكي المناسبة لتقديم المعالجة السنّية المطلوبة وجعل التجربة السنّية لدى الطفل تجربة سارة، وتعزيز الموقف الإيجابي في الزيارات السنّية اللاحقة (Wright & Stigers,2021) .

وعادة ما يتم إجراء الاستفسار الوظيفي من خلال طريقتين: إمّا من خلال استبيان بالورقة والقلم تتم الإجابة عليه من قبل ولي الأمر، أو عن طريق مقابلة مباشرة مع الطفل وولي الأمر، يمكن أن تكون الاستبيانات المكتوبة أدوات مهمة في الحصول على المعلومات، لأن الأسئلة الاستقصائية يمكن أن تكشف حقائق مهمة حول أساليب تربية الطفل في المنزل، تجارب الطفل المدرسية، أو حالة تطور الطفل (Wright & Stigers,2021) .

الجدول رقم (2) الاستفسار الوظيفي (Wright & Stigers, 2021)

كيف تعتقد أن تكون ردة فعل طفلك تجاه الإجراءات الطبية السابقة	جيدة جداً - جيدة إلى حد ما - سيئة إلى حد ما - سيئة للغاية
ما هو تقييمك لمعدل القلق لديك (الخوف والعصبية) في هذه اللحظة	مرتفع - مرتفع إلى حد ما - منخفض إلى حد ما
هل تعتقد طفلك أن لديه مشكلة في أسنانه مثل: الأسنان المكسورة أو المنخورة أو خراجات لثوية	نعم - لا
كيف تتوقع أن تكون ردة فعل طفلك على الكرسي السني	جيد جداً - جيد إلى حد ما - سيء إلى حد ما - سيء جداً

الإجابات على هذه الأسئلة يُمكن أن تتبَّه الطبيب إلى المشاكل السلوكية المحتملة، إذا أجاب الوالدان سلباً على أكثر من سؤال ترتفع احتمالية مواجهة مشكلة سلوكية لدى الطفل (Wright & Stigers, 2021).

1-2-8 أساسيات التوجيه السلوكي Fundamentals Of Behavior Guidance

1-8-2-1 استراتيجيات الفريق السني Estrategies Of The Dental Team

إن الهدف الأساسي أثناء الإجراءات السنية هو توجيه الأطفال خطوة بخطوة لتطوير موقف إيجابي تجاه المعالجة السنية، ولحسن الحظ فإنَّ معظم الأطفال يتقدمون بسهولة وبكل سرور خلال زيارتهم السنية دون الحاجة إلى الضغط غير المبرر على أنفسهم أو الفريق السني، يمكن أن يُعزى ذلك إلى عدد من العوامل مثل (شخصية الطفل الواثق من نفسه ، إعداد الوالدين الطفل للموعد بشكل سليم، أو مهارات التواصل الممتازة للفريق السني) (Bagavathy et al., 2024).

ومن ناحية أخرى فإن تجارب بعض الأطفال في العيادة السنية قد تسبب القلق لديهم، والبدء بتشكيل موقف سلبي تجاه المعالجة السنية، في بعض الأحيان يتم التعامل مع الأطفال الذين يمكن السيطرة عليهم ولكنهم قلقون دون الحاجة إلى الأدوية وذلك باستخدام التقنيات السلوكية غير الدوائية المناسبة، حيث يتم استخدام تقنيات التدبير السلوكي يومياً (Wright & Stigers, 2021).

وقد يتم التغاضي عن أهمية وسائل التدبير السلوكي في بعض الأحيان أو يتم اعتبارها دون جدوى، وهذا يزيد من احتمالية حدوث مشاكل سلوكية يمكن تجنبها، ومع ذلك فإنّ الفهم الكامل لهذه التقنيات وتنفيذها بوعي يمكن أن يؤدي إلى تحسينات ملحوظة في مهارات تدبير الطفل (Saygili et al., 2024) (Avani et al., 2024).

1-2-8-2 النهج الإيجابي Positive Approach

هناك اتفاق عام بأن موقف طبيب الأسنان أو توقعاته يمكن أن تؤثر على نتيجة موعد المعالجة السنية، حيث إنّ الطفل سوف يستجيب بنمط السلوك المتوقع أي أنّ الطفل يحقق ما يتنبأ به طبيب الأسنان، وبالتالي فإنّ التعابير الإيجابية تزيد من فرصة نجاح المعالجات عند الأطفال (Wright & Stigers, 2021).

1-2-8-3 موقف الفريق Team Attitude

يمكن أن تكون العوامل الشخصية مثل (الدفع والاهتمام) ذات أهمية بالغة عند معالجة الأطفال، حيث يستجيب الأطفال بشكل أفضل للموقف الودود والطبيعي، يُمكن نقل ذلك إلى الطفل من خلال تحية غير رسمية، ويمكن أيضاً جعل الأطفال يشعرون بالراحة من خلال استخدام أسماء مستعارة يمكن أن توضع في سجل المريض، الإنجازات المدرسية أو النشاطات خارج نطاق المدرسة مثل الكشافة أو لعبة الهوكي أو البيسبول أو أية هوايات أخرى في بدء المحادثات المسنقبة فتظهر موقف الود والاهتمام تجاه الطفل (Wright & Stigers, 2021) (Charan et al., 2018).

1-2-8-4 التنظيم Organization

يمتلك التخطيط في العيادة السنية أبعاداً عديدة ابتداءً بمكان الاستقبال، ومن سيقوم باستدعاء المريض الجديد؟ (طبيب الأسنان، مساعد طبيب الأسنان، اختصاصي الصحة السنية، أو موظف الاستقبال)، ومن سيقوم بمعالجة المشكلة إذا أحدث الطفل اضطراباً في الاستقبال؟ يجب أن يتم وضع خططاً خاصة بالطوارئ في كل عيادة سنية،

حيث يجب أن يعرف كل من موظفي العيادة ماهو متوقع منهم وما الذي يجب القيام به، تُعدّ هذه الخطط ميزات رئيسية في عيادة طب أسنان الأطفال لأنها تزيد من الكفاءة، وتساهم في تأسيس العلاقات الناجحة بين الطاقم الطبي والأطفال (Wright & Stigers,2021) (Tarmidzi et al.,2022).

1-2-8-5 الصدق Truthfulness

يرى معظم الأطفال الأشياء على أنها إما سوداء أو بيضاء، ويصعب عليهم تمييز الظلال بينهما، وبالنسبة للأطفال فإنّ الفريق الطبي إما صادقاً أو لا، لأنّ الصدق مهم للغاية في بناء الثقة فهو مبدأ أساسي في بناء الثقة عند رعاية الأطفال (Wright & Stigers,2021).

1-2-8-6 التحمل Tolreanc

يختلف مستوى التحمل من شخص لآخر، حيث يشير التحمل إلى قدرة طبيب الأسنان على التعامل بعقلانية في حالات سوء السلوك مع المحافظة على هدوءه، وإن معرفة مستوى التحمل الفردي ذات أهمية خاصة عند معالجة الأطفال، كما أن مستوى التحمل يختلف من شخص لآخر كذلك يتقلب لدى الفرد، على سبيل المثال فإنّ موقف مزعج في المنزل يمكن أن يؤثر على مزاج طبيب الأسنان في العيادة السنية، وقد يكون بعض الأشخاص في حالة ذهنية أفضل في وقت مبكر في الصباح، في حين تتحسن قدرة الآخرين على المواجهة مع تقدم اليوم لذلك يجب على هؤلاء الأشخاص إخبار موظفي الاستقبال عدم تحديد مواعيد الأطفال الذين لديهم مشاكل سلوكية في بداية الصباح، وبالتالي فإن معرفة العوامل التي تؤثر على مستويات التحمل أمر أساسي لتجنب فقدان السيطرة على النفس (Wright & Stigers,2021).

1-2-8-7 المرونة Flexibility

يجب على الفريق السني أن يكون مستعداً لتغيير خطته مرات عدة لأنّ الأطفال ينقصهم النضج، فقد يبدأ الطفل بالغضب أو الارتباك على الكرسي السني بعد نصف ساعة، وقد يلزم عندها تقصير مدة المعالجة المقترحة، فقد يخطط طبيب الأسنان للمعالجة في جلستين ولكن لأنّ الطفل بسلوك صعب فقد يتم تعديل الخطة لاستكمال المعالجة في جلسة واحدة (Waldeck et al.,2021) (Kocken et al.,2024) .

1-2-9 التقنيات الأساسية في التدبير السلوكي

Basic Techniques in Behavioral Management

ترتبط مشكلة الرهاب السني (dental phobia (odontophobia ارتباطاً وثيقاً بطبيب الأسنان، لذلك من المهم أن يمتلك طبيب الأسنان من بين مهاراته الأخرى معرفة كيفية التعرف عليه وفهم كيفية تدبيره في أنسب طريقة (De Stefano,2019).

يجب أن تكون تقنيات التدبير السلوكي جزءاً من الخطة الكاملة لمعالجة الطفل، وعادةً ما يتم التأكيد على أن الأمر لا يتعلق باختيار التقنيات، بل بدمج أفضل تلك التقنيات ضمن خطة المعالجة، حيث يبدأ التدبير السلوكي للطفل بالتعرف على تطور الطفل وبيئته السلوكية والعائلية، ثم التعرف على الطفل شخصياً، تفيد هذه الخطوات في اكتساب المعلومات وفهم الوالدين والطفل وهذا ما يقود إلى اختيار تقنية التدبير السلوكي الصحيحة. (Uchoa et al.,2024)

ذكرت الأكاديمية الأمريكية لطب أسنان الأطفال العديد من تقنيات التدبير السلوكي في إرشاداتها، بعضها مقبول لدى الآباء أكثر من غيرها، يُمكن أن تؤثر المتغيرات الاجتماعية والثقافية على مواقف الوالدين، وتُصنف تقنيات التدبير السلوكي اللادوائية بطرائق مختلفة منها التقنيات (غير الجائحة) و (الاجتياحية)، تشمل التقنيات غير الجائحة: أخبر - أرى - أفعل وتشكيل السلوك والتعزيز الإيجابي والتكييف الفعال والنمذجة والسيطرة الصوتية وإزالة الحساسية والصور المرئية والفكاهة والإلهاء وتشتيت الانتباه وحضور أو غياب الوالدين، بينما تشمل الأساليب الاجتياحية (اليد فوق الفم) (HOM) والكبح الحركي (Townsend & Wells,2019) (Uchoa et al.,2024).

1- أخبر - أرى - أفعل (TSD) Tell-Show-Do

يتم تطبيق (TSD) كما يلي:

- يشرح طبيب الأسنان للطفل ما الذي سيتم عمله بلغة بسيطة يفهمها الطفل، ببطء وبأكبر قدر ممكن من التكرار حتى يدرك الطفل ماهية الإجراء، كذلك يتم تقسيم الإجراءات المطولة والمعقدة إلى خطوات لتسهيل التواصل.

- يوضح طبيب الأسنان للطفل ما الذي سيتم استخدامه وكيف يعمل.
- يشرح الطبيب مباشرة في إجراء العملية التي تمت معاينتها دون الخروج عن الشرح أو العرض التوضيحي. يمكن استخدام طريقة (TSD) عند طفل صغير يعاني من نقص التكيف في العيادة السنية خلال الزيارة الأولى، كذلك يمكن استخدامها عند طفل خائف بسبب تجربة ألمية سابقة في عيادة سنية أخرى، أو عند طفل قلق بسبب المعلومات الواردة من الوالدين أو الأقران (Wright & Kupietzky, 2014).

لا يمكن تطبيق هذه التقنية في حال كان الطفل يعاني من مشاكل أو اضطرابات في التواصل مع الآخرين (Vijayakumar et al., 2020).

يمكن القول بأنها قادرة على تقليل العلامات الفيزيولوجية للقلق عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (6-15) سنة، في المقابل تعد هذه التقنية غير مفيدة عند الأطفال السلبيين بالمطلق (Xairullaevna & Alimjanovich, 2020).

عموماً، لا شيء يثير الخوف أو القلق أكثر من المجهول، وفي تقنية (TSD) تُبذل الجهود والمحاولات بغرض إزالة ذلك المجهول، وحتى يتم ذلك فإن قطعة واحدة بسيطة من معدات الطبيب مهمة لهذه التقنية وغالباً ما يتم تجاهلها وهي المرآة (Wright & Kupietzky, 2014).

يُعدّ تعديل تقنية (Tell-Show-Do) فعالاً في الحفاظ على معدل النبض طبيعياً وكذلك يحسن السلوك، حيث أشارت دراسات حديثة إلى أن تقنية (Tell-Show-Play-Do) المعدلة واستخدام تطبيقات الهواتف الذكية كانت

أكثر نجاحاً مقارنةً بتقنية (Tell-Show-Do) من حيث مستويات القلق وتحسن النشاط التعاوني عند الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين (4-8) سنوات أثناء تقديم الرعاية السنية (Yeptho et al., 2021).

2- تشكيل السلوك Behavior Shaping

هو الإجراء الذي يُطوّر ببطء شديد السلوك من خلال تعريض الطفل الممنهج المتتالي للأدوات السنية حتى نحصل على السلوك المرغوب، وبالتالي تُعدّ هذه التقنية طريقة بسيطة لتدريب الطفل خطوة بخطوة على ما هو متوقع خلال المعالجة السنية وفي الوقت نفسه إزالة المخاوف منها (Muhabes & Al-Obaidi, 2024).

تُستخدم هذه الطريقة مع الأطفال الذين يبدون تعاوناً كافياً للبدء بالتواصل، وفي المقابل فإنّ الأطفال ذوي السلوك السلبي يحتاجون إلى الوصول إلى مستوى مقبول من التعاون قبل البدء بتطبيق هذه الطريقة، وعلى الرغم من التشابه بين تقنيتي (TSD) وتشكيل السلوك، إلّا أنّ هناك بعض الاختلافات الدقيقة وهي:

1. تتطلب تقنية تشكيل السلوك وجود سلوك إيجابي لدى الطفل منذ البداية، ويجب أن يستمر طوال العملية بينما لا تذكر ال (TSD) نموذج السلوك التفاعلي.

2. تسمح تقنية تشكيل السلوك بإعادة تكرار الخطوات.

3. تشمل تقنية تشكيل السلوك التعزيز الإيجابي طوال الوقت، بينما لا تذكر تقنية ال (TSD) التعزيز الإيجابي.

(Wright & Kupietzky, 2014)

3- التعزيز الإيجابي Positive Reinforcement

التعزيز الإيجابي هو أسلوب فعّال لمكافأة السلوكيات المرغوبة وتشجيع تكرارها، وقد أكّدت الأبحاث السريرية في علم النفس أن المعزّزات الفورية أكثر فعالية من المكافآت المتأخرة في تشكيل وتعديل السلوك، فكلّما أُعطي المعزّز فوراً بعد الاستجابة زادت قوة الارتباط بين الإشارات (السلوك الجيد) والاستجابة (الموافقة اللفظية) والسلوك المرغوب يُتعلّم بسرعة، ويجب أن يتعلّق المديح بجهود الطفل وإنجازاته وليس سماته الشخصية، ويمكن استخدام الأعداز لمجاملة الطفل في حال كان المنبه الذي تعرض له مزعجاً (Wright & Kupietzky, 2014).

يجب أن يُنظر إلى المعززات الإيجابية على أنها مكافأة على السلوك الجيد وليست محاولة للرشوة (bribe)، أي يجب استخدامها لتطوير سلوك إيجابي، وليست كتكريم (reward) (Xairullaevna & Alimjanovich.,2020) يُمكن أن تصنّف المعززات إلى ملموسة أو غير ملموسة، فالمجاملات اللفظية هي مكافآت غير ملموسة، بينما تُعدّ الجوائز أو الرموز المميزة ملموسة وفعالة بشكل خاص مع بعض الأطفال (Wright & Kupietzky, 2014).

4-التكييف الفعال Operant Conditioning

يُعدّ التكييف الفعال أحد طرائق تعديل السلوك الفعالة في تغيير سلوكيات الأطفال في العيادة السنية، والتي تتضمن التعزيزات اللفظية تليها المكافآت الملموسة، ففي البداية يتم الإشادة بالأطفال لفظياً والتأكيد بالموافقة على سلوكهم ثم تستخدم مجموعة من الرموز كوسائل تعزيز ملموسة، وقد تكون الرموز المميزة بأشكال مختلفة كالنجوم مثلاً، أو النقاط، أو وضع علامات على السبورة، وعندما يجمع الطفل عدداً كافياً من الرموز المميزة يمكن استبدالها بمعززات داعمة مثل الألعاب أو الشارات أو ممارسة النشاط المفضل أو الطعام (بموافقة أحد الوالدين) (Hu,2024).
قد لا يُثير الرمز الأولي الكثير من الاستجابة عند الطفل، لأنّ عادة ما يحدث التكييف الفعال على عدة جلسات، ولذلك إذا كان الطفل لا يحتاج سلسلة من المواعيد، كالمعالجة التقويمية مثلاً، فإنّ هذه التقنية تكون عديمة القيمة وغير مفضلة الاستخدام، يُعدّ التعزيز الإيجابي جزء مهم من تقنيات (Tell-Show-Do)، وتشكيل السلوك ، والتكييف الفعال (Wright & Kupietzky ,2014).

5-النمذجة Modeling

تُعدّ النمذجة فعالة في حالات كثيرة، إلّا أنّها مفيدة بشكل خاص عند المراهقين الذين يعانون من رهاب الإبر (Wright & Kupietzky ,2014).

كذلك يكون هذا الأسلوب مفيداً بالنسبة لأولئك الذين تتراوح أعمارهم بين (3-5) سنوات (Yeptho et al.,2021). وقد ذُكر أيضاً أنّ النمذجة تُعدّ أسلوباً فاعلاً عند الأطفال من عمر (7-9) سنوات ولاسيما إذا كان النموذج المُقتدى به هو الأم (Rosiak & Szymanska,2018).

يمكن إجراء النمذجة باستخدام مقاطع فيديو أو بالاعتماد على نموذج حي (Wright & Kupietzky ,2014).

6-الصور المرئية visual images

هي تقنية تعتمد على مبدأ التتويم المغناطيسي (hypnosis)، وتُعتبر فعّالة عند الأطفال بسبب قدرتهم الكبيرة على التخيل، تهدف للحدّ من الرهاب والخوف، ولا تتطلب الوقت لتدريب الطفل (Wright & Kupietzky, 2014) (Cuello et al., 2022).

7-تطبيق حس الفكاهة The Use of Humor

ازداد تقبّل الفكاهة في السنوات الأخيرة في بناء العلاقات والصّحة العاطفيّة، حيث يُعرّف مصطلح الفكاهة بأنّه منبه (فيديو) يحفّز حدوث رد فعل فكاهي واستجابة مثل الضحك وهو شعور يعني السعادة (Wright & Kupietzky, 2014) (Raecke & Proyer, 2022).

8-وجود أو غياب الأهل Parent Presence/Absence

يستقبل غالبية أطباء الأسنان الأهل في غرفة المعالجة عندما يُظهر الطفل سلوكاً متعاوناً، إلّا أنّ وجود طفل غير متعاون أو عنيد يستدعي استخدام أسلوب غياب الأهل (Karaca & Capan, 2023). لا يُعتبر اتباع بروتوكول وجود أو غياب الأهل قاعدة في التدبير السلوكي اللادوائي، ومن الممكن اعتبارها أداة لتوجيه السلوك، ويجب إقناع الوالدين بأنه قد يكون لوجودهم تأثير سلبي في سلوك الطفل، وأنّ طبيب الأسنان هو الذي يحدّد ذلك (Wright & Kupietzky, 2014).

10-2-1 تأثير الأسرة على سلوك الطفل

Family Influence on Child Behavior

تعمل الأسرة بمثابة صلة وصل الطفل بالعالم، ولها دور ذو أهمية بالغة في إعداد الطفل للحياة خارج المنزل التنشئة الاجتماعية، وهي العملية التي يتعلم من خلالها الأفراد الطرق الراسخة لمجموعة اجتماعية معينة أو مجتمع معين ويمكن النظر إليها على أنّها التنشئة الطبيعية، حيث تنقل الأسرة القيم الثقافية والتوقعات والمعايير السلوكية إلى الطفل، وتُعتبر الأسرة السّاحة الرئيسة للتنمية الاجتماعية (Barbara Sheller, 2021).

على الرغم من أن التنشئة الاجتماعية وإعادة التنشئة الاجتماعية يُمكن أن تحدث طوال الحياة، إلا أنه يُنظر إلى الطفولة على أنها فترة مرنة يتم فيها إنشاء المهارات الاجتماعية والسمات الشخصية والقيم، وتتضمن التنشئة الاجتماعية تعلّم مشاركة الألعاب، والاستجابة لطلبات البالغين، والتصرّف بأدب، تُحدّد التنشئة الاجتماعية استجابة الطفل للمعالجة السنية ويمكن أن تؤثر على المعايير السلوكية وكيفية التعبير عن الضيق ومقدار الانزعاج الذي يبرّر الشكوى (Eagappan et al.,2025).

1-2-11 تأثير الوالدين على تعاون الطفل في العيادة السنية

Parental Influence on Child Cooperative in Dental Seting

يؤثر الوالدان على سلوك أطفالهم في العيادة السنية بطرائق متعددة، تؤدي الرعاية الوقائية المبكرة إلى الحد من حدوث الأمراض السنية وتقليل الاحتياجات للمعالجة وبالتالي فرص أقل للتجارب السلبية، حيث تؤثر تجارب الوالدين السنية السلبية على سلوك أطفالهم في العيادة السنية من خلال نقل الخوف والقلق من المعالجات السنية إلى أطفالهم والذي يؤدي إلى موقف سلبي تجاه المعالجة السنية، قد تؤدي الصعوبات الاقتصادية طويلة المدى إلى التوتر والذي يمكن أن يؤدي إلى مشاكل لدى الوالدين مثل (الاكتئاب، القلق، العصبية، تعاطي المخدرات، العنف)، يؤدي الاكتئاب لدى الوالدين بالنتيجة إلى انخفاض الإشراف والرعاية والتهديب للطفل مما يعرض الطفل لخطر مجموعة واسعة من مشكلات التكيف بما في ذلك المشكلات العاطفية والسلوكية (AAPD,2024).

1-11-2-1 أساليب تربية الأطفال Parenting Styles

أسلوب التربية هو محدد أساسي لأساليب تكيف الطفل مع المحيط، وينتقل هذا إلى العيادة السنية، مما يؤثر على التفاعل مع طبيب الأسنان، ويؤثر بشكل مباشر على كيفية تعامل الطفل مع الضغوط والمحفزات.

تقوم العلاقة بين الوالدين والطفل على ثلاثة أسس وضعها (Baumrind 1991):

1. السلطوية Authoritarian .

2. الثقة Authoritative .

3. التساهل Permissive .

قام Martin بتعديل تصنيف Baumrind حيث أعاد تسمية التساهل Permissive إلى التسامح Indulgent وأضاف الإهمال Neglectful، لذلك يجب أن يكون أطباء أسنان الأطفال على دراية بالأساليب التربوية ليكونوا مستعدين لعلاج كل مريض بأكثر الطرق كفاءة وفعالية (Howenstein et al.,2015).

يقوم الوالدان ذوا أسلوب التربية القائم على الموثوقية بإعداد بيئة منزلية تعاونية تتسم بالديمقراطية والمرونة الداعمة للطفل مع وجود مبادئ توجيهية تهدف إلى تمكين الطفل من التنظيم الذاتي، فقد يكون هؤلاء الوالدان دافنين ومشاركين لكنهم حازمون ويضعون الحدود، ويتحمل الوالدان ذوا أسلوب التربية القائم على السلطوية المسؤولية بشكل واضح وربما يكون الأمر استبدادي أو جامد، واستخدام العقاب حسب الحاجة، وتوقع الطاعة من الطفل (Mardiah et al.,2024).

يُشكّل الوالدان ذوا أسلوب التربية القائم على السلطوية سلوكيات أطفالهم ويقومون بالتحكم بهم وفق مجموعة من المعايير والقواعد التي يتم فرضها على الطفل بشكل إلزامي دون استشارة الطفل أو المراهق، حيث لا يشجع الوالدان التحاور مع الأبناء وهذا يؤدي إلى الامتثال للوالدين دون فهم ذلك وتطوّر المشاكل العاطفية عندهم (Rahayu & Aarsal,2024).

يلبي الوالدان ذوا أسلوب التربية القائم على التساهل رغبات الطفل، ويضعون الطفل في موقع السلطة مع نهج غير توجيهي ومتساهل دون قواعد أو مبادئ توجيهية واضحة، إنّ أسلوب التربية القائم على التساهل له آثار سلبية أكثر من الإيجابية على النتائج المجتمعية، ويرتبط بالأطفال العدوانيين والمندفعين الذين يفتقرون إلى الاستقلالية والشعور بالمسؤولية، فالوالدان المهملان هم أقل مشاركة في حياة أطفالهم من الفئات الأخرى حيث يُظهر هؤلاء الوالدين سلوكاً سلبياً وغير عاطفي ومتساهل أو لا مبالٍ ويتركون طفلهم ليفاوض العالم دون مساعدة أو ضوابط وقواعد توجيهية، يمتلك الوالدان ذو أسلوب التربية القائم على التسامح والإهمال توقعات منخفضة لضبط النفس لدى أطفالهم (Barbara Sheller,2021).

1-2-11 ممارسات الوالدين Parenting Practices

يتم التعبير عن أسلوب التربية من خلال سلوكيات وممارسات الوالدين، يُساعد الوالدان أطفالهم بشكل مباشر على تحقيق نتائج ذات قيمة اجتماعية مثل: تنمية الضمير والتعاون والامتنال للقواعد المجتمعية والنجاح الدراسي، تتضمن ممارسات الوالدين سلوكيات محدّدة موجّهة نحو الأهداف (وقت الراحة، العقوبات الجسدية، والسلوكيات غير المرغوب بها)، والسلوكيات غير الموجّهة نحو الهدف (الإيماءات، نبرة الصوت، والتعبير العاطفي)، يعتاد الأطفال على سلوكيات وممارسات والديهم، وتتطور لديهم المقدرة على قراءة الحالة الداخلية لوالديهم حيث يمكن للطفل أن يدرك بدقة وبسرعة فيما إذا كان والده سعيداً أو مستاءً، مرتاحاً أو قلقاً، أو مكتئباً من تفسير نبرة الصوت ولغة الجسد (Barbara Sheller, 2021).

1-2-12 دور الوالدين في تشكيل سلوكيات أطفالهم

يقوم الوالدان بتشكيل سلوكيات أطفالهم منذ لحظة ولادة أطفالهم من خلال التشجيع الانتقائي، وتنشيط سلوكيات معينة من خلال تأديبهم وبمقدار الحرية المسموح بها، يتعلم الأطفال في السنوات الأولى على الأقل بشكل رئيسي من الوالدين ما يجب عليهم فعله وما هو السلوك الغير مرغوب، ولسوء الحظ التغيرات المجتمعية في الجزء الأخير من القرن العشرين أنشأت أساليب يُمكن أن تؤثر بشكل غير مباشر على سلوك الأطفال في العيادة السنية، على سبيل المثال أشار أحد المراكز الاجتماعية أن طفلاً من كل عشرة أطفال يعيش في أسرة ليست برئاسة أحد الوالدين، هؤلاء الأطفال غالباً ما يتم إحضارهم إلى العيادة السنية من قبل مقدّم الرعاية أو العاملين في مجال رعاية الأطفال الذين ليس لديهم معلومات كافية حول صحة الطفل (Wright & Stigers, 2021).

1-2-13 تعديل السلوك المسبق Preappointment Behavior Modification

لقد طوّر علماء النفس العديد من التقنيات لتعديل سلوكيات الأطفال باستخدام مبادئ نظرية التعلم تسمى هذه التقنيات (تعديل السلوك)، يتم التفكير بها عادة بشكل مرتبط بالعلاقات بين طبيب الأسنان والمريض أثناء المعالجة، يُشير تعديل السلوك المسبق إلى أي شيء يُقال أو يتم فعله للتأثير بشكل إيجابي على سلوك الطفل قبل دخول

الطفل إلى موعد المعالجة السنية، تتميز هذه التقنية بأنها تقوم بتهيئة المرضى الأطفال، وتسهيل الحصول على الرعاية السنية (Balakrishnan et al.,2024).

لقد حظيت هذه التقنية بقدر كبير من الاهتمام؛ لأن الزيارة السنية الأولى تُعد ذات أهمية بالغة في تشكيل موقف الطفل تجاه المعالجة السنية، هناك عدة طرائق معروفة لتعديل السلوك المسبق، تمّ تطوير أفلام وأشرطة فيديو لتقديم نموذج للطفل تهدف إلى جعل الطفل يكرر السلوك المعروض بواسطة النموذج، يشاهد الطفل في يوم الموعد أو ربما في زيارة سابقة العرض التقديمي، تُشير معظم دراسات النمذجة إلى وجود ميزة في تعريف الطفل بطب الأسنان بهذه الطريقة، لكن لم تظهر كل الدراسات تحسناً إحصائياً في السلوك التعاوني لدى الأطفال (Wright & Stigers,2021).

من الممكن أيضاً أن يتم تعديل السلوك المسبق باستخدام نموذج حي مثل الأشقاء أو أطفال آخرين أو الوالدين، وتشمل مزايا إجراءات النمذجة من خلال النماذج السمعية والبصرية أو النماذج الحية: تحفيز سلوكيات جديدة، تسهيل السلوك بطريقة أكثر ملاءمة، تثبيط السلوك غير المرغوب بسبب الخوف، إزالة المخاوف، تُقدّم هذه الإجراءات لطبيب الأسنان الممارس بعض الطرائق المثيرة للاهتمام لتعديل سلوك الأطفال قبل زيارتهم السنية، وهناك طريقة أخرى لتعديل السلوك تتضمن تعليم مسبق للوالدين عن طريق رسائل بريدية أو رسائل مسجلة مسبقاً أو صفحات الويب المخصصة أو الاتصال المسبق مع الوالدين وتقديم توجيهات لإعداد الطفل للزيارة السنية الأولى، وبالتالي يمكن أن يزيد من احتمالية نجاح الموعد الأول (Sathyaprasad et al.,2024).

1-2-14 دور الأم في تشكيل وتعديل سلوك الطفل

في دراسة قام بها Ramazani و Mohsenzadeh لتقييم تأثير تكييف الأطفال قبل المعالجة من قبل الأمهات على سلوك الأطفال السني أثناء المعالجة السنية.

شملت الدراسة 72 طفلاً وأمّهاتهم، تم تقسيم الأطفال إلى مجموعتين في المجموعة الأولى تم تزويد الأمهات بكتيبات تحتوي على معلومات حول كيفية إعداد الطفل في المنزل للتعامل بشكل أفضل مع الإجراء السني، أما الأطفال في المجموعة الثانية لم يتلقوا أي تدخل.

كان سلوك الأطفال في مجموعة التدخل أكثر قبولاً وكان هناك فرق كبير بين المجموعتين، حيث كان التدخل ناجحاً بغض النظر عن جنس الطفل وعمره ، وعمر الأم، ومستوى التعليم.

وفقاً لهذه النتائج أشار الباحثان إلى أهمية مشاركة أطباء الأسنان الأمهات في إعداد أطفالهن قبل إجراءات المعالجة السنية لتعزيز السلوك الإيجابي لدى الطفل (Ramazani & Mohsenzadeh, 2021) .

قام Xia و Zhang بدراسة لتقييم تأثير تعليم الوالدين قبل المعالجة على سلوك الطفل أثناء المعالجات السنية، حيث تلقى مقدمو الرعاية في كل من مجموعة التداخل والمجموعة الشاهدة كُتیباً حول كيفية العناية بالصحة الفموية لدى أطفالهم وتشجيع أطفالهم على التعاون أثناء المعالجة.

تم تقييم سلوك الطفل ومستوى القلق لدى مقدمي الرعاية قبل وبعد المعالجة، أظهرت مجموعة التداخل تحسناً في سلوك الطفل أثناء المعالجة مقارنة بالمجموعة الشاهدة، وكان مقدمو الرعاية في مجموعة التداخل أكثر استرخاءً مقارنة بالمجموعة الشاهدة.

استنتج الباحثان أن تعليم مقدمي الرعاية قبل المعالجة لا يحسن سلوك الطفل السني فحسب، بل يمكنه أيضاً تقليل التوتر لدى مقدمي الرعاية أثناء الإجراءات السنية الروتينية (Xia & Zhang, 2012) .

أثبتت الوسائل التعليمية التقليدية مثل الكتيبات فعاليتها في تعديل مواقف وسلوكيات الوالدين، والتي بدورها يمكن أن تؤثر بشكل إيجابي على صحة أطفالهم، وبشكل مماثل يمكن أن تساهم الكتيبات في تعديل المواقف والسلوكيات في السياقات التثقيفية الأخرى (Padila & Ardianb, 2023)

وفي دراسة قام بها Alsaadoon وزملاؤه لدراسة تأثير تحضير الطفل للزيارة السنية قبل الموعد باستخدام القصص المكتوبة بمشاركة الوالدين، كان ذلك فعالاً في تقليل مستويات القلق السني لدى الأطفال (Alsaadon et al., 2022)

وقد أثبتت الأدبيات دور الأم في تحسين الصحة الفموية لدى الطفل بعد مشاركتها ببرامج تدريبية، حيث ساهمت في زيادة الوعي والمعرفة وتعزيز ممارسات الصحة الفموية لدى الأطفال بشكل أفضل (Setijanto et al., 2019).

وتلعب مواقف الوالدين دواً هاماً في تشكيل عادات وسلوكيات أطفالهم المتعلقة بالصحة الفموية، حيث يُمثل الوالدن القدوة بالنسبة لأطفالهم، لذلك فإنّ زيادة الوعي لدى الوالدين بدورهم في تشكيل سلوكيات أطفالهم يُعدّ أمراً هاماً في تعزيز الصحة الفموية والموقف الإيجابي تجاه المعالجة السنية لدى أطفالهم (Dashash & Blinkhorn, 2012).

يجب توجيه المزيد من الاهتمام نحو الدور المحتمل للأم في تعزيز السلوك الإيجابي لدى الطفل، حيث تُعدّ الأم في الغالب مقدّم الرّعاية الأساسي للطفل، وبالتالي يمكن أن تلعب الأم دوراً رئيسياً في إعداد الطفل لقبول إجراءات المعالجات السنية من خلال تحضير الطفل لموعده مع طبيب الأسنان وتوجيهه إلى كيفية التصرف مع الإجراءات السنية، ويحتاج أطباء أسنان الأطفال إلى تزويد الأمهات بالمعلومات المناسبة من أجل توجيههن كمعالجات أسنان مشاركات (Xia & Zhang, 2012) (Ramazani & Mohsenzadeh, 2021).

على الرغم من وجود العديد من الدراسات التي بحثت في القلق السني وتدبير السلوك، إلّا أن هناك نقصاً في الأبحاث التي درست تأثير مشاركة الأمهات في تعديل سلوك أطفالهن غير المتعاونين في العيادة السنية، لذلك كان لابدّ من إجراء الدراسة الحالية.



المواد والطرائق

Materials & Methods



الباب الثاني المواد والطرائق

1-2 تصميم الدراسة Study Design

دراسة تداخلية لتقييم تأثير تثقيف الأمهات في تعديل سلوك الأطفال غير المتعاونين أثناء الرعاية السنية.

2-2 مكان الدراسة

عيادة طب أسنان الأطفال - كلية طب الأسنان في جامعة دمشق - سورية

2-3 عينة الدراسة Study Sample

1-3-2 وصف العينة

تتألف عينة البحث من 60 طفلاً بعمر 6-12 سنة (29 ذكور و31 إناث)، و أمهاتهم من مراجعي قسم طب أسنان الأطفال في جامعة دمشق.

2-3-2 حساب حجم العينة Sample Size Calculation

تم تحديد حجم العينة باستخدام برنامج Gpower 3.1.9.4 عند مستوى ثقة 95% ومستوى دلالة 0.05 وبالاغتماد على دراسة سابقة مشابهة (Ramazani & Mohsenzadeh, 2021)

2-4 الموافقة الأخلاقية Ethical Approval

تم الحصول على الموافقة الأخلاقية من جامعة دمشق وكلية طب الأسنان، والحصول على الموافقة المستتيرة من قبل الأم بعد القيام بشرح مبسّط عن الدراسة الحالية و الهدف من الدراسة.

تم تسجيل البحث في ISRCTN برقم ISRCTN17901482

5-2 الاعتيان Sampling

1-5-2 معايير التضمين Inclusion Criteria

- أطفال بأعمار من 6-12 سنة بسلوك سلبي أو سلبي مطلق وفقاً لمقياس فرانكل بمرافقة أمهاتهم.
- أن تكون الزيارة السنوية الأولى للطفل.
- طفل لديه استطباب تطبيق سيلانت على أحد الأرحاء الأولى الدائمة .

2-5-2 معايير الاستبعاد Exclusion Criteria

- رفض الأم المشاركة في البحث.
- أطفال لديهم مشاكل صحية عامة.
- أطفال لديهم تجارب سنوية سابقة.
- أطفال لديهم ألم سني حاد.

6-2 الأدوات والأجهزة والورقيات المستخدمة في البحث Research Materials

1-6-2 الأدوات والأجهزة

1. أدوات مكافحة العدوى ووسائل الحماية الشخصية (قفازات طبية، كامات، مطهرات سطوح، مطهرات أيدي، شانات).
2. رداء طبيب أبيض.
3. هلام التخدير الموضعي (البنزوكائين 20%).
4. عيدان قطنية طبية.
5. أدوات الحاجز المطاطي (مشبك 14A ، حامل مشابك ، منقب ، القوس ، المطاط).
6. أدوات تطبيق السيلانت (مخرش، سيلانت، جهاز تصليب).
7. ورق عض، وسنابل إنهاء.



الشكل (6) هلام البنزوكائين 20%

من شركة Prime-USA



الشكل (5) أدوات الفحص السريري



الشكل (7) أدوات الحاجز المطاطي من شركة JK الباكستانية



الشكل (9) جهاز التصليب من شركة
WOODPECKER/ LED.C



الشكل (8) المخرش حمض الفوسفور 37%
من شركة Meta/ والمادة السادة للشقوق والوهاد
من شركة NEXOBIO

2-6-2 الورقيات الخاصة بالبحث

-استمارة البحث

تضمنت استمارة البحث بيانات الطفل الشخصية (الاسم، والعمر، والجنس).

تصنيف سلوك الطفل وفقاً لمقياس فرانكل قبل وبعد التداخل.

درجة القلق لدى الطفل وفقاً لمقياس الوجوه التعبيرية قبل وبعد التداخل.

-استمارة مقابلة الباحثة مع الأمهات

تضمنت الاستمارة بيانات الأم الشخصية (الاسم، والعمر، والمستوى التعليمي، والمهنة).

وأُسئلة حول الوضع الصحي العام والصحة الفموية للطفل، بالإضافة إلى أسئلة حول سلوك الأم في كيفية إعداد

طفلها للزيارة السنوية. تم اختيار هذه الأسئلة وفقاً لنتائج دراسة استطلاعية لمعرفة الكلمات والمصطلحات الشائعة

المستخدمة في المجتمع المدروس في سياق تشجيع الطفل للزيارة السنوية.

2-6-3 إعداد الكتيب

بعد مراجعة الأدبيات الطبية والبحث في مسببات القلق السني لدى الأطفال وأسباب تطور السلوك السلبي لدى

الأطفال، تم إجراء دراسة استطلاعية تضمنت مقابلة 15 أم من مراجعات قسم طب أسنان الأطفال في جامعة

دمشق من قبل الباحثة، للبحث في العوامل التي ساهمت في ظهور السلوك السلبي لدى الطفل تجاه المعالجات

السنوية ورفض المعالجة والتعاون مع الأطباء.

تضمنت المقابلة سؤال الأم حول الأساليب والطرائق التي استخدمتها في تهيئة طفلها للزيارة السنوية، والمصطلحات

التي ذكرتها لطفلها، وسؤالها عن الصحة الفموية للطفل والقصة السنوية والطبية.

بعد الحصول على النتائج تم تصميم الكتيب بعنوان (كيف أساعدُ طفلي ليحصل على المعالجة المطلوبة)، تضمن

الكتيب نصائح حول كيفية إعداد الطفل للموعد القادم والمصطلحات التي يجب استخدامها والمصطلحات التي يجب

تجنب ذكرها للطفل، وتشجيعه من خلال ذكر تجارب أقرانه السنوية الإيجابية بالإضافة لتشجيع الأم استخدام أسلوب

المكافأة.

وتتم تخصيص جزءاً للحديث عن سلوك الأم أثناء جلسة المعالجة بدءاً من استقبال الطبيب للطفل، وعدم استخدام أسلوب السخرية والاستهزاء في انتقاد تصرفات الطفل، وفي حال ظهور أي فعل سلبي الاستجابة لتعليمات الطبيب بما يراه مناسباً وعدم معارضته أو الطلب منه إنهاء جلسة المعالجة، وتشجيعها على تدريب الطفل لِيَتَّخِذَ موقفاً بذاته.

تم تزويد الكتيب بصورة تُظهر طفلاً يجلس على الكرسي السني ويُبدي سلوكاً متعاوناً مع الطبيب، لمساعدة الأم في إعداد طفلها للزيارة القادمة، ويمكنها تشجيع طفلها على تلوين الصورة.

الجدول رقم (3) الاستبيان المستخدم في مقابلة الأمهات لتقييم العوامل المرتبطة بسلوك الطفل ضمن العيادة السنية

الأسئلة	خيارات الإجابة
هل تعرّض طفلكِ لعمل جراحي سابقاً؟	نعم لا
هل احتاج طفلكِ لأخذ دواء عن طريق الحقن سابقاً؟	نعم لا
هل عانى طفلكِ من ألم سني سابقاً؟	نعم لا
هل ذهب طفلكِ إلى طبيب الأسنان سابقاً كمرافق لأحد أفراد العائلة؟	نعم لا
هل ذكرتي لطفلكِ مصطلح خفارة أو وزازة؟	نعم لا
هل ذكرتي لطفلكِ مصطلح فرشاة كهربائية؟	نعم لا
هل ذكرتي مصطلح إبرة أمام طفلكِ؟	نعم لا
هل ذكرتي لطفلكِ مصطلح دواء أو عصير منوم بدلاً من المخدر؟	نعم لا
هل قمتي بتشجيع طفلكِ على المعالجة مقابل مكافأة من اختياره؟	نعم لا

2-7 طريقة العمل

في الجلسة الأولى

- تم إجراء مقابلة مع الأم من قبل الباحثة للبحث في العوامل المرتبطة بسلوك الطفل السلبي، والقصة الطبية والسنية.
- ومن ثم تم تقييم مستوى القلق السني لدى الأم باستخدام مقياس القلق السني المعدل Modified Dental Anxiety Scale.
- و تقييم سلوك الطفل قبل المعالجة باستخدام مقياس فرانكل للسلوك.
- تقييم مستوى القلق لدى الطفل قبل المعالجة باستخدام مقياس الوجوه التعبيرية Facial Image Scale، من خلال عرض الوجوه على الطفل والطلب منه اختيار وجهاً واحداً يعبر عن شعوره في الجلسة.
- في نهاية الجلسة تم تزويد الأم بالكتيب.

في الجلسة الثانية

- بعد أسبوع من الجلسة الأولى، تم تطبيق سيلانت على أحد الأرحاء الأولى الدائمة تحت العزل باستخدام الحاجز المطاطي والتخدير الموضعي باستخدام جل البنزوكائين 20%، حيث أستخدم الحاجز المطاطي على نطاق واسع لعزل الأسنان وتجنب التلوث بالرطوبة أثناء الإجراءات المختلفة مثل تطبيق المادة السادة للشقوق والوهاد.
- يؤدي تطبيق الحاجز عند الأطفال إلى الشعور بعدم الارتياح على الرغم من عدم ممارسة ضغط كبير على اللثة، لذلك في المعالجات الوقائية والمحافظة مثل تطبيق المادة السادة للشقوق والوهاد التي يتم إجراؤها دون الحاجة إلى التخدير الموضعي من المهم تحقيق العزل مع الحد الأدنى من الانزعاج (Pottammal & Rao. , 2020).
- (Afshari et al., 2023).

تم إعادة تقييم سلوك الطفل وفقاً لمقياس فرانكل للسلوك .

تم إعادة تقييم مستوى القلق لدى الطفل عن طريق مقياس الوجوه التعبيرية Facial Image Scale.

كيفية أساعد طفلي ليحصل على المعالجة السنية المطلوبة



يتأثر طفلك بالمعلومات التي يحصل عليها من الأشخاص المحيطين به في العائلة والمدرسة ، ويشكل سلوك إيجابي أو سلبي مسبقاً قبل الخوض في تجارب السابقين.

حتى يتمكن الطبيب في الجلسة القادمة من تقديم المعالجة المطلوبة لطفلك يجب عليك الالتزام بالتعليمات التالية:



أثناء جلسة المعالجة:

1. عندما يقوم الطبيب بالتحدث مع طفلك راع طفلك بحب على أسئلة الطبيب لوحده.
2. لا تكرر التعليمات التي يوجهها الطبيب.
3. في حال طلب منك الطبيب تأييده قم بذلك ولا تزد على كلامه.
4. لا تنتقد تصرفات طفلك وتسخر منه.
5. في حال طلب منك الطبيب الجلوس قليلاً في غرفة الانتظار افعل ذلك ولا تعارض ، جلوسك في غرفة الانتظار قد يساعد طفلك ليتخذ موقفاً بذاته والاستجابة لتعليمات الطبيب بصورة صحيحة.



6. لا تطلب من الطبيب إنهاء جلسة المعالجة إذا أبدى طفلك سلوكاً سلبياً أو رفض إجراء العلاج لمجرد أنك لا تريد إزعاج طفلك أو إيلاؤه.

تجنب الأفعال التالية:

1. لا تذكر المصطلحات التالية أمام طفلك: لا تخف ، لا تقلق ، ستتألم قليلاً ، إبرة ، ألم.
2. لا تخبر طفلك عن تجاربك السنية السابقة السلبية أو تجارب أقرانه السنية السابقة السلبية.



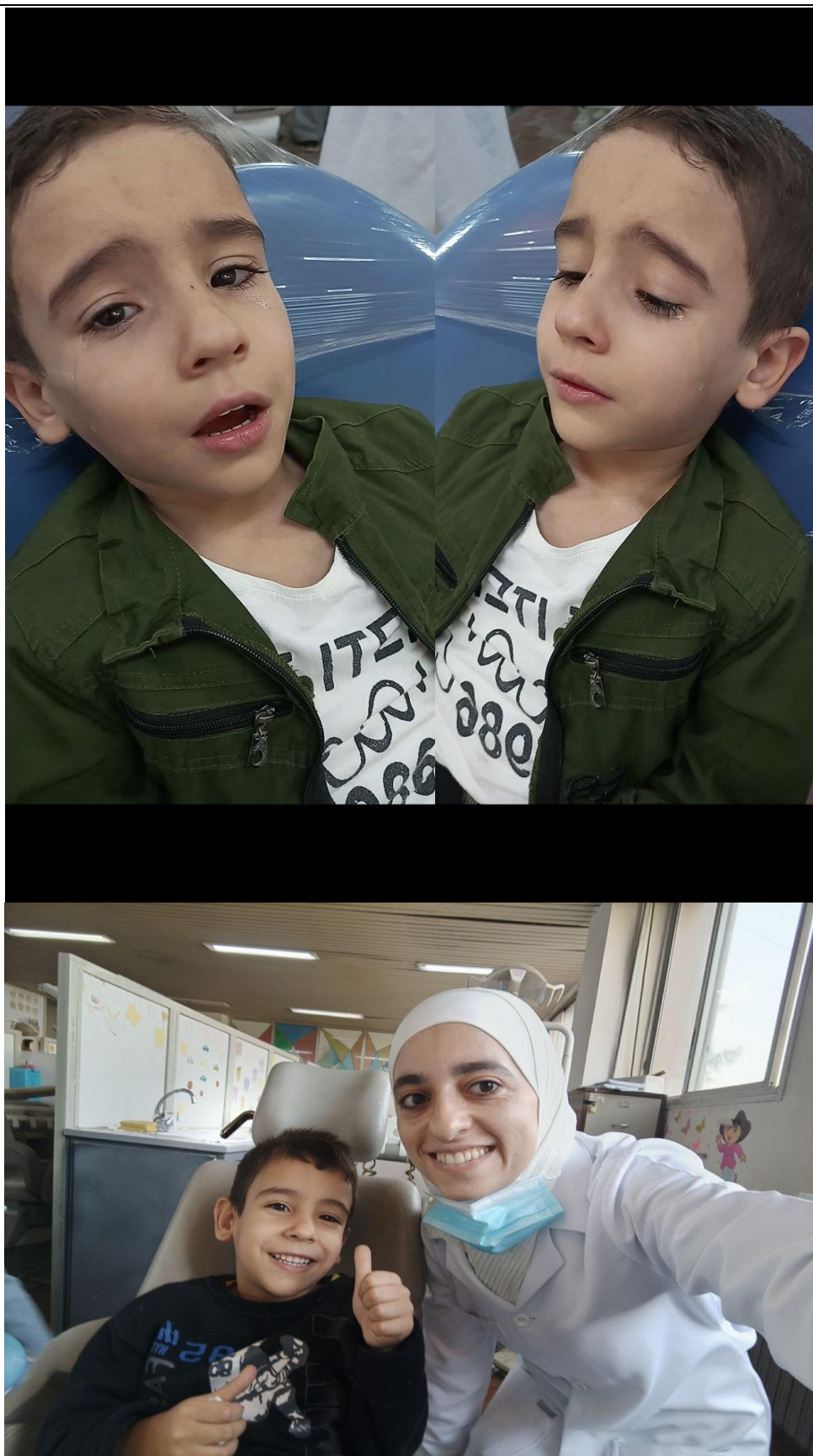
نحفظ دعنا نقوم بالأمور الصعبة



الشكل (10) الكُتيب الذي تم إعطاؤه للأمهات

8-2 التحاليل الإحصائية

- تم تقرير نتائج الدراسة الحالية ضمن برنامج Statistical Package For Social Sciences الإصدار (25).
- تم استخدام اختبار كولموغوروف سميرونوف الخاص باختبار طبيعة توزيع البيانات الكمية (Kolmogorov-Smirnov Test) لاختبار طبيعة توزيع البيانات.
- تم إجراء اختبار ثبات مقياس القلق السني المعدل لدى الأمهات باستخدام معامل (Alpha Cronbach).
- تم تطبيق اختبار Wilcoxon لاختبار الفروق بين سلوك الطفل أثناء الرعاية السنية قبل وبعد تدخل تثقيف الأمهات حول تعديل سلوك الطفل أثناء الرعاية السنية.
- تم تطبيق اختبار Wilcoxon لاختبار الفروق بين مستوى القلق لدى الطفل أثناء الرعاية السنية قبل وبعد تدخل تثقيف الأمهات حول تعديل سلوك الطفل أثناء الرعاية السنية.
- تم إجراء اختبار معامل الارتباط Spearman's rho لدراسة العلاقة بين القلق السني لدى الأم والقلق السني لدى الطفل.
- تم إجراء اختبار معامل الارتباط Spearman's rho لدراسة العلاقة بين عمر الطفل ودرجة القلق السني لدى الطفل.
- تم إجراء اختبار معامل الارتباط Spearman's rho لدراسة العلاقة بين عمر الطفل وسلوك الطفل أثناء الرعاية السنية.
- تم إجراء اختبار Chi-Square لدراسة العلاقة بين جنس الطفل وسلوك الطفل أثناء الرعاية السنية.
- تم إجراء اختبار Chi-Square لدراسة العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وسلوك الطفل.



الشكل (11) حالة من الحالات المنجزة في سياق البحث



النتائج والتجليل الإحصائية

Results and Statistical analyses



3-1 نتائج الإحصاء الوصفي وتوزيع العينة

شملت الدراسة 60 طفلاً وأمهاتهم من مراجعي قسم طب أسنان الأطفال في جامعة دمشق (29 ذكور بنسبة 48%، 31 إناث بنسبة 52%)، تتراوح أعمار الأطفال بين (6-9) سنوات بنسبة (68%) و(9-12) سنة بنسبة (32%)، كان المستوى التعليمي لدى غالبية الأمهات دون المستوى الجامعي كما هو موضح في الجدول رقم (3).

الجدول رقم (4) عينة الدراسة		
المتغيرات	العدد	النسبة المئوية %
عمر الطفل	Frequency	Percent %
(6-9) سنة	41	68
(9-12) سنة	19	32
جنس الطفل	Frequency	Percent%
ذكر	29	48
أنثى	31	52
مستوى تعليم الأم	Frequency	Percent%
ابتدائي	18	30
إعدادي	14	23
ثانوي	16	27
جامعي	12	20
Total	60	100.0

2-3 اختبار التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة

الجدول رقم (5) نتائج اختبار التوزيع الطبيعي لبيانات عينة الدراسة Kolmogorov-Smirnov Test					
سلوك الطفل بعد التدخل	سلوك الطفل قبل التدخل	مستوى القلق لدى الطفل بعد التدخل	مستوى القلق لدى الطفل قبل التدخل	درجة قلق الأم	
60	60	60	60	60	N
2.88	1.38	2.48	4.43	18.0500	Mean
.846	.490	1.372	.945	3.59107	Std. Deviation
.000	.000	.000	.000	.026	p-value

يظهر الجدول السابق أن بيانات الدراسة لا تخضع للتوزيع الطبيعي حيث كانت القيم الاحتمالية لاختبار

Kolmogorov-Smirnov أصغر من مستوى الدلالة (0.05).

3-3 اختبار ثبات مقياس القلق السني لدى الأمهات

الجدول رقم (6) نتائج اختبار الثبات (Alpha Cronbach) لمقياس القلق لدى الأمهات		
المقياس	عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha
القلق السني للأمهات	5	0.82

يتضح من الجدول رقم (5) أن قيمة معامل ألفا كرونباخ أكبر من الحد الأدنى المقبول (0.60) ، مما يدل على

أن كافة العبارات تحقق الاتساق الداخلي مع بعدها التابعة له وهذا يدل أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الموثوقية

يمكن الاعتماد عليه في الدراسة الحالية.

3-4 توصيف مستوى القلق لدى أمهات أطفال عينة الدراسة

الجدول رقم (7) توصيف مستوى القلق لدى الأمهات		
Percent %	Frequency	مستوى القلق لدى الأمهات
5	3	غير قلقة
55	33	قلق متوسط
40	24	قلق عالي
100	60	Total

يظهر الجدول السابق لتوصيف قلق الأمهات أن معظم أمهات أطفال عينة الدراسة لديهن قلق سني بين المتوسط والعالي، حيث كان 55% منهن لديهن قلق سني متوسط و40% لديهن قلق سني عالي، بينما كان 5% منهن فقط ليس لديهن قلق سني.

3-5 دراسة العوامل المرتبطة بسلوك الطفل ضمن العيادة السنية

الجدول رقم (8) تحديد العوامل المرتبطة بسلوك الطفل ضمن العيادة السنية		
العوامل	العدد	النسبة المئوية %
تعرض الطفل لعمل جراحي سابقاً	Frequency	Percent %
لا	37	62
نعم	23	38
تناول الطفل لدواء عن طريق الحقن سابقاً	Frequency	Percent%
لا	36	60
نعم	24	40
معاناة الطفل من ألم سني سابقاً	Frequency	Percent%
لا	10	17
نعم	50	83
مرافقة الطفل أحد أفراد العائلة إلى طبيب الأسنان	Frequency	Percent%
لا	39	65
نعم	21	35
ذكر الأم لكلمة حقارة أو وزازة لطفلها	Frequency	Percent%
لا	48	80
نعم	12	20
ذكر الأم كلمة فرشاة كهربائية لطفلها	Frequency	Percent%
لا	37	62
نعم	23	38
ذكر الأم كلمة إبرة أمام طفلها	Frequency	Percent%
لا	35	58
نعم	25	42
ذكر الأم كلمة دواء أو عصير منوم بدل من المخدر	Frequency	Percent%
لا	51	85
نعم	9	15
تشجيع الطفل بمكافأة من قبل الأم	Frequency	Percent%
لا	13	22
نعم	47	78
Total	60	100

أظهرت الدراسة الوصفية ارتفاع معدل العوامل السلوكية السلبية وانخفاض معدل العوامل السلوكية الايجابية لدى الأمهات تجاه أطفالهم مما يتوافق مع مشكلة البحث، وهذا يؤكد أهمية وضرورة تثقيف الأمهات حول اتباع السلوكيات الايجابية من أجل تعديل سلوك الطفل أثناء الرعاية السنية، وقد تبين أن أكثر العوامل التي قد تؤدي إلى السلوك السلبي لدى الأطفال في العيادة السنية ضمن عينة الدراسة هي معاناة الطفل من ألم سني سابقاً بنسبة انتشار بلغت (83%)، ويليهما ذكر الأم كلمة إبرة أمام الطفل بنسبة انتشار بلغت (42%)، ثم مرافقة الطفل أحد أفراد العائلة إلى طبيب الأسنان سابقاً بنسبة انتشار بلغت (35%).

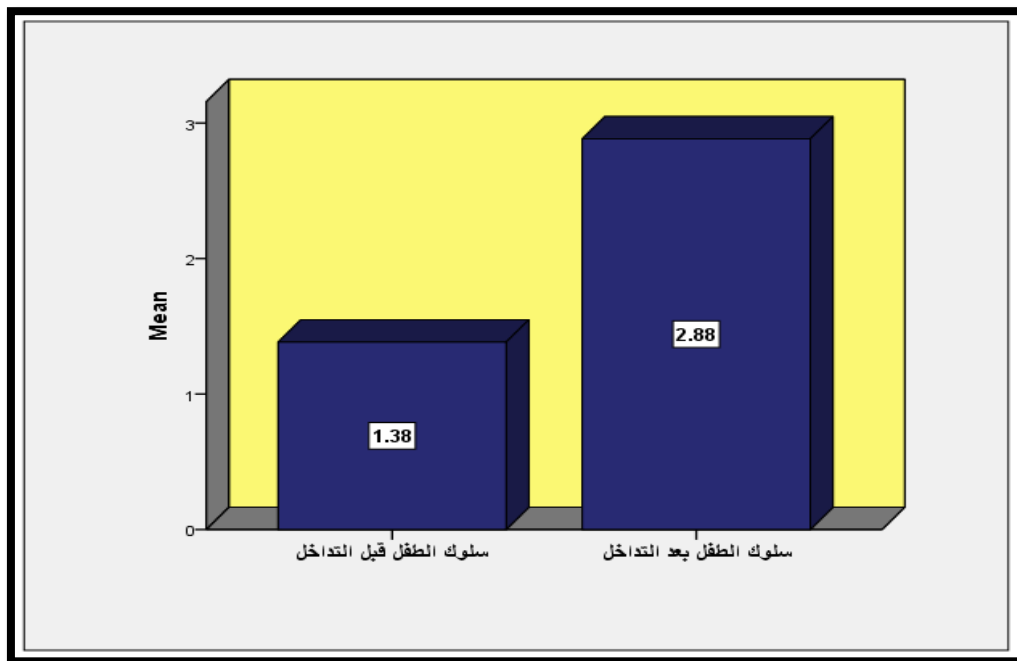
كما تبين انخفاض كبير في معدل استخدام الأمهات للعبارات الايجابية تجاه أطفالهم مثل ذكر الأم كلمة دواء أو عصير منوم بدل من كلمة مخدر بمعدل (15%) فقط، وذكر الأم كلمة فرشاة كهربائية أمام طفلها بدل الحفارة بمعدل (38%) فقط.

3-6 دراسة الفروق في سلوك الطفل قبل وبعد التداخل

الجدول رقم (9) لاختبار الفروق بين سلوك الطفل قبل وبعد التداخل						
P – value	سلوك الطفل بعد التداخل				سلوك الطفل قبل التداخل	
	إيجابي جداً	إيجابي	سلبي	سلبي مطلق		
0.000	4	14	17	2	37 (62%)	سلبي مطلق
	12	9	2	.	23 (38%)	سلبي
	16	23	19	2	60	المجموع

يبين الجدول السابق لاختبار (Wilcoxon Test) للفروق بين سلوك الطفل أثناء الرعاية السنية قبل وبعد تدخل تثقيف الأمهات حول تعديل سلوك الطفل أثناء الرعاية السنية قيمة مستوى الدلالة كانت أصغر من مستوى الدلالة القياسي (0.05) حيث ($p\text{-value}=0.000$)، أي أنه هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين سلوك الطفل أثناء الرعاية السنية قبل تدخل تثقيف الأمهات وبعد تدخل تثقيف الأمهات حول تعديل سلوك الطفل أثناء الرعاية السنية عند مستوى الدلالة (0.05).

وكان الفرق لصالح سلوك الطفل بعد تدخل تثقيف الأمهات، أي أن مستوى السلوك الإيجابي للطفل أثناء الرعاية السنية قد ارتفع بعد تدخل تثقيف الأمهات، كما ظهر في قيم المتوسطات الحسابية حيث ارتفع متوسط السلوك الإيجابي للطفل أثناء الرعاية السنية من (1.38) قبل تدخل تثقيف الأمهات إلى (2.88) بعد تدخل تثقيف الأمهات حول تعديل سلوك الطفل أثناء الرعاية السنية.



الشكل رقم (12): الفرق في سلوك الأطفال قبل وبعد التدخل

7-3 دراسة الفروق في مستوى القلق لدى الطفل قبل وبعد التداخل

الجدول رقم (10) لاختبار الفروق في مستوى القلق لدى الطفل قبل وبعد التداخل							
P-Value	القلق لدى الطفل بعد التداخل					القلق لدى الطفل قبل التداخل	
	حزين جداً	حزين	عادي	سعيد	سعيد جداً		
0.000	0	0	0	0	3	3	سعيد
	0	0	0	5	5	10	عادي
	0	1	2	0	2	5	حزين
	7	7	9	10	9	42	حزين جداً
	7	8	11	15	19	60	المجموع

يبين الجدول السابق لاختبار (Wilcoxon Test) للفروق بين مستوى القلق لدى الطفل أثناء الرعاية السنية قبل وبعد تداخل تثقيف الأمهات حول تعديل سلوك الطفل أثناء الرعاية السنية أن قيمة مستوى الدلالة كانت أصغر من مستوى الدلالة القياسي (0.05) حيث ($p\text{-value}=0.000<0.05$)، أي أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الطفل أثناء الرعاية السنية قبل تداخل تثقيف الأمهات وبعد تداخل تثقيف الأمهات حول تعديل قلق الطفل أثناء الرعاية السنية عند مستوى الدلالة (0.05).

وكان الفرق لصالح قلق الطفل بعد تداخل تثقيف الأمهات أي أن مستوى القلق للطفل أثناء الرعاية السنية قد انخفض بعد تداخل تثقيف الأمهات كما ظهر في قيم المتوسطات الحسابية المرجحة وفق مقياس CATEGORICAL SCALE من خلال أشكال الوجوه، حيث انخفض متوسط القلق للطفل أثناء الرعاية السنية من (4.35) قبل تداخل تثقيف الأمهات إلى (2.48) بعد تداخل تثقيف الأمهات حول تعديل قلق الطفل أثناء الرعاية السنية.



الشكل (13): الفرق في مستويات القلق لدى الأطفال قبل وبعد التدخل

8-2 دراسة العلاقة بين درجة قلق الأم ودرجة قلق طفلها

الجدول رقم (11) اختبار معامل ارتباط Spearman's rho لدراسة العلاقة بين درجات القلق لدى الأمهات ودرجات القلق لدى الأطفال أثناء الرعاية السنية				
درجة قلق الأم		درجة القلق لدى الطفل قبل التداخل		
درجة القلق لدى الأم	1.000	Correlation Coefficient	درجة القلق لدى الأم	Spearman's rho
	.001	p-value		
	60	N		
درجة القلق لدى الطفل قبل التداخل	.411	Correlation Coefficient	درجة القلق لدى الطفل قبل التداخل	
	.001	p-value		
	60	N		

يظهر الجدول السابق وجود علاقة طردية دالة إحصائياً بين درجات قلق الأمهات السني وبين درجات قلق الطفل

أثناء الرعاية السنية عند مستوى الدلالة القياسي (0.05) حيث ($p\text{-value}=0.001$).

أي أن قلق الأطفال أثناء الرعاية السنية ينخفض بانخفاض القلق السني لدى أمهاتهم ويرتفع بارتفاعه، مما يدل

على أن القلق السني لدى الأمهات يعتبر من العوامل الهامة المؤثرة في سلوك أطفالهن أثناء الرعاية السنية.

9-3 دراسة العلاقة بين عمر الطفل ودرجة القلق لدى الطفل أثناء الرعاية السنية

الجدول رقم (12) اختبار معامل ارتباط Spearman's rho للعلاقة بين عمر الطفل ودرجة القلق لدى الطفل				
عمر الطفل		مستوى القلق لدى الطفل		
عمر الطفل	Correlation Coefficient	1.000	.056	Spearman's rho
	p-value	.	.669	
	N	60	60	
مستوى القلق لدى الطفل	Correlation Coefficient	.056	1.000	
	p-value	.669	.	
	N	60	60	

يظهر الجدول السابق عدم وجود علاقة دالة إحصائية بين عمر الأطفال ودرجات قلقهم أثناء الرعاية السنية عند مستوى الدلالة القياسي (0.05) حيث ($p\text{-value}=0.669$)، أي أنّ زيادة مستويات القلق أو نقصانها لا تتعلق بعمر الطفل.

10-3 دراسة العلاقة بين عمر الطفل وسلوك الطفل أثناء الرعاية السنوية

الجدول رقم (13) اختبار معامل ارتباط Spearman's rho لدراسة العلاقة بين عمر الطفل وسلوك الطفل أثناء الرعاية السنوية				
سلوك الطفل		عمر الطفل		
.085	1.000	Correlation Coefficient	عمر الطفل	Spearman's rho
.517	.	p-value		
60	60	N		
1.000	.085	Correlation Coefficient	سلوك الطفل قبل التداخل	
.	.517	p-value		
60	60	N		

يظهر الجدول السابق عدم وجود علاقة دالة إحصائية بين عمر الأطفال وسلوكهم أثناء الرعاية السنوية عند مستوى الدلالة القياسي (0.05) حيث ($p\text{-value}=0.517$).

11-3 دراسة العلاقة بين جنس الطفل وسلوك الطفل

الجدول رقم (14) اختبار Chi-Square لدراسة العلاقة بين جنس الطفل وسلوك الطفل أثناء الرعاية السنوية قبل التداخل							
p-value	Chi-Square	Total	جنس الطفل		العدد	النسبة المئوية	سلوك الطفل قبل التداخل
			إناث	ذكور			
0.082	0.118	23	15	8	العدد	النسبة المئوية	سلوك الطفل قبل التداخل
		100.0%	48%	28%	العدد	النسبة المئوية	
		37	16	21	العدد	النسبة المئوية	
		100.0%	52%	72%	العدد	النسبة المئوية	

يظهر الجدول السابق عدم وجود علاقة دالة إحصائية بين جنس الطفل وسلوك الطفل أثناء الرعاية

السنوية قبل التداخل عند مستوى الدلالة القياسي (0.05) حيث كانت القيمة الاحتمالية لاختبار Chi-

.(p-value=0.082) Square

الجدول رقم (15) اختبار Chi-Square لدراسة العلاقة بين جنس الطفل وسلوك الطفل أثناء الرعاية السنية بعد التداخل									
p-value	Chi-Square	Total	سلوك الطفل بعد التداخل						
			إيجابي مطلق	إيجابي	سلبي	سلبي مطلق			
0.023	9.55	29	3	12	12	2	العدد	ذكور	الجنس
		100%	10.3%	41.4%	41.4%	6.9%	النسبة المئوية		
		31	13	11	7	0	العدد	إناث	
		100%	41.9%	35.5%	22.6%	0.0%	النسبة المئوية		
		60	16	23	19	2	العدد	Total	
		100%	26.7%	38.3%	31.7%	3.3%	النسبة المئوية		

يظهر الجدول السابق وجود علاقة دالة إحصائياً بين جنس الطفل وسلوك الطفل أثناء الرعاية السنية بعد تداخل

تنظيف الأمهات عند مستوى الدلالة القياسي (0.05) حيث كانت القيمة الاحتمالية لاختبار كاي مربع

(p -value=0.023).

12-3 دراسة العلاقة بين المستوى التعليمي لدى الأم وسلوك الطفل قبل التداخل

الجدول رقم(16) اختبار Chi-Square لدراسة العلاقة بين المستوى التعليمي لدى الأم وسلوك الطفل قبل التداخل					
		سلوك الطفل قبل التداخل		Chi-Square	P-Value
المستوى التعليمي للأم		سلبي مطلق	سلبي		
	ابتدائية	11	7	2.67	0.445
	التعليم الأساسي	11	3		
	ثانوية	8	8		
	جامعة	7	5		

الجدول رقم(17) اختبار Chi-Square لدراسة العلاقة بين المستوى التعليمي لدى الأم وسلوك الطفل بعد التداخل							
		سلوك الطفل بعد التداخل				Chi-Square	P-value
المستوى التعليمي للأم		سلبي مطلق	سلبي	إيجابي	إيجابي مطلق		
	ابتدائية	0	9	5	3	14.576	0.103
	التعليم الأساسي	0	4	5	5		
	ثانوية	2	5	7	2		
	جامعة	0	1	5	6		

يظهر الجدول السابق عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي للأمهات وسلوك أطفالهن أثناء الرعاية السنية بعد التداخل عند مستوى القياسي (0.05).



المناقشة

Discussion



4-1 مناقشة مبرر البحث

يُعدّ الخوف و القلق السني من التحدّيات الرئيسية في طب أسنان الأطفال (Mobin et al., 2023).

يُشكّل تدبير الخوف والقلق السني جزءاً أساسياً في الرعاية السنية لدى الأطفال (Parihar et al., 2022)

(Pancal et al., 2022).

كما يُعدّ الخوف والقلق السني من العوامل المسببة لتجنب المعالجات السنية، الأمر الذي

يؤدي إلى تدهور الحالة الصحية الفموية مع مرور الوقت، مما ينعكس سلباً على جودة

الحياة لديهم (Stein Duker et al, 2022) (Beaudette et al., 2017).

تُعدّ الزيارة الأولى لطبيب الأسنان عاملاً مهماً في تحديد مواقف الطفل اللاحقة ومعتقداته تجاه طب الأسنان

واستجابته للمعالجة السنية (Shindova & Belcheva, 2021).

يُشكّل تدبير القلق السني تحدياً لطبيب الأسنان والمريض، نظراً لوجود عدة عوامل محرّضة للقلق السني ضمن بيئة

العيادة السنية، خاصةً لدى المرضى الأطفال بسبب نقص النضج والقدرات المعرفية لديهم (Kohli et al, 2022).

يؤدي انتشار المعلومات الخاطئة حول المعالجات السنية ضمن المجتمع (الوالدين، أفراد العائلة، الأقران، المعلمين،

التلفاز، ومواقع التواصل الاجتماعي) إلى تشكيل صورة مخيفة للأطفال حول العيادة السنية مما يساهم في تعزيز

الخوف والقلق لديهم ، و بشكل عام تُعدّ الأمهات بصفتهم مقدمات الرعاية الرئيسيات المرشحات الأكثر احتمالاً

ممن يتم تعلم الخوف والقلق السني منه (Morgan & Porritt., 2017) (Seligman, 2017).

وقد أظهرت العديد من الدراسات وجود علاقة بين الخوف والقلق السني لدى الوالدين والطفل، حيث إنّ

الأطفال الذين لدى والديهم خوف سني هم أكثر عرضة لتطور الخوف والقلق السني لديهم وهذا يؤكد

على أهمية تثقيف الوالدين للتقليل من هذا القلق (Soares et al., 2017) (Wu & Gao, 2018)

(Kol Dogan & Celenk, 2023).

تعمل الأسرة بمثابة صلة وصل الطفل بالعالم، ولها دور ذو أهمية بالغة في إعداد الطفل للحياة خارج المنزل

(Barbara Sheller., 2021).

تؤثر تجارب الوالدين السنية السلبية على سلوك أطفالهم في العيادة السنية من خلال نقل الخوف والقلق من المعالجات السنية إلى أطفالهم والذي يؤدي إلى موقف سلبي تجاه المعالجة السنية، لذلك فإن استراتيجيات العلاج السلوكي المعرفي ومشاركة الوالدين ضرورية للحد من القلق السن وتحسين نتائج العلاج (AAPD 2024)

(Muhabes & Al-Obaidi, 2024).

يقوم الوالدان منذ لحظة ولادة أطفالهم، بتشكيل سلوكيات أطفالهم من خلال التشجيع الانتقائي وتثبيط سلوكيات معينة من خلال تأديبهم وبمقدار الحرية المسموح بها، في السنوات الأولى على الأقل يتعلم الأطفال بشكل رئيسي من الوالدين ما يجب عليهم فعله وما هو السلوك غير المرغوب (Wright & Stigers., 2021).

يلعب الأهل دوراً كبيراً في نقل الخوف والقلق السني لأطفالهم و تشكيل التصورات السلبية لديهم من خلال تجاربهم السنية السابقة، وأشارت بعض الدراسات إلى أهمية الأمهات بصفتهم مقدّمات الرعاية الأساسيات في الغالب (Lim et al., 2024)(Samal et al., 2024).

يُعدّ دور الأمهات في تعزيز السلوك الإيجابي لدى أطفالهن أمر بالغ الأهمية بصفتهم مقدّمات الرعاية الرئيسيات، حيث يمكن للأمهات التأثير بشكل كبير على سلوك أطفالهن في العيادة السنية من خلال الإعداد والتوجيه الصحيح قبل موعد الزيارة السنية، أكّدت الأبحاث دور مشاركة الوالدين في تحسين استجابة الطفل أثناء الزيارات السنية، لذلك يجب توجيه المزيد من الاهتمام نحو الدور المحتمل للأم في تعزيز السلوك الإيجابي لدى الطفل (Bagavathy et al., 2024) .

على الرغم من وجود العديد من الدراسات التي بحثت في القلق السني عند الأطفال وتقنيات تعديل سلوك الطفل في العيادة السنية، إلّا أنّ هناك نقصاً في الأبحاث التي درست دور تثقيف الأمهات في تعديل سلوك أطفالهن غير التعاونين في العيادة السنية، نظراً لأهمية دور الأمهات في تشكيل وتعديل سلوكيات أطفالهن فإنّ تثقيف الأم حول الأساليب المناسبة لإعداد الطفل للزيارة السنية قد يُسهم في تعزيز تعاون الطفل أثناء المعالجة السنية وتشكيل الموقف الإيجابي تجاه طب الأسنان.

لذلك كان لا بدّ من القيام بالدراسة الحالية لتقييم تأثير تثقيف الأم في تعديل سلوك أطفالهنّ أثناء الرعاية السنية وتقليل القلق السني لدى الأطفال بعمر (6-12) سنة، وبالتالي الوصول إلى تقنيات أكثر فاعلية في التدبير السلوكي بالتعاون بين الأمهات وطبيب أسنان الأطفال لتحسين تجربة العلاج السني للأطفال.

4-2 مناقشة منهجية العمل

تم اختيار الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (6-12) سنة للمشاركة في هذا البحث، لأن الأطفال في هذه الفئة العمرية يبدون نسب مرتفعة من القلق السني وفقاً للمراجعة المنهجية التي قامت بها Grisolia وزملاؤها (Grisolia et al, 2021).

كما أن الأطفال فوق عمر السادسة يستطيعون التعبير بدقة عن قلقهم أو خوفهم ويظهرون موثوقية في التعبير عن جميع جوانب صحتهم، ولديهم قدرات أفضل في فهم حالاتهم العاطفية والتعبير عنها، مقارنةً بالأطفال الأصغر سناً (Vlad et al., 2020).

كان الإجراء المتبع في هذه الدراسة هو تطبيق المادة السادة للشقوق والوهاد، حيث أصبحت المادة السادة للشقوق والوهاد هي المعالجة الأكثر فعالية والأقل اجتياحاً لمعالجة الأسنان ذات الشقوق والوهاد العميقة عند الأطفال (Rahul et al., 2024).

تم تطبيق جل البنزوكائين 20% لمدة دقيقتين قبل تطبيق المشبك، حيث أشار Yoon و Chussid في دراسة لمقارنة فعالية جل (2.5% Lidocaine, 2.5% prilocaine) Orafix وجل البنزوكائين 20% أثناء تطبيق مشبك الحاجز المطاطي لم يكن هناك فرق ذو دلالة إحصائية بين المجموعتين (Yoon & Chussid., 2009). نظراً لأن القلق السني يمثل مشكلة عالمية وحقيقية تؤدي إلى تجنب العناية والمعالجة السنية، فإن وجود أداة ذات موثوقية ومصادقية تساعد في تحديد القلق والرهاب السني له أهمية كبيرة في الممارسة السريرية، وقد طوّر الباحثون أدوات محددة مختلفة لتقييم القلق السني (Daokar et al., 2024).

هناك العديد من الأدوات لتقييم القلق السني، تتضمن هذه الأساليب الملاحظة السريرية لاستجابات الطفل السلوكية في البيئة السنية ومقاييس التقرير الذاتي التي يكملها الأطفال والاستبيانات التي يقوم بها الآباء لقياس القلق لدى الطفل (Mangalekar et al,2023).

تعد مقاييس القلق الذاتية الطريقة الأبسط والأكثر انتشاراً، تتضمن سؤال الطفل عن شعوره وتقسم إلى مقاييس لفظية وأخرى صورية photographic tool تحوي رسوم مناسبة للأطفال وتعبّر عن شعورهم (Yon et al.,2021).

تم تقييم القلق لدى الأطفال باستخدام مقياس الوجوه التعبيرية (Facial Image Scale (FIS)، يُعتبر مقياس سهل وبسيط عند استخدامه للأطفال من مختلف الأعمار ولا سيما الأطفال الصغار، وذلك لكونه مقياس لا يستهلك الوقت وسهل الفهم (Fathima & Jeevanandan , 2018) (Tiwari et al.,2021).

أظهرت بعض الدراسات وجود ارتباط وثيق بين قلق الأم والقلق لدى الطفل، حيث يرتبط قلق الأم قبل إجراء المعالجة السنية للطفل بالخوف والقلق السني لدى الطفل وجودة حياة الطفل المرتبطة بالصحة الفموية (Lara et al.,2012) (Besiroglu–Turgaut et al.,2024).

تم تقييم القلق السني لدى الأم باستخدام مقياس القلق السني المعدل Modified Dental Anxiety Scale (MDAS)، يتميز هذا المقياس بفعاليته ومقدرته على التمييز بين مستويات مختلفة من القلق السني (Hoglund et al.,2024).

أكد Lara وزملاؤه ارتباط الخوف والقلق السني لدى الوالدين بردود أفعال أطفالهم أثناء الزيارة السنية، لذلك فإن التدخلات التي تهدف إلى تقليل مستويات الخوف السني لدى الوالدين (مثل تزويدهم بمعلومات حول المعالجات السنية، تقنيات الاسترخاء البسيطة، أو تغيير توقعاتهم وأفكارهم السلبية المحتملة) قد تساعد في التخفيف من انتشار الخوف السني لدى الأطفال (Lara et al.,2012).

تؤدي ممارسات الوالدين الخاطئة إلى تطور المشكلات السلوكية لدى الأطفال، حيث تتشكل مهارات التنظيم الذاتي لدى الطفل من خلال العلاقة بين الخصائص البيولوجية للطفل والبيئة الاجتماعية (Muratori et al.,2018).

وبشكل خاص تلعب علاقة الوالدين بالطفل دوراً هاماً، حيث يتعلم الأطفال السلوكيات غير المناسبة غالباً من والديهم من خلال النمذجة، وتعزيز مثل هذه السلوكيات مع مرور الوقت يؤدي إلى نقل المشكلات السلوكية من الوالدين إلى الأطفال (Raudino et al., 2013) (Menting et al., 2013) .

تم تزويد الأمهات بكتيب يحتوي على معلومات حول كيفية إعداد الأم للطفل من أجل الزيارة السنوية والتعبير الواجب ذكرها للطفل والتعبير الواجب تجنبها، حيث سيتم تعديل الموقف السلبي لدى الأم ليصبح إيجابياً من أجل تعديل سلوك الطفل. وقد أثبتت العديد من الدراسات في مجال التعليم فعالية الوسائل التعليمية التقليدية مثل الملصقات والوسائل البصرية في تعزيز المعرفة، مما يدل على فعالية هذه الأساليب في تحقيق النتائج المرجوة (Al Zaher & Dashash, 2021)(Al Bardaweel & Dashash, 2018).

4-3 مناقشة النتائج

4-3-1 مناقشة الفرق في مستويات القلق لدى الأطفال قبل وبعد التدخل

أظهرت نتائج الدراسة انخفاض في مستويات القلق لدى أطفال الدراسة بعد التدخل، حيث تراوحت معدلات القلق قبل التدخل من سعيد(2) إلى حزين جداً(5)، أظهر 70% من الأطفال مستويات عالية من القلق بينما انخفضت النسبة إلى 11.7% بعد التدخل، وهذا يؤكد دور الأم بصفتها مقدم الرعاية الرئيسي للطفل في التأثير على سلوكيات طفلها من خلال التكيف غير المباشر، حيث إن تزويد الأم بالمعلومات والعبارات التي يجب أن تذكرها لطفلها من أجل إعداده للزيارة السنوية قبل جلسة المعالجة كان فعالاً في تقليل القلق السني لدى الأطفال.

ينظر الأطفال إلى أمهاتهم كقدوة في مواقفهم وحتى في المعلومات التي تقدمها الأم للطفل وبشكل خاص عندما تقوم بتهيئة الطفل لمواجهة موقف ما لأول مرة مثل مقابلة شخص لأول مرة أو الزيارة السنوية الأولى.

فعندما يُلاحظ الطفل لدى والدته شعور الخوف والقلق من طبيب الأسنان تتطور لديه المشاعر ذاتها قبل زيارة طبيب الأسنان، وبالتالي يكون الطفل أثناء الزيارة السنوية خائفاً وقد يصل الأمر إلى رفض زيارة الطبيب.

هناك إجماع عام على أن المسببات المرضية للخوف والقلق السنية في مرحلة الطفولة متعددة، مصادر خارجية (عوامل) تساهم بشكل خارجي تشمل تجارب التعلم المباشر (التجربة المؤلمة) ، تجارب التعلم غير المباشرة (النمذجة)، مصادر داخلية للقلق السني (عوامل) تجعل الأفراد عرضة لتطور القلق السني لديهم (Beaton et al., 2014)(Morgan & Porritt, 2017) .

أوضح Rancham أن القلق السني يتطور وفق ثلاث طرق: التكيف المباشر، بشكل غير مباشر من خلال التعلم غير المباشر (النمذجة)، والمعلومات الخاطئة، أما التأثير غير المباشر (النمذجة) يعتمد على نظرية التعلم الاجتماعي ويُقترح أن القلق يمكن أن يتطور نتيجة ملاحظة الطفل السلوك القلق للشخص الآخر وتقليد هذا السلوك. وفي حين يؤدي انتشار المعلومات الخاطئة حول المعالجات السنية ضمن المجتمع (والوالدين، أفراد العائلة، الأقران، المعلمين، التلفاز، ومواقع التواصل الاجتماعي) إلى تشكيل صورة مخيفة للأطفال حول العيادة السنية مما يساهم في تعزيز الخوف والقلق لديهم (Morgan & Porritt, 2017) (Seligman,2017).

لذلك فإن تدبير القلق لدى الأمهات ذو أهمية كبيرة لتقليل احتمالية نقل مخاوفهم والقلق لديهم إلى أطفالهن، وهذا يؤكد أهمية تثقيف الأمهات حول كيفية إعداد أطفالهن قبل الزيارة السنية.

اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة Ramesh وزملائه حيث قاموا بدراسة تأثير استشارة الوالدين قبل الزيارة السنية الأولى في تقليل الخوف والقلق السني لدى الأطفال من خلال تعليمات مرئية على شكل كُتيب وفيديو، وجدوا أنه يمكن للأمهات اللواتي تلقين الشرح الكافي حول الإجراءات السنية إدارة القلق لديهن بشكل أفضل، وبالتالي التأثير بشكل إيجابي على أطفالهن وتأمين بيئة داعمة وإيجابية (Ramesh et al.,2024).

اتفقت نتائج الدراسة أيضاً مع دراسة Alsaadoon وزملائه حيث قاموا بدراسة تأثير استخدام القصص المكتوبة لتقليل القلق السني لدى الأطفال، قاموا بتزويد الأطفال وأوصيائهم في مجموعة الدراسة بمعلومات شفوية ومعلومات على شكل قصة مكتوبة بلغة بسيطة تشرح المراحل المختلفة والمحيط المرتبطة بالزيارة الأولى لطبيب الأسنان، وطلبوا من الوالدين قراءة القصة على أطفالهم مرتين قبل جلسة المعالجة بيوم، وعلى الرغم من اختلاف الوسيلة المستخدمة لإعداد الطفل للزيارة السنية إلا أنهم

وجدوا أن تحضير الطفل للزيارة السنوية قبل الموعد باستخدام القصص المكتوبة بمشاركة الوالدين كان فعالاً في تقليل مستويات القلق السني لدى الأطفال (Alsaadoon et al., 2022).

4-3-2 مناقشة الفرق في السلوك قبل وبعد التداخل

أظهرت نتائج الدراسة تحسناً في سلوك الأطفال بعد التداخل، حيث انخفض عدد الأطفال المصنفين بسلوك سلبي مطلق من 37 إلى 2 ، وانخفض عدد الأطفال المصنفين بسلوك سلبي من 23 إلى 2 ، وهذا يؤكد أهمية تثقيف الأم حول كيفية إعداد الطفل للزيارة السنوية ودورها الهام في تعديل سلوك الطفل وتعزيز الموقف و السلوك الإيجابيين لدى الطفل أثناء المعالجة السنوية باستخدام كلمات بسيطة تناسب مستوى إدراك الطفل، حيث تلعب الأم دوراً أساسياً في نقل السلوك السني السلبي وخبراتها السابقة لدى عيادة طبيب الأسنان بشكل غير مقصود من خلال الحديث حول تجربتها أمام الطفل باستخدامها كلمات من شأنها أن تساهم في تطور الخوف والقلق والسلوك السلبي لدى الطفل.

يُعدّ التوجيه السلوكي العنصر الأكثر أهمية في تدبير الطفل، يجب أن يبدأ التوجيه السلوكي قبل موعد المعالجة وتحويل موقف الأم السلبي والمتشائم إلى موقف أكثر إيجابية من خلال الإرشاد والتوجيه السليم وتشجيعها على تدريب طفلها وتعزيز الموقف الإيجابي لديه قبل موعد الزيارة السنوية (Ramesh et al., 2024).

حيث يقوم الوالدان بتشكيل سلوكيات أطفالهم من خلال تشجيع السلوكيات الإيجابية وتثبيط السلوكيات غير المرغوبة (Wright & Stigers, 2021).

يؤثر القلق الشديد لدى الوالدين والسلوك السلبي على سلوك أبنائهم بشكل سلبي، حيث تحدد التنشئة الاجتماعية استجابة الطفل للمعالجة السنوية ويمكن أن تؤثر على المعايير السلوكية وكيفية التعبير عن الضيق ومقدار الانزعاج الذي يبرر الشكوى (Barbara Sheller, 2021).

وقد أشارت الجمعية الأمريكية لطب أسنان الأطفال بأن تجارب الوالدين السنوية السلبية تؤثر على سلوك أطفالهم في العيادة السنوية من خلال نقل الخوف والقلق من المعالجات السنوية إلى أطفالهم، والذي يؤدي إلى موقف سلبي تجاه المعالجة السنوية (AAPD, 2024).

اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة Ramazani و Mohsenzadeh لتقييم تأثير تكيف الأطفال قبل المعالجة من قبل الأمهات على سلوك الأطفال السني أثناء المعالجة السنية، أشار الباحثان إلى أهمية مشاركة أطباء الأسنان الأمهات في إعداد أطفالهن قبل إجراءات المعالجة السنية لتعزيز السلوك الإيجابي لدى الطفل (Ramazani & Mohsenzadeh, 2021).

واتفقت أيضاً نتيجة الدراسة مع دراسة Xia و Zhang حيث قاموا بدراسة تأثير تعليم الوالدين قبل المعالجة على سلوك الطفل أثناء المعالجات السنية، استنتج الباحثان أن تعليم مقدمي الرعاية قبل المعالجة لا يُحسن سلوك الطفل السني فحسب، بل يمكنه أيضاً تقليل التوتر لدى مقدمي الرعاية أثناء الإجراءات السنية الروتينية (Xia & Zhang., 2012).

واتفقت أيضاً مع دراسة Parihar وزملائه حيث قاموا بدراسة لتقييم فهم أطباء الأسنان للتوجيه السلوكي قبل الموعد، أشارت النتائج إلى أن 76.7 % من أطباء الأسنان قاموا بتعديل سلوكيات الأطفال في عياداتهم قبل الموعد، واعتقد 96.1 % من أطباء الأسنان أن مقابلة الوالدين قبل الموعد من شأنها أن تعزز فهمهم للطفل، أشار الباحثون إلى أن التوجيه السلوكي قبل الموعد من قبل الوالدين يمكن أن يساهم في تقليل القلق والخوف لدى الطفل وتحسين نتائج المعالجة وتشجيع الموقف الإيجابي في العيادة السنية (Parihar et al., 2022).

4-3-3 مناقشة العلاقة بين القلق لدى الأم والقلق لدى الطفل

أظهرت الدراسة وجود علاقة دالة إحصائياً بين القلق السني لدى الأم والقلق السني لدى الطفل، حيث يؤثر قلق الأمهات غالباً على مستويات قلق أطفالهن أثناء الزيارات السنية، ويمكن أن يؤدي قلق الأمهات إلى زيادة القلق لدى أطفالهن مما يؤثر على تجاربهم السنية والصحة الفموية، وهذا يؤكد أهمية مراعاة مستويات القلق عند الأمهات عند التخطيط لتكيف الأطفال سلوكياً ومعالجتهم.

تُعتبر الأمهات بصفتهم مقدّمات الرعاية الرئيسيات في الغالب المرشحات الأكثر احتمالاً ممن يتم تعلم الخوف والقلق السني منه، حيث يرتبط الخوف والقلق السني لدى الأمهات بالخوف والقلق السني لدى الأطفال الأصغر من ثمانية سنوات، بالنسبة للأطفال الأكبر سناً كانت الأدلة متضاربة (Morgan & Porritt., 2017).

اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة Busato وزملائه حيث وجدوا أن 81.3% من أطفال الدراسة أظهروا قلقاً مرتبطاً بمستويات القلق لدى أمهاتهم (Busato et al., 2017).

وافقت هذه النتيجة أيضاً مع دراسة Col و Celenk حيث وجدوا أن الأطفال الذين يعانون والديهم من القلق السني لديهم مستويات أعلى من القلق السني (Kol & Celenk. , 2021).

اختلفت نتيجة الدراسة مع دراسة Saez و Mercado لتقييم العلاقة بين القلق السني للأطفال بعمر بين (7-10) سنوات والقلق السني لدى والديهم، أشاروا إلى أنه ليس هناك فرق ذو دلالة إحصائية بين مستويات القلق لدى الوالدين والطفل (Saez & Mercado , 2019).

4-3-4 مناقشة العلاقة بين عمر الطفل ومستوى القلق بعد التداخل

أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود علاقة بين عمر الطفل ومستويات القلق لدى الأطفال بعد التداخل، اتفقت نتائج الدراسة مع دراسة Alsaadoon وزملائه حيث وجدوا أنه لا علاقة للعمر بالقلق السني، بينما اختلفت نتائج الدراسة مع دراسة Dahlander وزملائه حيث أشاروا بأن الأطفال الأصغر سناً لديهم قلق سني أكبر (Alsaadoon et al., 2022) (Dahlander et al., 2019).

وأشار أيضاً Sun وزملائه في مراجعة منهجية قاموا بها في 2024 إلى أن انتشار الخوف والقلق السني كان أكبر ضمن الفئة العمرية ما قبل المدرسة (Sun et al., 2024).

يمكن أن يعزى هذا الاختلاف إلى اختلاف البيئات الصحية والثقافية فضلاً عن المتغيرات الأخرى الغير المدوسة مثل التجارب السنية السابقة أو سبب المراجعة السنية.

4-3-5 مناقشة العلاقة بين عمر الطفل وسلوك الطفل بعد التداخل

أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فرق في السلوك بين أطفال الدراسة وفقاً للعمر، يمكن تفسير هذه النتيجة بأن أطفال الدراسة كانوا ضمن فئة عمرية واحدة، بالإضافة إلى التنشئة الاجتماعية والأسرية والأساليب التربوية.

اختلفت نتيجة الدراسة مع دراسة Sivakumar و Gurunathan حيث أشاروا في دراستهما إلى أن الأطفال الأكبر سناً الذين تتراوح أعمارهم بين (14-17) عاماً أظهروا سلوكاً أفضل مقارنة بالأطفال ضمن الفئات العمرية الأصغر، حيث إنّه مع التقدم في العمر يكون الأطفال قادرين على استيعاب تعليمات طبيب الأسنان بشكل أفضل، والتعبير عن مشاعرهم بوضوح (Sivakumar & Gurunathan, 2019).

وأشار Ozeren وزملاؤه في دراستهم إلى أن السلوك الإيجابي لدى الأطفال يتأثر بالعمر، حيث يميل الأطفال الأكبر سناً إلى إظهار ردود فعل أكثر إيجابية أثناء الإجراءات السنّية (Ozeren et al., 2021).

4-3-6 مناقشة العلاقة بين الجنس وسلوك الطفل بعد التداخل

كانت استجابة الأطفال الإناث لتثقيف الأمهات حول الرعاية السنّية أعلى من استجابة الأطفال الذكور، حيث كان سلوك (41.9 %) من الإناث ايجابي جداً بعد تداخل تثقيف الأمهات حول تعديل سلوك الطفل أثناء الرعاية السنّية مقابل (10.3 %) لدى الذكور.

اختلفت نتيجة هذه الدراسة مع دراسة Ramazani و Mohsenzadeh حيث لم يجدوا أي ارتباط بين الجنس والسلوك، قد يعزى هذا الاختلاف إلى الفئة العمرية المستهدفة في دراستهم حيث تراوحت أعمار الأطفال بين الثلاث والست سنوات، ومن جهة أخرى فإن تأثيرات الجوانب المختلفة للنضج النفسي بما في ذلك المهارات المعرفية والقدرة على ضبط النفس والتحكم بالمشاعر لم تتطور بشكل كامل بعد، بالإضافة إلى العوامل الأخرى المرتبطة مثل (أسلوب تربية الوالدين) (Ramazani & Mohsenzadeh, 2021).

4-3-7 مناقشة العلاقة بين مستوى تعليم الأم وسلوك الطفل بعد التداخل

أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود علاقة بين المستوى التعليمي للأمهات وسلوك أطفالهن بعد التداخل، يمكن تفسير هذه النتيجة بأن (80%) من أمهات الأطفال في الدراسة كنّ ما دون المستوى الجامعي، وبالتالي فإنه لم يكن هناك تأثير للمستوى التعليمي على استيعاب الأمهات وإدراكهن لأهمية المعلومات المقدمة ضمن الكُتيب.

اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة Filho وزملائه، ودراسة Kamran وزملائه حيث أشاروا إلى أنه ليس هناك تأثير للمستوى التعليمي للأمهات في سلوك أطفالهن أثناء المعالجة السنية (Meira Filho et al., 2009) (Kamran et al., 2011).

بينما اختلفت نتيجة الدراسة مع دراسة Branden وزملائه حيث وجدوا أن الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالي لديهن مواقف أكثر إيجابية بشكل ملحوظ وسيطرة سلوكية أكثر مقارنة بالأمهات ذوات المستوى التعليمي الأقل، مما أثر على سلوكيات أطفالهن في العيادة السنية، يمكن أن يُعزى هذا الاختلاف إلى اختلاف المستوى التعليمي لدى العينة المدروسة بالإضافة إلى ثقافة المجتمع المدروس (Van Den Branden et al., 2012).



الاستنتاجات

Conclusion



- 1- يُساهم تثقيف الأمهات حول الأساليب والتقنيات الخاصة بكيفية إعداد أطفالهن في المنزل لزيارة طبيب الأسنان باستخدام الكتيب في تقليل مستويات القلق السني لدى أطفالهن.
- 2- يُساهم تثقيف الأمهات حول الأساليب والتقنيات الخاصة بكيفية إعداد أطفالهن في المنزل لزيارة طبيب الأسنان باستخدام الكتيب في تعديل سلوك الطفل، وتعزيز السلوك الإيجابي وبالتالي الحصول على المعالجة المطلوبة.
- 3- يُعدّ التوجيه السلوكي للأم قبل موعد المعالجة وتشجيعها على تدريب طفلها وتعزيز الموقف الإيجابي لديه قبل موعد الزيارة السنية فعالاً في تعديل سلوك الطفل.
- 4- ترتبط مستويات القلق السني لدى الأم بالقلق السني لدى طفلها، وهذا يؤكد أهمية مراعاة مستويات القلق عند الأمهات عند التخطيط لتكييف الأطفال سلوكياً ومعالجتهم.



المقترحات والتوصيات

Recommendations & Suggestions



6-التوصيات والمقترحات

6-1 التوصيات

ضمن حدود هذه الدراسة نوصي بما يلي:

- 1-تشجيع أطباء أسنان الأطفال على تخصيص الزيارة السنوية الأولى لتقييم تصوّر الأم وتوقعاتها حول سلوك طفلها ومستوى القلق السني لديه، والإجابة على جميع استفساراتها حول إجراءات المعالجة المطلوبة.
- 2-مشاركة أطباء أسنان الأطفال الأمهات في إعداد أطفالهن، وتعديل سلوكياتهم قبل موعد المعالجة السنوية، من خلال تزويدهنّ بالسلوكيات الواجب اتباعها والسلوكيات التي يجب تجنبها باستخدام الكتيبات.
- 3-تعزيز التعاون بين نقابة أطباء الأسنان ورابطة طب أسنان الأطفال وإدارة قسم طب أسنان الأطفال باستخدام الوسائل الفعالة والمتاحة مثل الكتيبات؛ لتوعية الأمهات بتبني سلوكيات إيجابية تدعم السلوك الإيجابي لدى أطفالهن أثناء الزيارات السنوية.

6-2 المقترحات

- 1-إجراء دراسات مشابهة مع متابعة لفترة أطول، ومعالجات أكثر تقدمية تتضمن التخدير الموضعي.
- 2- إجراء دراسات توضح تأثير تثقيف مقدّمي الرعاية في سلوك الأطفال.
- 3- إنشاء برامج تثقيفية موجهة للأهل حول كيفية إعداد الأطفال للزيارة السنوية بالتعاون مع وزارة التربية.



المراجع

References



A

Agarwal, S., Chandak, M., Reche, A., & Singh, P. V. (2023). *The Prevalence of Dental Fear and Its Relationship to Dental Caries and Gingival Diseases among School Children in Wardha*. **Cureus**, 15(10): e4360.

Alsaadoon, A. M., Sulimany, A. M., Hamdan, H. M., & Murshid, E. Z. (2022). *The use of a dental storybook as a dental anxiety reduction medium among pediatric patients: A randomized controlled clinical trial*. **Children**, 9(3), 328.

Andreeva, R., Arnautska, H., Georgiev, T. (2016). *Dental fear and premature tooth extraction*. **Scripta Scientifica Salutis Publicae**, 2(1), 60-62.

Appukuttan, D. P. (2016). *Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review*. **Clinical, cosmetic and investigational dentistry**, 8, 35-50.

Armfield, J. M., & Heaton, L. J. (2013). *Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review*. **Australian dental journal**, 58(4), 390-407.

Armfield, J. M., Stewart, J. F., Spencer, A. J. (2007). *The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear*. **BMC oral health**, 7, 1-15.

Asl, A. N., Shokravi, M., Jamali, Z., & Shirazi, S. (2017). *Barriers and drawbacks of the assessment of dental fear, dental anxiety and dental phobia in children: a critical literature review*. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, 41(6), 399-423.

Avani, S., Jawa, D., Jaidka, S., Batha, A. A., Kumar, A., & Anaswara, S. (2024). *Innovative distraction techniques to manage anxiety in paediatric dentistry*. **International Journal of Advanced Research**, 12(08), 585–597.

Avramova, N. (2022). *Dental fear, anxiety, and phobia; causes, diagnostic criteria and the medical and social impact*. **Journal of Mind and Medical Sciences**, 9(2), 202-208.

American Academy of Pediatric Dentistry. (2024). *Behavior guidance for the Pediatric dental patient*. **The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry**; 358-78.

Afshari, E., Sabbagh, S., Khorakian, F., Shirazi, A. S., & Baghban, A. A. (2023). *Reducing Pain and Discomfort Associated with Rubber Dam Clamp Placement in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis of Effectiveness*. **BMC Oral Health**.

Al Bardaweel, S., & Dashash, M. (2018). *E-learning or educational leaflet: does it make a difference in oral health promotion? A clustered randomized trial*. **BMC Oral Health**, 18, 1-8.

Al Zaher, N., & Dashash, M. (2021). *An educational intervention for improving knowledge of Syrian school children about avulsion using the " save your tooth" poster*. **BMC Oral Health**, 21, 1-6.

B

Barbara Sheller, *Influence of the family in Wright's Behavior Management in Dentistry for Children*, by Ari Kupietzky, ed (3), **Wiley**, 2022, Pp (37-56).

Beaton, L., Freeman, R., & Humphris, G. (2014). *Why are people afraid of the dentist? Observations and explanations*. **Medical principles and practice**, 23(4), 295-301.

Beaudette, J. R., Fritz, P. C., Sullivan, P. J., & Ward, W. E. (2017). *Oral health, nutritional choices, and dental fear and anxiety*. **Dentistry journal**, 5(1), 8.

Blomqvist, M., Ek, U., Fernell, E., Holmberg, K., Westerlund, J., & Dahllöf, G. (2013). *Cognitive ability and dental fear and anxiety*. **European journal of oral sciences**, 121(2), 117-120.

Brady, P., Dickinson, C., Whelton, H. (2012). *Dental anxiety prevalence and surgery environment factors: A questionnaire-based survey of attenders in Ireland*. **SAAD Digest**, 28, 13-22.

Bagavathy, K., Bhanawat, N., Mukundan, P. E., Nasyam, F. A., Mujoo, S., & Syed, A. K. (2024). *Impact of Parental Involvement on Child Compliance During Dental Procedures*. **Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences**, 16(1 3), S2724-S2726.

Beşiroğlu-Turgut, E., Kayaaltı-Yüksek, S., & Bulut, M. (2024). *Evaluation of the relationship between dental anxiety and oral health status of mothers and their children*. **BMC Oral Health**, 24(1).

Balakrishnan, P., Srinivasan, D., & Eagappan, S. (2024). *Comparative evaluation of three different behavior management techniques among children aged 6–12 years in dental practice: A single-center, double-blind, randomized controlled trial.* **Dental and Medical Problems**, 61(5), 0.

C

Carter, A. E., Carter, G., Boschen, M., AlShwaimi, E., & George, R. (2014). *Pathways of fear and anxiety in dentistry: A review.* **World Journal of Clinical Cases: WJCC**, 2(11), 64-653.

Cianetti, S., Lombardo, G., Lupatelli, E., Pagano, S., Abraha, I., Montedori, A., et al. (2017). *Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review.* **Eur J Paediatr Dent**, 18(2), 121-30.

Cohen, S. M., Fiske, J., Newton, J. T. (2000). *The impact of dental anxiety on daily living.* **British dental journal**, 189(7), 385-390.

Cox, I. C. J., Krikken, J. B., & Veerkamp, J. S. J. (2011). *Influence of parental presence on the child's perception of, and behavior, during dental treatment.* **European Archives of Paediatric Dentistry**, 12, 200-204.

Costa, T. P., Oliveira, R. A. de, Semkiw, M. R. P., Alves, S. C. D. O., García, C. M., Soares, L. R. M., Miranda, L. A., Coelho, B. de C. C., & Galvão, C. H. (2024). *Intervention and treatment strategies for children and adolescents with oppositional-defiant disorder: a bibliographical review.* **Recima21**, 5(7), e575408.

Cando Guanoluisa, F. S., Castellano Uribe, I. J., & Guishca Ayala, L. M. (2024). *Oppositional defiant disorder in the family and educational context.* **Mikarimin**, 10(2), 60–79.

Charan, M., Bhatia, H. P., Sood, S., Sharma, N., & Singh, A. (2018). *Predilections for Attitude and Gender of the Dentist and the Clinic Environment by Children.* **Modern Research in Dentistry**, 2(2), 1–4.

Cuello, C., Stander, E. A., Jansen, H. J., De Bernonville, T. D., Oudin, A., Williams, C. B., ... & Courdavault, V. (2022). *An updated version of the Madagascar periwinkle genome.* **F1000Research**, 11, 1541.

D

Dahlander, A., Soares, F., Grindefjord, M., & Dahllöf, G. (2019). *Factors associated with dental fear and anxiety in children aged 7 to 9 years*. **Dentistry journal**, 7(3), 68.

De Stefano, R. (2019). *Psychological factors in dental patient care: odontophobia*. **Medicina**, 55(10), 678.

Dewi, M. K., Handoko, S. A., & Widiyasavitri, P. N. (2020). *Faktor-faktor yang memengaruhi kecemasan dental pada anak usia 8-12 tahun di Sekolah Dasar Negeri 3 Peguyangan Denpasar*. **Bali Dental Journal**, 4(1), 13-20.

Da Silva, G. S., Anabuki, A. A., Viana, K. A., Corrêa-Faria, P., Moterane, M. M., Tedesco, T. K., ... & CEDACORE Collaborative Group. (2021). *Sedation versus protective stabilization for dental treatment of children with caries and challenging behavior at the dentist (CHOOSE): a study protocol for a non-randomized clinical trial*. **BMC oral health**, 21(1), 256.

Daokar, S., Mali, A., Pawar, K., Sarate, Dr. N., & Nandkhedkar, S. (2024). *To Assess The Prevalence Of Dental Anxiety Among Patients Visiting A Department Of Conservative Dentistry In Chhatrapati Sambhajanagar, Maharashtra*. **IOSR Journal of Dental and Medical Sciences**, 23(11), 01–07.

Dashash, M., & Blinkhorn, A. (2012). *The dental health of 5 year-old children living in Damascus, Syria*. **Community Dental Health**, 29(3), 209.

E

Eagappan, S., Srinivasan, D., Mohan, L. P., Balakrishnan, P., Asvitha, B., & Ganesh, P. (2025). *Comparison of Chairside Cooperative Ability with Social Quotient of Mentally Challenged Children*. **International Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, 17(12), 1321–1329.

F

Fathima, A., Mahesh, R., Ramesh, R., Pandurangan, K. K., & FATHIMA, A. (2024). *Efficiency of a Sensory-Adapted Dental Environment Versus Regular Dental Environment in Neurotypically Healthy Children: A Parallel-Arm Interventional Study*. **Cureus**, 16(6).

Fathima, F., & Jeevanandan, G. (2018). *Validation of a facial image scale to assess child dental anxiety*. **Drug Invent Today**, 10(1), 2825.

G

Grisolia, B. M., Dos Santos, A. P. P., Dhyppolito, I. M., Buchanan, H., Hill, K., & Oliveira, B. H. (2021). *Prevalence of dental anxiety in children and adolescents globally: A systematic review with meta-analyses*. **International Journal of Paediatric Dentistry**, 31(2), 168-183.

Gerald Z.Wright and Jenny I.Stigers. (2021). *Non-pharmacologic Management of Children`s Behaviors*. In: McDonld and Avery's dentistry for the child and adolescent, Jeffrey A. Dean, David R. Avery, Ralph E. McDonald. (ed). **E-book Elsevier Health Sciences**, 27-40.

Gomes, H. D. S., Anabuki, A. A., Viana, K. A., Abreu, L. G., Batista, A. C., Hosey, M. T., & Costa, L. R. (2022). *Assessment of child's dental anxiety/fear and stress during dental treatment: a systematic review*. **Brazilian Oral Research**, 36, 67-77.

H

Hallberg, U., Camling, E., Zickert, I., Robertson, A., & Berggren, U. L. F. (2008). *Dental appointment no-shows: why do some parents fail to take their children to the dentist?*. **International journal of pediatric dentistry**, 18(1), 27-34.

Harris, J. C., & Coyle, J. T. (2024). *Harris' Developmental Neuropsychiatry: The Interface with Cognitive and Social Neuroscience*. **Oxford University Press**.

Howenstein, J., Kumar, A., Casamassimo, P. S., McTigue, D., Coury, D., & Yin, H. (2015). *Correlating parenting styles with child behavior and caries*. **Pediatric dentistry**, 37(1), 59-64.

Hu, J. (2024). *Operant Conditioning in Child Psychology: Understanding the Influence of Rewards and Punishments on Children`s Behavior*. **Lecture Notes in Education Psychology and Public Media**, 44, 259-265.

Höglund, M., Göranson, E., Wårdh, I., & Larsson, P. (2024). *Cross-cultural adaptation and validation of the Swedish version of the Modified Dental Anxiety Scale*. **Acta Odontologica Scandinavica**, 83, 666–671.

J

Jain, V., Sarkar, S., Saha, S., & Haldar, S. (2016). Basic behaviour guidance factors and techniques for effective child management in dental clinic-an update review. **J Oral Health Med Res**, 2(6), 177-182.

Jamali, Z., Vatandoost, M., Erfanparast, L., Aminabadi, N. A., & Shirazi, S. (2018). *The relationship between children's media habits and their anxiety and behavior during dental treatment*. **Acta Odontologica Scandinavica**, 76(3), 161-168.

Jang, E. H., Park, B. J., Kim, S. H., Chung, M. A., & Sohn, J. H. (2014). *Correlation between Psychological and Physiological Responses during Fear*. **Proceedings of the International Joint Conference on Biomedical Engineering Systems and Technologies** ,4,(104-109).

K

Kamran, M., Qiam, F., & Khan, H. (2011). *Evaluation of age, gender and parental factors affecting child behavior in the dental surgery*. **Journal of Khyber College of Dentistry**, 1(02), 82-86.

Kilinç, G., Akay, A., Eden, E., Sevinç, N., & Ellidokuz, H. (2016). *Evaluation of children's dental anxiety levels at a kindergarten and at a dental clinic*. **Brazilian oral research**, 30, e72.

Klingberg, G., & Broberg, A. G. (2007). *Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors*. **International journal of pediatric dentistry**, 17(6), 391-406.

Kohli, N., Hugar, S. M., Soneta, S. P., Saxena, N., Kadam, K. S., & Gokhale, N. (2022). *Psychological behavior management techniques to alleviate dental fear and anxiety in 4-14-year-old children in pediatric dentistry: A systematic review and meta-analysis*. **Dental research journal**, 19(47), 1-12.

Krikken, J. B., & Veerkamp, J. S. J. (2008). *Child rearing styles, dental anxiety and disruptive behaviour; an exploratory study*. **European archives of pediatric dentistry**, 9, 23-28.

Kroniņa, L., Rasčevska, M & Care, R (2017). *Psychosocial factors correlated with children's dental anxiety*. **Stomatologija**, 19 (3), 84-90

Kupietzky, A., & Wright, G. Z. (2021). *The pediatric dentistry treatment triangle*. In: Wright's Behavior Management in Dentistry for Children, Kupietzky, A. (ed). **Wiley**, (1-9).

Kupietzky, A., & Wright, G. Z. (2021). *Non Pharmacologic Approaches in Behavior Management*. In: Wright's Behavior Management in Dentistry for Children, Kupietzky, A. (ed). **Wiley**, (87-125).

Khamis, A. M., Alharandah, W. A., Al-mousa, A. H., Khateri, R. A., Ballaji, R. M., & AlSurayhi, R. M. (2022). *Overview of behaviour management in paediatric dentistry*. **EC Dental Science**, 19(12), 14-22.

Kumari, S., Aijazuddin, A., Patil, A. N., Diwanji, A., Eeraveni, R., Makwani, D., & Ojha, A. (2024). *Audio–Visual Modeling and its Effect on Behavior of Pediatric Patient: An Observational Study*. **Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences**, 16(Suppl 4), S3197-S3199.

Kocken, P. L., Theunissen, M. H., Bezem, J., Huizing, A., van der Ploeg, K. C., Lanting, C. I., & Blanson Henkemans, O. A. (2024). *Flexibilisering in de jeugdgezondheidszorg: passende zorg voor alle kinderen*. **TSG-Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen**, 1-9.

Karaca, S., & Şirinoğlu Capan, B. (2023). *The effect of parental presence on the anxiety during first dental treatment in children*. **Acta Odontologica Scandinavica**, 1-4.

Kol, Ş., & Çelenk, S. (2021). *An evaluation of the relationship between dental anxiety and oral health in children based on maternal dental anxiety*. **International Dental Research**, 11(1), 86-90.

KOL DOĞAN, Ş., & ÇELENK, S. (2023). *Parental dental anxiety levels in pediatric dentistry*. **Conservative Dentistry Journal**, 13(2).

L

Laksono, R. G., & Fauzi, A. (2019). *Encouraging Mothers for Routine Pediatric Dental Check-Up Through Cadres Empowerment Program*. **Indonesian Journal of Dental Medicine**, 2(2), 22-24.

Liu, Y., Gu, Z., Wang, Y., Wu, Q., Chen, V., Xu, X., & Zhou, X. (2019). *Effect of audiovisual distraction on the management of dental anxiety in children: A systematic review*. **International journal of pediatric dentistry**, 29(1), 14-21.

Lupeychinkova, K. N., Sorokina, D. S., Zhurbenko, V. A., & Karlash, A. E. (2024). *Role of child behavior management in forming positive associations with the dentist*. **RUDN Journal of Medicine**, 28(1), 46-56.

Lim, S., Choi, N., & Kim, S. (2024). *Analysis and Consideration of Factors for Predicting Cooperation Levels in Pediatric Dentistry*. **Journal of the Korean Academy of Pediatric Dentistry**, 51(3), 229-244.

Lara, A., Crego, A., & ROMERO-MAROTO, M. A. R. T. I. N. (2012). *Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of fear*. **International journal of paediatric dentistry**, 22(5), 324-330.

M

Mangalekar, S. B., Aijazuddin, A., Almalki, S. A., Langaliya, A., Chatterjee, S., & Kumar, S. (2023). *Dental Anxiety Scales Used In Pediatric Dentistry: A Systematic Review and Meta-Analysis*. **Bangladesh Journal of Medical Science**, 22,1-17

Meira Filho, M. M. D. O., Araújo, D. T. C., De Menezes, V. A., & Granville Garcia, A. F. (2009). *Atendimento odontológico da criança: percepção materna*. **RGO: Revista Gaúcha de Odontologia**, 57(3),311-315.

Menting A.T., de Castro B.O& Matthys W. (2013). *Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta- analytic review*. **Clinical Psychology Review**, 33(8), 901-913.

Mishra, G., Thakur, S., Singhal, P., Ghosh, S. N., Chauhan, D., & Jayam, C. (2016). *Assessment of child behavior in dental operatory in relation to sociodemographic factors, general anxiety, body mass index and role of multimedia distraction*. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, 34(2), 159-164.

Morgan AG, Porrit J (2017). *Background and prevalence on dental fear and anxiety*. In: Dental fear and anxiety in pediatric patients.Campell ,C (ed). **Springer**,3-19

Morgan, A. G., Rodd, H. D., Porritt, J. M., Baker, S. R., Creswell, C., Newton, T., ... & Marshman, Z. (2017). *Children's experiences of dental anxiety*. **International journal of paediatric dentistry**, 27(2), 87-97.

Muratori P, Levantini V, Manfredi A, Ruglioni L, Lambruschi F. (2018). *Parent training interventions for children and adolescents with aggressive behavioral problems*. In: Parenting: Empirical advances and intervention resources, Ingrassia M & Benedetto L (ed). **IntechOpen**. 101-113.

Mydin Meera, A. K., Punathil, S., Pai, A., James, J., Venugopal, J., & Rag, B. (2024). *Fingerprints as an Index for Cooperation in Children during Dental Treatment: A Cross-sectional Study*. **Kerala Dental Journal**, 47(2), 51–54.

Muhabes, M. H., & Al-Obaidi, N. S. (2024). *Understanding and addressing pediatric dental Anxiety: A contemporary overview*. **Al-Azhar Journal of Dental Science**, 27(4), 585–593.

Murad, M. H., Ingle, N. A., & Assery, M. K. (2020). *Evaluating factors associated with fear and anxiety to dental treatment—A systematic review*. **Journal of family medicine and primary care**, 9(9), 4530-4535.

Mercado, C., & Sáez, A. (2019). *Correlation between child and parental dental anxiety in a sample of Chilean schoolchildren*. **International Journal of Medical and Surgical Sciences,(IJMSS)**, 6(1), 7-9.

Mobin, T., Khan, T. Z., Mobin, A., Tahir, M. R., Imran, Q., Gardezi, S. A. M., ... & Muhammed, A. (2023). *Evaluating dental fear and anxiety in pediatric patients visiting a private and a public dental hospital in Lahore, Pakistan*. **Cureus**, 15(2).

Mardiah, A., Nisa, S., & Suriani, A. (2024). *The Importance of Parenting Patterns in the Development of Emotional Intelligence in Elementary School Students*. **Indonesian Journal Of Educational Science And Technology**, 3(2), 121–134.

McMurtry, C.M., Noel, M., Chambers, C.T. and McGrath, P.J., (2011). *Children's fear during procedural pain: preliminary investigation of the Children's Fear Scale*. **Health psychology**, 30(6),780.

N

Nicolas, E., Bessadet, M., Collado, V., Carrasco, P., Rogerleroi, V., & Hennequin, M. (2010). *Factors affecting dental fear in French children aged 5–12 years*. **International Journal of Paediatric Dentistry**, 20(5), 366-373.

O

Oliveira, M. D. F., Stein, C. E., Schrör, F. C. L., & Keske, W. R. (2020). *Evaluation of child anxiety prior to dental care by means of Modified Venham Picture Test, RMS Pictorial Scale and Facial Image Scale Tests*. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, 20, e5068

Ozveren, N., Serindere, G., & Baltaci, E. (2021). *Evaluation of pediatric patient's age, behaviors, and reasons for the first dental visit in Edirne, Turkey: a cross-sectional study*. **Odovtos International Journal of Dental Sciences**, 23(2), 196-205.

P

Panchal J, Panda A, Trivedi K, Chari D, Shah R, Parmar B. (2022) *Comparative evaluation of the effectiveness of two innovative methods in the management of anxiety in a dental office: a randomized controlled trial*. **Journal of dental anesthesia and pain medicine**, 22(4), 295.-304.

Parihar S, Bhayya DP, Kumar P, Tiwari S, Agarwal A, Manglani K P. (2022). *Dealing from Scratch: Pre-Appointment Behaviour Guidance*. **International Journal of Research and Review**, 9(6), 87-90.

Paryab, M., & Hosseinbor, M. (2013). *Dental anxiety and behavioral problems: a study of prevalence and related factors among a group of Iranian children aged 6-12*. **Journal of Indian society of Pedodontics and preventive dentistry**, 31(2), 82-86.

Patır Münevveroğlu, A., Bali Akgöl, B., & Erol, T. (2014). *Assessment of the feelings and attitudes of children towards their dentist and their association with oral health*. **International Scholarly Research Notices**, 2014(1), 867234.

Prutipaisan, W., Chunsuwan, I., Hansakunachai, T., & Sritipsukho, P. (2024). *Characteristics of temper tantrums in 1–6-year-old children and impact on caregivers*. **Clinical and Experimental Pediatrics**, 68(2), 170.

Peric, R., & Tadin, A. (2024). *Associations between dental anxiety levels, self-reported oral health, previous unpleasant dental experiences, and behavioural reactions in dental settings: an adult E-survey*. **Medicina**, 60(8), 1303.

Pottammal, N., & Rao, A. (2020). *Pain reduction techniques during rubber dam clamp placement in children*. **Int J Adv Res**, 8(8), 695-698.

Porritt, J., Buchanan, H., Hall, M., Gilchrist, F. and Marshman, Z., (2013). *Assessing children's dental anxiety: a systematic review of current measures*. **Community dentistry and oral epidemiology**, 41(2), 130-142.

Padila, J., & Ardianto, M. B. (2023). *Edukasi Media Video dan Booklet terhadap Motivasi dan Sikap Orang Tua dalam Merawat Balita dengan Gastroenteritis*. **Journal of Telenursing**, 5(1).

R

Ramazani, N., & Mohsenzadeh, H. (2021). *The effect of pretreatment conditioning by mothers on dental behavior of children: A randomized clinical trial*. **Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences**, 15(1).

Ramesh, R., Sathyaprasad, S., Nandan, S., Havaladar, K. S., & Antony, A. (2024). *Assessment of Preappointment Parental Counseling on Dental Fear and Anxiety in Children in Pedodontic Dental Operator: A Randomized Controlled Trial*. **International Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, 17(3), 346-351.

RAMOS-JORGE, J. O. A. N. A., Marques, L. S., Homem, M. A., Paiva, S. M., Ferreira, M. C., OLIVEIRA FERREIRA, F. E. R. N. A. N. D. A., & RAMOS-JORGE, M. L. (2013). *Degree of dental anxiety in children with and without toothache: prospective assessment*. **International journal of pediatric dentistry**, 23(2), 125-130.

Rath, S., Das, D., Sahoo, S. K., Raj, A., Guddala, N. R., & Rathee, G. (2021). *Childhood dental fear in children aged 7-11 years old by using the Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale*. **Journal of Medicine and Life**, 14(1), 45-49.

Raudino A, Fergusson DM, Woodward L J, Horwood LJ. (2013). The *intergenerational transmission of conduct problems*. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 48(3), 465-476.

Ray, J., Boman, U. W., Bodin, L., Berggren, U., Lichtenstein, P., & Broberg, A. G. (2010). *Heritability of dental fear*. **Journal of dental research**, 89(3), 297-301.

Rosiak, J., & Szymanska, J. (2018). *Non-pharmacological methods of fighting dental anxiety*. **Journal of Pre-Clinical and Clinical Research**, 12(4), 145-148.

Riba, H., Al-Zahrani, S., Al-Buqmi, N., & Al-Jundi, A. (2017). *A review of behavior evaluation scales in pediatric dentistry and suggested modification to the Frankl scale*. **EC Dental Science**, 16(6), 269-275.

Rank, R. C. I. C., Rank, M. S., Vilela, J. E. R., Ogawa, W. N., & Correa, M. S. N. P. (2017). *Dental anxiety and behavior in young children undergoing different distraction techniques*. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, 17(1), 1-11

Raecke, J., & Proyer, R. T. (2022). *Humor as a Multifaceted Resource in Healthcare: An Initial Qualitative Analysis of Perceived Functions and Conditions of Medical Assistants' Use of Humor in their Everyday Work and Education*. **International Journal of Applied Positive Psychology**, 7(3), 397–418.

Rahul, S., Saikiran, K. V., Elicherla, N. R., Anchala, K., Singaraju, A., & Nuvvula, S. (2024). *Evaluation of child's behavior during the pit and fissure sealant administration using the rubber dam and MiniDam: A randomized clinical trial*. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, 42(2), 119-125.

Rahayu, T. W., & Arsal, T. (2024). *Penerapan Pola Asuh Authoritative Sebagai Upaya Pencegahan Kenakalan Remaja Di Desa Warukaranganyar*. **Ganaya**, 7(3), 15–28.

S

- Seligman, L. D., Hovey, J. D., Chacon, K., & Ollendick, T. H. (2017). *Dental anxiety: An understudied problem in youth*. **Clinical psychology review**, 55, 25-40
- Setijanto, D., Rachmawati, R. Y., Kandar, H. S., Hartono, D. R. N., Novitananda, A.,
- Settineri, S., Mallamace, D., Muscatello, M. R. A., Zoccali, R., & Mento, C. (2013). *Dental anxiety, psychiatry and dental treatment: How are they linked ?*. **Scientific Research**, 3(1), 168-172.
- Shindova, M. P., & Belcheva, A. B. (2021). *Dental fear and anxiety in children: A review of the environmental factors*. **Folia Medica**, 63(2), 177-182.
- Šimunović, L., Špiljak, B., Radulović, M., Vlahovljak, A., Ostojić, M., Krlev, J., et al. (2022). *Relationship between Children's and Parents' Dental Anxiety: A Cross-Sectional Study on the Six European Countries*. **Dentistry Journal**, 10(11), 209
- Sivakumar, P., & Gurunathan, D. (2019). *Behavior of children toward various dental procedures*. **International Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, 12(5), 379-384.
- Soares, F. C., Lima, R. A., de Barros, M. V., Dahllöf, G., & Colares, V. (2017). *Development of dental anxiety in schoolchildren: A 2-year prospective study*. **Community dentistry and oral epidemiology**, 45(3), 281-288.
- Stein Duker, L. I., Grager, M., Giffin, W., Hikita, N & .Polido, J. C. (2022). *The Relationship between Dental Fear and Anxiety, General Anxiety/Fear, Sensory Over-Responsivity, and Oral Health Behaviors and Outcomes: A Conceptual Model*. **Int J Environ Res Public Health**, 19, 1-23.
- Stenebrand, A., Wide Boman, U., & Hakeberg, M. (2013). *Dental anxiety and symptoms of general anxiety and depression in 15-year-olds*. **International Journal of Dental Hygiene**, 11(2), 99-104.
- Sun, I. G., Hung, C. C., Lo, E. C. M., & Duangthip, D. (2024). *Global prevalence of early childhood dental fear and anxiety: A systematic review and meta-analysis*. **Journal of Dentistry**, 142(2024),104841.

Suprabha, B. S., Rao, A., Choudhary, S., Shenoy, R. (2011). *Child dental fear and behavior: the role of environmental factors in a hospital cohort*. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, 29(2), 95-101.

Samal, A., Menon, I., Jha, K., Kumar, G., Singh, A., Dash, K. S., & Saxsena, A. (2024). *Influence of Parental Dental Anxiety on Children's Oral Health Status-a Cross Sectional Survey*. **Journal of Health Science and Medical Research**, 20241134.

Saygılı, S., Bahçeci, D. N., & Kasımoğlu, Y. (2023). *Dentists' Approaches to Children and Current Basic Behavior Management Guideline: A Review*. **Journal of Child**, 23(4), 389-395.

Sarapultseva, M., Yarushina, M., Kritsky, I., Ibragimov, R., & Sarapultsev, A. (2020). *Prevalence of dental fear and anxiety among Russian children of different ages: The cross-sectional study*. **European journal of dentistry**, 14(04), 621-625.

Sharma, A., & Tyagi, R. (2011). *Behavior assessment of children in dental settings: A retrospective study*. **International journal of clinical pediatric dentistry**, 4(1), 35.

Staugaard, S., Jøssing, M., & Krohn, C. (2017). *The role of negative and positive memories in fear of dental treatment*. **Journal of Public Health Dentistry**, 77(1), 39–46

Sathyaprasad, S., Ramesh, R., Nandan, S., Havaladar, K. S., & Antony, A. (2024). *Assessment of Preappointment Parental Counseling on Dental Fear and Anxiety in Children in Pedodontic Dental Operator: A Randomized Controlled Trial*. **International Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, 17(3), 346–351

T

Tong, H. J., Khong, J., Ong, C., Ng, A., Lin, Y., Ng, J. J., & Hong, C. H. L. (2014). *Children's and parents' attitudes towards dentists' appearance, child dental experience and their relationship with dental anxiety*. **European Archives of Paediatric Dentistry**, 15, 377-384.

Townsend, J. A., & Wells, M. H. (2019). *Behavior guidance of the pediatric dental patient*. In: *Pediatric dentistry*. **Elsevier**, 352-370.

Tarmidzi, N. A. A., Ramli, N. M., & Amran, N. (2022). *Medical emergencies response plan: is your dental clinic ready?*. **IIUM Journal of Orofacial and Health Sciences**, 3(2), 194-202.

Tiwari, S., Kulkarni, P., Agrawal, N., Mali, S., Kale, S., & Jaiswal, N. (2021). *Dental Anxiety Scales Used in Pediatric Dentistry: A Systematic Review and Metaanalysis*. **J Contemp Dent Pract**, 22(11), 1338-1345.

U

Uchôa, S. A. C. L., Corrêa, S. C. L., Corrêa, D. L., Corrêa, V. C., & Dias, H. B. (2024). *Behavioral management techniques in pediatric dentistry: a literature review*. **Seven Editora**, chapter 39.

V

Van den Branden, S., Van den Broucke, S., Leroy, R., Declerck, D., & Hoppenbrouwers, K. (2012). *Effects of time and socio-economic status on the determinants of oral health-related behaviours of parents of preschool children*. **European journal of oral sciences**, 120(2), 153-160.

Veerkamp, J. S., & Wright, G. Z. (2021). *Children Behavior in the Dental Office*. In: Wright's Behavior Management in Dentistry for Children, Kupietzky, A. (ed). **Wiley**, 23-35.

Versloot, J., Veerkamp, J. S., & Hoogstraten, J. (2008). *Children's self-reported pain at the dentist*. **PAIN®**, 137(2), 389-394.

Vijayakumar, M., Sabari Lavanya, S. J., PonnuduraiArangannal, J. J., & AarthiJ, A. S. (2020). Key Stone Entity In Paediatric Dentistry: Tell Play Do. **European Journal of Molecular & Clinical Medicine**, 7(2), 6563-6566.

Vlad, R., Monea, M. and Mihai, A., (2020). *A Review of the Current Self-Report Measures for Assessing Children's Dental Anxiety*. **Acta Medica Transilvanica**, 25(1).53-56.

Vlad, R., Pop, A. M., Olah, P., & Monea, M. (2020). *The Evaluation of Dental Anxiety in Primary School Children: A Cross-Sectional Study from Romania*. **Children**, 7(10), 158.

Vater, L., & Lemanek, K. L. (2024). *This may hurt: Coping with pain and preparing children for medical/dental procedures*. In The Parents' Guide to Psychological First Aid: Helping Children and Adolescents Cope With Predictable Life Crises (pp. 38-45). **Oxford University Press**.

Viswanath, S., Asokan, S., Geethapriya, P. R., & Eswara, K. (2020). *Parenting Styles and their Influence on Child's Dental Behavior and Caries Status: An Analytical Cross-Sectional Study*. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, 44(1), 8-14.

W

Weiner, A. A (2011). *The basic principles of fear, anxiety, and phobia: past and present*. In: *The fearful dental patient: a guide to understanding and managing*. John Wiley & Sons(ed). **Wiley**, 3-25.

Wright, G. Z., & Kupietzky, A. (2014). *Non-Pharmacologic Approaches in Behavior Management*. In *Behavior management in dentistry for children*. **Wiley**, 63-91.

Wu, L., & Gao, X. (2018). *Children's dental fear and anxiety: exploring family related factors*. **BMC Oral Health**, 18, 1-10.

Waldeck, D., Pancani, L., Holliman, A., Karekla, M., & Tyndall, I. (2021). *Adaptability and psychological flexibility: Overlapping constructs?*. **Journal of Contextual Behavioral Science**, 19, 72-78.

Wright G,Z.,& Stigers J.I. (2021). *Non-pharmacologic Management of Children`s Behaviors*. In: McDonld and Avery's dentistry for the child and adolescent, Jeffrey A. Dean, David R. Avery, Ralph E. McDonald. (ed). **E-book Elsevier Health Sciences**, 27-40.

X

Xairullaevna, O. N., & Alimjanovich, R. J. (2020). *NON-PHARMACOLOGICAL METHODS OF CONTROLLING THE CHILDREN'S BEHAVIOR AT THE DENTAL APPOINTMENT*. **Euro-Asia Conferences**, 1(1), 62-65.

Xia, B., & Zhang, S. (2012). *Effect of pretreatment education of the guardians of children's behavior during dental treatment*. **Journal of Peking University. Health Sciences**, 44(1), 125-129.

Xia, B., WANG, C. L., & GE, L. H. (2011). *Factors associated with dental behavior management problems in children aged 2–8 years in Beijing, China*. **International journal of pediatric dentistry**, 21(3), 200-209.

Y

Yeptho, B., Emmanuel, B. J., Shekhawat, D., Raja, J., & Inda, V. S. (2021). *A review on non-pharmacological behavior shaping in pediatric dentistry emphasized on tell-show-do and its modifications*. **Journal of Advanced Clinical and Research Insights**, 8(4), 91-93.

Yon, M.J.Y., Chen, K.J., Gao, S.S., Duangthip, D., Lo, E.C.M. and Chu, C.H., (2020), *An introduction to assessing dental fear and anxiety in children*. **Healthcare MDPI**, 8(2), 86.

Yoon, R. K., & Chussid, S. (2009). *Topical anesthesia for rubber dam clamp placement in sealant placement: comparison of lidocaine/prilocaine gel and benzocaine*. **Pediatric Dentistry**, 31(5), 377-381.

Z

Zarei, M., et al. (2016). *Dental Anxiety and Pain Perception related the Appearance of Dental Injectors: A Randomized Clinical Trial*. **Ambient Science**, 3(2):50–53.



الملاحق Appendices





ملحق رقم 1: بيان الموافقة المستنيرة

جامعة دمشق

كلية طب الأسنان

قسم طب أسنان الأطفال

تأثير تثقيف الأمهات في تعديل سلوك الطفل أثناء الرعاية السنّية

تعتمد معظم خصائص وسلوكيات الطفل بشكل أساسي على خصائص الوالدين، حيث ترتبط قدرة الطفل على التفاعل بطريقة صحيحة مع الأشخاص المحيطين به كما هو الحال في المدرسة أو العيادة السنّية بالأساليب التربوية التي تتم فيها رعاية الطفل في المنزل والتي لها تأثير كبير على سلوك الطفل.

طفلك مدعو للمشاركة في دراسة الباحثة مريم شرف لتقييم تأثير تثقيف الأمهات في تعديل سلوك الطفل أثناء الرعاية السنّية، سيتم في الزيارة الأولى مقابلة طفلك من قبل الباحثة وإجراء فحص فموي لتحديد المعالجة اللازمة والعمل على تأسيس علاقة جيدة مع الطبيب والبيئة السنّية .

تعاونك مع الباحثة والالتزام بالتعليمات شرطاً أساسياً للدخول في عينة البحث.

ستقوم الباحثة بمقابلتك أيضاً للإجابة على بعض الأسئلة للتعاون معها على تعديل سلوك الطفل قبل جلسة المعالجة التي ستكون بعد أسبوع من الجلسة الأولى.

أنا الموقع أدناه ولي أمر الطفل/ةأوافق على مشاركة طفلي في البحث ولامانع لدي من الاجراء المذكور.

الاسم والتوقيع:.....



ملحق رقم 2 : استمارة البحث

جامعة دمشق

كلية طب الأسنان

قسم طب أسنان الأطفال

تأثير تثقيف الأمهات في تعديل سلوك الطفل أثناء الرعاية السنية

اسم الطفل:

عمر الطفل:

جنس الطفل:

تصنيف سلوك الطفل وفقاً لمقياس فرانكل قبل التدخل:

تصنيف سلوك الطفل وفقاً لمقياس فرانكل بعد التدخل:

درجة القلق وفقاً لمقياس Facial Image Scale قبل التدخل:

درجة القلق وفقاً لمقياس Facial Image Scale بعد التدخل:



ملحق رقم 3: استمارة المقابلة مع الأم

جامعة دمشق

كلية طب الأسنان

قسم طب أسنان الأطفال

الاسم:

العمر:

المهنة:

مكان الإقامة:

رقم الجوال:

ولي أمر الطفل / الطفلة:

عمره / عمرها:

الخيارات الإجابة	الأسئلة
لا نعم	هل تعرّض طفلكِ لعمل جراحي سابقاً؟
لا نعم	هل احتاج طفلكِ لأخذ دواء عن طريق الحقن سابقاً؟
لا نعم	هل عانى طفلكِ من ألم سني سابقاً؟
لا نعم	هل ذهب طفلكِ إلى طبيب الأسنان سابقاً كمرافق لأحد أفراد العائلة؟
لا نعم	هل ذكرتي لطفلكِ مصطلح حفارة أو وزازة؟
لا نعم	هل ذكرتي لطفلكِ مصطلح فرشاة كهربائية؟
لا نعم	هل ذكرتي مصطلح إبرة أمام طفلكِ؟
لا نعم	هل ذكرتي لطفلكِ مصطلح دواء أو عصير منوم بدلاً من المخدر؟
لا نعم	هل قمتي بتشجيع طفلكِ على المعالجة مقابل مكافأة من اختياره؟

ملحق رقم (4): ورقة بحثية تم نشرها في المجلة العربية لطب أسنان الأطفال في جامعة

دمشق

Syrian Arab Republic
Damascus University
Damascus University Journal

الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق
مديرية مجلات جامعة دمشق

موافقة نشر
research approval

Damascus: 3/3/2025
 No : 15569/2
 Dear
 Mariam Ismael Sharaf
Prof. Mayssoon Ahmad Deeb Dashash

دمشق: 2025/3/3
 رقم البحث: 15569/2
 السادة
 مريم اسماعيل شرف
 أ.د. ميسون أحمد ديب داشاش

We are pleased to inform you that your research entitled:
The relationship between maternal dental anxiety and children's dental anxiety: a cross-sectional study

العلاقة بين القلق السني لدى الأمهات والقلق السني لدى الأطفال: دراسة مقطعية

Sent to us on 10/1/2025 has been accepted by Damascus University Journal for Pediatric Dentistry

المرسى إلينا بتاريخ 2025/1/10 قد قبل للنشر في مجلة جامعة دمشق لطب أسنان الأطفال

On 3/3/2025
 Best regards.

بتاريخ 2025/3/3
 مع فائق الاحترام

Editor in chief of the Journal for Pediatric Dentistry
Prof. Mayssoon Ahmad Deeb Dashash

رئيس تحرير مجلة طب أسنان الأطفال
 أ.د. ميسون أحمد ديب داشاش

Director of journal
Prof. Ahd Elias Abou Younes

مديرة المجلات
 أ.د. عهد الياس أبو يونس

ISSN: 3078-4522

Syrian - Damascus University - Damascus University Journal
 سورية - جامعة دمشق - مديرية المجلات

Development

Babakurd et al. J Med Edu Dev. 2025; 18(1): 65–75

Journal of Medical Education Development

Original Article

Identification of essential competencies for the pediatric dentistry curriculum at Damascus University: A Delphi study

Farah Babakurd¹ , Mariam Sharaf¹ , Maysoon Dashash^{2*} ¹Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Damascus University, Syria.²Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Damascus University, Syria

Article info



Article history:

Received 23 Aug. 2024

Accepted 5 Feb. 2025

Published 14 Apr. 2025

*Corresponding author:

Maysoon Dashash, Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Damascus University, Syria

Email: mdashash@yahoo.com

How to cite this article:

Babakurd F, Sharaf M, Dashash M. Identification of essential competencies for the pediatric dentistry curriculum at Damascus University: A Delphi study. J Med Edu Dev. 2025; 18(1): 65–75.

Abstract

Background & Objective: Global education is focusing on the significance of developing competency-based curricula nowadays. This study aims to establish a comprehensive set of essential competencies in pediatric dentistry designated for the curriculum at Damascus University to ensure that the graduates are equipped with the knowledge, skills, and professional attitudes to deliver effective pediatric dental care.**Materials & Methods:** This qualitative exploratory study used Delphi techniques to build a consensus among experts on the core competencies of the pediatric dentistry curriculum at Damascus University in 2024. This study used two sequential qualitative methods: a focus group and the Delphi technique. A focus group was conducted with one medical education expert and three specialists in pediatric dentistry to develop an initial list of competencies. This list was assessed using a two-round Delphi technique utilized for this purpose. 25 participated in the process, and out of the 34 experts invited, Competencies that garnered at least 80% agreement among the experts were included in the final list. The analysis included descriptive statistics such as mean and standard deviation.**Results:** The study identified 47 core competencies, of which 15 were related to knowledge: facts and concepts in pediatric dentistry; 21 were related to skills: abilities to perform an activity or a task; and 11 were related to attitudes: feelings or opinions that guide behavior. **Conclusion:** The application of theoretical knowledge acquired in various aspects of clinical education is hampered by diverse challenges. These challenges manifest at different levels, encompassing management, policy, infrastructure, and human and material resources. Prioritizing identified issues and implementing corrective actions based on existing capacities is the initial step in overcoming these challenges.**Conclusion:** Identifying a comprehensive framework of essential competencies for the pediatric dentistry curriculum at Damascus University has been successfully established. This framework is good because it aligns differently with global education trends. Still, it aims to improve the dental care provided by future practitioners. The results will be an asset to the curriculum developers and educators in pediatric dentistry to ensure that graduates are better equipped to provide quality care to their young patients.**Keywords:** pediatric dentistry, educational curricula, competency-based medical education, Delphi technique.

Introduction

Competency-Based Medical Education (CBME) is an outcome-oriented approach focused on designing, implementing, and evaluating educational programs [1]. Its first aim is to identify the skills, knowledge, and professional attitudes that learners should be able to practice independently [2]. Knowledge entails acquiring, retaining, and effectively utilizing

information, requiring mental effort and the capacity to grasp concepts while distinguishing between right and wrong. While skill aims to represent the practical application of knowledge and established rules, leading to actions guided by specific ethical principles, an example of that is balancing expected benefits with potential risks. Attitude refers to predispositions that



Abstract

Background: Dental fear and anxiety are among the main challenges in pediatric dentistry. The importance of behavior management arises when assessing the effects of dental anxiety, which may completely or partially limit dental care. Parents (especially mothers) play an important role in their child's reaction in the dental clinic, especially when they have negative dental experiences. This study aimed to evaluate the effect of maternal education on modifying children's behavior.

Methods: This interventional study was conducted on 60 child – mother dyads who attended the Department of Pediatric Dentistry at Damascus University. The children were 6 to 12 years old with negative or definitely negative behavior according to the Frankl behavior rating scale and were indicated for the application of a sealant to one of the permanent first molars.

The mothers were given a brochure containing information about the mother's relationship with the child and her role in providing dental care and establishing positive child behavior, unwanted maternal behavior before and during treatment, desired maternal behavior before and during treatment terms and expressions to use and expressions to avoid.

A week later, sealant was applied to one of the permanent first molars. The data were analyzed using SPSS version 24 at a significance level of 0.05.

Results: There was a significant difference between the dental behavior of children before and after the intervention ($P<0.05$). There was a significant difference between anxiety rates before and after the intervention ($P<0.05$).

Conclusions: Pediatric dentists can promote child behavior by educating mothers on how to prepare their children for dental visits.

Keywords: pediatric dentistry, dental anxiety, dental fear, behavior.

Syrian Arab Republic

Damascus University

Faculty of Dentistry

Department of Pediatric Dentistry



The Effect of Maternal Education on Modification Child Behavior
During Dental Care
(Interventional Study)

A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirement for
Master degree in Pediatric Dentistry

By

Mariam Ismael Sharaf

Supervisor

Prof. Mayssoon Dashash

2025 AD