

رهاب علاج الأسنان وعلاقته بالمزاج لدى الأطفال

Doi:10.29343/1-85-4

د. محمد قاسم عبد الله

أستاذ الصحة النفسية، كلية التربية بجامعة حلب - الجمهورية العربية السورية

الملخص :

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على نسبة انتشار رهاب علاج الأسنان والعيادة السنية لدى الأطفال ودراسة علاقته بمزاج الطفل. وقد اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي من خلال تطبيق أداتين: الأولى مقياس رهاب علاج الأسنان عند الأطفال، والثانية مقياس المزاج عند الطفل، وذلك على عينة مؤلفة من (393) طفلاً من مراجعي العيادات السنية ومشفى جراحة الفم والفكين في جامعة حلب من الذكور (ن = 195) والإناث (ن = 198)، وذلك في العام الدراسي 2017-2018، وتتراوح أعمارهم بين 6-13 سنة. وقد أظهرت النتائج أن نسبة الرهاب المتوسط بلغت 49.11% والمستوى المرتفع منه بلغت 31.5%، كما أن هذه المخاوف أعلى لدى الإناث منها لدى الذكور. من جهة أخرى فقد تبين وجود علاقة موجبة دالة بين رهاب علاج الأسنان وأبعاد المزاج التالية: النشاط، المقاومة، الحالة المزاجية/الانفعالية، والتشتت، وكانت علاقة سالبة مع كل من: الانتظام، والإقدام، والتكيف. الكلمات المفتاحية: رهاب علاج الأسنان، المزاج، الأطفال.

Dental Treatment Phobia and Its Relationship with Temperament Among Children Mohammad Qassim Abdullah

Dept. Counseling Psychology, faculty of Education, University of Aleppo, Syria

Abstract

The aim of this study was to identify the percentage of dental phobia among children, and its relationship with temperament of children. The analytical descriptive methodology was used with two instruments: Dental phobia questionnaire and child temperament scale. The sample included (393) outpatient children in dental clinics of Aleppo University in the academic year of 2017-2018. The children aged between 6-13 years. The findings indicated that the mean of dental phobia was 31.5 while high level of dental phobia was 49.11. The dental phobia was significantly higher among females than among males. On the other hand, there were significantly positive correlation between dental phobia and the following factors: Activity, resistance, mood quality, distractibility, and negative correlation between dental phobia and the following factors: regularity, first reaction (approach), and adaptability.

Keywords: Dental Phobia, Temperament, Children.

تم استلام البحث في ديسمبر ٢٠١٨ وأجيز للنشر في فبراير ٢٠١٩.

المقدمة:

يعتبر الخوف من مظاهر النمو الانفعالي الطبيعي خلال مراحل الطفولة، ويعد الخوف رد فعل سوي لمواقف تهديد أو خطر واقعي أو متخيل. (Baier, Milgrom, & Russell, 2004). إن مخاوف الأطفال تشكل نمطاً معقداً يتغير خلال مراحل النمو، والعديد من هذه المخاوف عامة وشائعة باعتبارها ضرورية للحفاظ على الحياة أو البقاء survival لأنها تتيح للفرد تجنب مواقف الخطر (Danger) أو التهديد (Threat). إلا أن موضوعات التهديد أو الخطر تعرضت للتعديل والتغيير في المجتمعات المعاصرة، أو ظهور موضوعات جديدة تثير الخوف، مثل الهواتف الذكية، وانتشار رهاب ترك الهاتف المحمول (Nomophobia).

يعتبر الخوف من معالجة الأسنان Dentist fear من المخاوف الشائعة لدى الصغار والكبار. ومنهم من يترددون في مراجعة طبيب الأسنان لخوفهم من ألم العلاج أو نتيجة لزيارة سابقة مؤلمة أو لمعرفتهم عن معاناة مريض أثناء العلاج كخلع سن أو عملية جراحية في الفم والفكين. إن رهاب علاج الأسنان هو خوف فريد ومتميز مقارنة مع المخاوف الأخرى النوعية باعتبارها تتضمن أذى أو جرحاً جسماً على خلاف المخاوف النوعية الأخرى. إن عضو الفم من الأجزاء الحساسة في جسم الفرد ومن المستقبلات الأكثر حساسية في جسم الإنسان (Tiggemann, 2014) فهو كجزء من أجزاء الجسم له العديد من الأهداف والوظائف مثل: الأكل، والحديث أو النطق. كما أن له أهمية خاصة، لنمو الطفل في مراحل الطفولة المبكرة كما شدد فرويد وأريكسون وبياجيه (Locker, Poulton & Thomson, 2001).

يعتبر معظم الأطفال زيارة عيادة طبيب الأسنان مزعجة وتؤدي للضغط النفسي (الأصوات، النكهة الغريبة، تطبيق مادة ذات طعم غريب، مقابلة أشخاص غرباء، الانزعاج، الألم). لذلك فإن السلوك غير المتعاون ورد فعل الخوف والقلق هي استجابات انفعالية شائعة في الممارسة السنية اليومية. علاوة على ذلك، فإن من غير المستغرب أن تكون العلاقة بين الفم والانفعال في جسم الإنسان تمثل مصدر خبرات انفعالية مثل الخوف. حتى حين تكون ردود الأفعال واستجابات الخوف طبيعية وسوية تجاه المعالجة السنية، فإن نمو المخاوف المرضية مرتبطة بالعديد من العوامل بما فيها الإشارات المباشرة عن طريق الخبرات التي يمر بها الفرد أثناء المعالجة السنية إضافة إلى عدد من العوامل البيئية والاجتماعية، وهذه العوامل المتداخلة تعقد من فهمنا ودراستنا لمخاوف العيادة والمعالجة السنية (Olak, Saag & Honkala, 2013)..

في الوقت الذي تتطلب فيه مهنة طبيب الأسنان مستوى عالياً من المهارة الفنية التخصصية، إلا أنها تتطلب منه أيضاً مهارة عالية في فهم شخصية المريض، والتواصل الجيد، وفهم الحالة النفسية والسلوكية للمريض لما لها من أثر كبير في سير المعالجة. وتبدو هذه الأهمية بشكل خاص مع الأطفال، باعتبار مرحلة الطفولة من أهم المراحل التي تتشكل فيها شخصية الفرد جسماً، وانفعالياً واجتماعياً والتي تحدد سلوك الفرد ونمط شخصيته اللاحق من جهة، ومطاوعته للمعالجة من جهة أخرى. وتلعب وسائل الإعلام دوراً مهماً في ذلك من حيث رؤية المريض في البرامج والأفلام التلفزيونية أو مشاهدة الصور التي تصور المعالجة السنية بشكل خاطئ أو مخيف، مما يترك انطباعات غير سوية في ذهن الطفل (الكبيسي، مسلم، عبد الغني، اسحق، 2012، ص 159). وقد أشار ستوم (Stom, 2008) إلى أن رهاب معالجة الأسنان مشكلة كبيرة لدى المترددين على العيادة السنية لأنها تعتبر بمثابة خبرة ضاغطة

(Stressful experience)، كما أن الاستجابة الانفعالية والسلوكية للطفل على كرسي طبيب الأسنان هي موضع اهتمام ودراسة لدى كل من الباحثين والمتخصصين في علم النفس الصحي السريري وأطباء أسنان الأطفال. فالاستجابات المبكرة لعلاج الأسنان يمكنها أن تسهل أو تعيق الاستجابة اللاحقة، كما أنها تؤثر في درجة مطاوعة الطفل وإذعانه لخطة المعالجة ونجاحها Compliance & Adherence (عبدالله والحسين 2017، ص 187).

مشكلة الدراسة:

إن رهاب المعالجة السنية كسلوك يتم اكتسابه خلال مراحل نمو الطفل وحتى المراهقة. وبعد سن الثالثة يصبح الأطفال أكثر وعياً لأنفسهم وبيئتهم، وكذلك بأجسامهم ووظائف الأعضاء، وهذا ما يجعلهم عرضة للخوف من الأذى والمرض، والألم، مما يخلق لديهم حالة من سوء التكيف الشخصي. وقد أظهرت الدراسات أن الإشراف بالاقتران (الإشراف الكلاسيكي - الاستجابي) والتعلم الاجتماعي بالملاحظة والتعزيز من أبرز أشكال التعلم التي يتشكل فيها هذا الخوف، على الرغم من وجود العديد من العوامل الأخرى التي تشكله (Neverlien, 1994). وقد ذكر روست وولمين ومناس (Rousset, Lambin & Manas, 1997) أن من العوامل الإمبراضية التي تساعد في تشكيل رهاب الأسنان لدى الأطفال: العوامل الشخصية (مثل: العمر، والقلق العام، والمزاج)، والعوامل الخارجية (مثل: قلق الوالدين، الحالة الاجتماعية للأسرة)، والعوامل الخاصة بالعيادة السنية (مثل: الألم، وفريق المعالجة السنية) على اعتبار أن الشخصية كل متكامل، تتبادل الجوانب الجسمية والانفعالية والاجتماعية التأثير والتأثر فيما بينها، فالانفعالات السلبية (كالخوف) تؤخر العلاج، وتخلق الكثير من المشكلات الجسمية، في حين أن الانفعالات الإيجابية تساعد في تسهيل المعالجة وتحسين الصحة. وهذه السلوكيات تعكس مستوى الرقي الفكري والثقافي للمجتمع خاصة في مرحلة نمائية مهمة في تشكل الشخصية وهي مرحلة الطفولة.

على الرغم من أن مفهوم المزاج يمتد بجذوره إلى الفكر الفلسفي قديماً، إلا أن دراسته العلمية التجريبية والإكلينيكية تعود إلى منتصف القرن الماضي. وزاد الاهتمام به في العقود الأربعة الأخيرة خاصة في مجالات علم نفس النمو والاضطرابات النفسية والشخصية. يعد توماس وتشيس وبيرك (Thomas Chess & Birch 1970) من أوائل الباحثين الذين صنفوا الأطفال إلى ثلاث فئات: الطفل صعب المزاج، والطفل سهل المزاج، والأطفال العاديين. على الرغم من أن نتائج الدراسات المتعلقة بمتغيرات كل من العمر، والنوع متنوعة (Milgrom, 2009)، إلا أن دراسة علاقة رهاب علاج الأسنان بالمزاج لدى الطفل من المتغيرات النفسية المهمة التي يجب دراستها، فإذا كان الطفل ذو المزاج الخجول والذي يحمل نزعة انفعالية سلبية أكثر تعبيراً عن المخاوف من علاج الأسنان، فماذا عن متغيرات أو أبعاد المزاج الأساسية التي اتفق عليها الباحثون مثل رد الفعل الأولي، والمقاومة، ونوعية المزاج، والتكيف، والشدة، والانتظام والنشاط، والتشتت، والمداومة. من هنا تتمحور مشكلة هذه الدراسة في التساؤل الرئيس التالي: «ما علاقة رهاب علاج الأسنان بالمزاج لدى الأطفال المترددين على العيادات السنية».

تساؤلات الدراسة:

- 1 - ما نسبة الأطفال الذين يظهر لديهم رهاب علاج الأسنان لدى مراجعي العيادات السنية عينة الدراسة؟
- 2 - هل توجد علاقة دالة إحصائياً بين رهاب علاج الأسنان ومزاج الطفل؟
- 3 - هل توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في رهاب علاج الأسنان؟

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى الإجابة عن التساؤلات التالية:

- 1 - التعرف على نسبة الأطفال الذين يظهر لديهم رهاب علاج الأسنان لدى مراجعي العيادات السنية.
- 2 - التعرف على العلاقة بين رهاب علاج الأسنان والمزاج عند الأطفال.
- 3 - الكشف عن دلالة الفروق بين الذكور والإناث في رهاب الأسنان.

أهمية الدراسة:

الأهمية النظرية: تتحدد الأهمية النظرية للدراسة في النقاط التالية:

- تعد هذه الدراسة الأولى التي تتناول موضوع المخاوف المرضية من علاج الأسنان وعلاقتها بالمزاج لدى الأطفال على المستوى المحلي، في حدود علم الباحث.
- الوقوف على مدى تأثير مخاوف الأطفال من العيادة السنية على نجاح خطة المعالجة وتأثيرها على صحته النفسية.
- توجيه أنظار أطباء الأسنان الممارسين إلى الاهتمام بمخاوف الأطفال من العيادة السنية خاصة وأن مثل هذه المشكلات لا يتم تشخيصها، وبعضها قد يتمثل للشفاء بشكل تلقائي، إلا أن بعضها يستمر ويتجه نحو مزيد من التعقيد وتصبح مزمنة Chronic، وقد تتعمم على المؤسسات الصحية والطبية الأخرى كالمستشفيات.

الأهمية التطبيقية: تتحدد الأهمية التطبيقية للدراسة في النقاط التالية:

- الاستفادة من نتائج هذه الدراسة لدى الجهات الصحية وخاصة في إعداد البرامج الإرشادية الوقائية والداعمة لرفع مستوى الصحة النفسية وتحسين سلوك المطاوعة والإذعان للعلاج في العيادة السنية.
- تساعد هذه الدراسة في توظيف نتائجها من خلال تفعيل دور مؤسسات التنشئة الاجتماعية (الأسرة، المدرسة، الأقران، الجامعة، وسائل الإعلام، والمؤسسات الثقافية، بالإضافة إلى المؤسسات الصحية).

تعريف المصطلحات:

رهاب علاج الأسنان Dental phobia : هو خوف غير عقلائي وغير مبرر من مراجعة طبيب الأسنان والعيادة أثناء العلاج، ولا يستطيع السيطرة عليه والتحكم به رغم معرفته بأنه خوف لا مبرر له ومبالغ فيه.

وتظهر هذه الأعراض أثناء المعالجة أو بمجرد الانتظار في عيادة طبيب الأسنان. وبذلك هو خوف حاد يعايشه الرهابي بصورة مؤلمة وبجلاء جزئي في الوعي، مع اعترافه بلامنطقية خوفه، ويظل عاجزاً عن التخلص من بيئته مشاعر الخوف والقلق المصاحب لها. (Clanetti, Lombardo, Lupatelli, Pagano, Abraha, Monte-). (dori., Caruso, Gatto, Giorgio, Salvato, & Paglia, 2017).

يعرف رهاب علاج الأسنان إجرائياً بأنه " الدرجة التي يحصل عليها الطفل في مقياس رهاب علاج الأسنان المستخدم في هذه الدراسة".

المزاج Temperament: يعرف المزاج بأنه استعداد تكويني للفرد يحدد نمط الاستجابة وردود الفعل كما تظهر في عدة خصائص مثل مستوى الطاقة العامة، والتكوين الانفعالي، والشدة، والانتظام، والقدرة على التكيف، والحالة المزاجية. ولهذا النمط أو التكوين الثابت أساس وراثي ويظهر منذ الأشهر الأولى من حياة الطفل، كما أنه يخضع للتعديل والتغير إلى حد ما من خلال خبرات الحياة والتنشئة الاجتماعية. مثلاً قد يكون الفرد الهادئ (Placid person) أكثر حذراً وتوجساً (Vigorous)، والشخص المتقلب (Volatile person) قد يصبح أكثر تحكماً وضبطاً (Controlled). كما يعرف بأنه " سمة تكوينية عضوية تحدد المزاج العام (General Mood) للشخص"، (Corsini, 2002).

ويعرف المزاج إجرائياً بأنه " الدرجة التي يحصل عليها الطفل في مقياس المزاج المستخدم في هذه الدراسة".

حدود الدراسة:

- 1 - حدود مكانية: تتحدد هذه الدراسة مكانياً في العيادات السنية وجراحة الفم والفكين في كلية طب الأسنان بجامعة حلب.
- 2 - حدود زمنية: أجريت هذه الدراسة في العام الدراسي 2017-2018 .
- 3 - الحدود العمرية: الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5-13 سنة.
- 4 - الحدود الموضوعية: تتحدد هذه الدراسة في تقصي نسبة الأطفال الذين يعانون من رهاب علاج الأسنان، وكشف علاقته بالمزاج.
- 5 - الحدود المنهجية: تتحدد هذه الدراسة بحدود المنهج الوصفي التحليلي، والأدوات المستخدمة فيها وهي مقياس رهاب علاج الأسنان ومقياس المزاج عند الأطفال.

الإطار النظري:

الخوف هو استجابة أو رد فعل لتهديد واقع أو متخيل وهو مظهر من مظاهر النمو السوي. والخوف انفعال غير سار ينتج عن اعتقاد الفرد بأن أشخاصاً أو موضوعات تسبب خطراً على الفرد كالألم والتهديد أو الأذى. سريرياً، يوصف الخوف بأنه استجابة، ورد فعل مرضي لموضوعات أو مثيرات مثل الإبر أو الحقن، والعناكب. إن التعرض لمثيرات الخوف تخلق ردود فعل جسمي (Bodily/somatic)، ومعرفية (Cognitive)، وانفعالية (Emotional)، وسلوكية (Behavioral) متنوعة. ويتضمن المكون العضوي-الجسمي تغيرات لاإرادية في الجسم بعد تلقي التهديد، بعضها يكون تغيرات داخلية (عضوية هرمونية

وعصبية غير مرئية) أو تغيرات خارجية (مرئية يمكن ملاحظتها كضربات القلب والتنفس، وحركات الجسم، وتعبيرات الوجه). أما المكون المعرفي فيتضمن المعتقدات والمدرجات والذكريات المتعلقة بمثير أو موضوع التهديد والمعلومات المرتبطة بهذه الخبرة أو الحدث غير السار. أما المكون الانفعالي فإنه يتضمن ردود الفعل الشعورية لمواجهة هذه المثيرات مثل الهلع، والألم كخبرة شعورية وهي عواقب انفعالية. وبعد التعرض المتكرر لنفس المثير أو الموقف تحدث ردود أفعال واستجابات الخوف. إننا نتعلم بشكل لاشعوري كيف نهرب من موقف التهديد قبل التعرض له ومواجهته. إن التجنب يقود إلى الانسحاب والابتعاد عن مثيرات التهديد (Milgrom, et al., 2009).

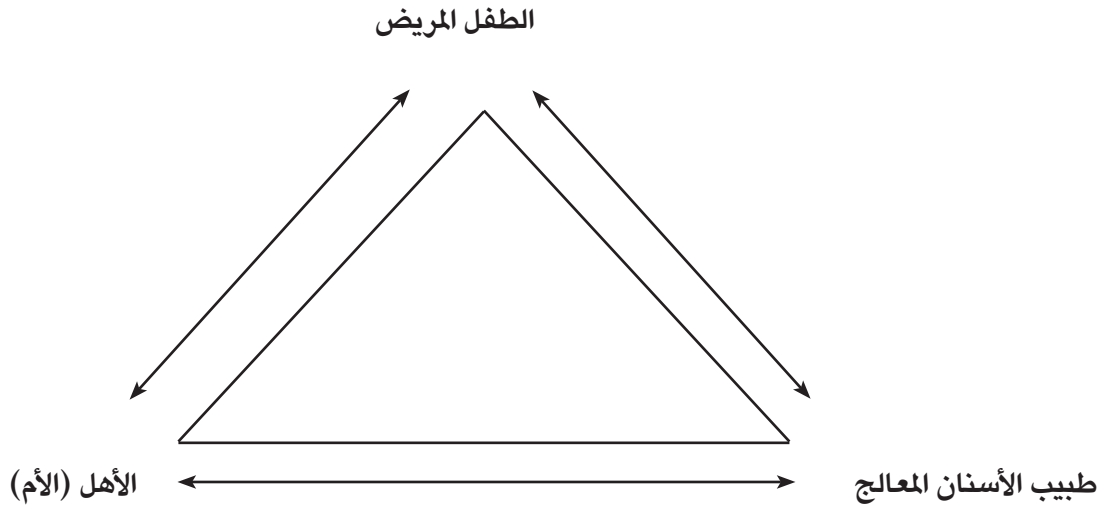
المزاج: يبدو الأطفال الذين يرفضون المعالجة السنوية مختلفي المزاج عن الآخرين، وهذا يتفق مع النظريات التي تعتبر القلق سمة ذات أساس وراثي (المزاج) يتعزز بتأثير من البيئة المحيطة.

حيث يتصف الأطفال الراضون للمعالجة بقصر مدة الانتباه والتحمل الأقل للألم وتوقع الألم بشكل أكبر، كما أنهم يطورون مخاوف أكثر. إن المزاج المتصف بالخجل عامل ملازم لتطور الخوف، فقد تم تقييم (203) من الأطفال الراضين للمعالجة السنوية من قبل أهاليهم على أنهم أكثر سلبية في المزاج ولديهم صعوبات أكبر بالتكيف تجاه المواقف الجديدة، حيث يصح القول إن الخوف من المعالجة السنوية يمثل غالباً عاملاً واحداً ضمن مدى أكثر تعقيداً من المشاكل السلوكية (Stenebrand, Wide, 2013). من جهة ثانية توجد علاقة قوية بين رهاب الأسنان الوالدي وتطور الخوف السنوي عند الأطفال. فقلق الأم تجاه طفلها يساعد في تطوير الرهاب عند الطفل في مختلف مراحل الطفولة، إلا أن التأثير الأكبر يقع على الأطفال تحت عمر 6 سنوات، كما تبين أن الأطفال الذين يداومون في رياض الأطفال أقل قلقاً من المعالجة السنوية من نظرائهم الذين لم يدخلوا رياض الأطفال (Lara, Crego & Romero-Maroto, 2012).

هناك عدد من المؤشرات أو العلامات Signs التي تدل على رهاب علاج الأسنان من أهمها: اضطرابات النوم في الليلة التي تسبق الذهاب لعيادة طبيب الأسنان، العصبية التي تظهر في غرفة الانتظار، الدخول إلى مكتب طبيب الأسنان أو غرفة الانتظار، والتردد الكبير في الدخول إلى غرفة المعالجة، البكاء وسيطرة مشاعر المرض حين التفكير بزيارة العيادة، عدم القدرة على التخيل والتفكير وبالتالي الاستجابة الفعلية للمعالجة، كما يظهر ضيق وصعوبة في التنفس، (Vika Skaret & Raadal, 2008).

سيكولوجية الطفل المريض في عيادة طبيب الأسنان:

حين نتحدث عن المخاوف المرضية في العلاقة التكيفية والمطاوعة اللازمة لنجاح علاج الأسنان، لابد من اعتماد نموذج المثلث العلاجي في طب الأسنان الذي وضعه العلامة رايت Wright (الشيخ حمود وعبدالله، 2016، ص 101). والشكل رقم (1) يوضح هذا النموذج. ويبدو منه أن موضع الطفل هو في قمة المثلث لأنه محط أنظار كل من والديه ومن طبيب الأسنان المعالج، ويبين هذا المثلث نقطة الخلاف الرئيسية بين معالجة الأطفال والراشدين أو الطاعنين في السن.



يتبين من الشكل (1) أن موقع الطفل في قمة المثلث، فهو محط أنظار كل من والديه وطبيب الأسنان. ويبين الفرق الأساسي بين معالجة الأطفال ومعالجة البالغين أو المتقدمين في السن. حيث تتضمن معالجة البالغين عادة علاقة شخص مع شخص آخر، هي (المريض البالغ- الطبيب المعالج) ، في حين تركز معالجة الطفل على علاقة شخص مع شخصين هي (الطبيب- الطفل المريض- والأهل). والعلاقة بين أركان المثلث ديناميكية ، لأنها في تغير مستمر، كما أن طبيعة هذه العلاقة متغيرة باستمرار بين الأطراف الثلاثة. والأسهم المرسومة بين كل طرفين من أطراف العلاقة، إنما تعبر عن أن الاتصال تبادلي بينهما، أي أن كل منهما يؤثر ويتأثر في الآخر، ونحن أمام تغذية راجعة تبادلية يقدمها كل طرف من الأطراف الثلاثة أثناء عملية التفاعل، وبالتالي تأثير الحالة الانفعالية خلالها (Colares, Franca, & Ferreira, 2013).

الرهاب ومستويات السلوك التعاوني للأطفال في عيادة طبيب الأسنان :

يعد تصنيف عالم النفس (فرانكل) من أهم تصانيف السلوك التعاوني لدى الأطفال في عيادة طبيب الأسنان (عبدالله والحسين، 2017)، حيث قسم هذا السلوك إلى أربعة أصناف تتراوح بين السلوك الإيجابي الواضح إلى السلوك السلبي الواضح، وهذه الأصناف هي:

- 1 - الصنف السلبي الواضح ورمزه (- -): ويتصف بالسمات السلوكية التالية: رفض الذهاب إلى العيادة، ورفض المعالجة، البكاء الشديد، التيهج والاستثارة، المقاومة الشديدة للمعالجة، رفض العلاج، عدم الالتزام بتعليمات الطبيب، عدم متابعة الدواء والمراجعة (Follow-Up, Kunzelmann & Dünninger, 1990).
- 2 - الصنف السلبي ورمزه (-): ويتميز بالصفات السلوكية التالية: التردد في قبول المعالجة، عدم التعاون، تجنب الاتصال بصرياً مع الطبيب ، عدم التعاون مع الممرضات أو فريق العلاج.
- 3 - الصنف الإيجابي ويرمز به ب (+): ويتميز بالصفات السلوكية التالية: يقبل معالجة طبيب الأسنان بحذر، متعاون بدرجة بسيطة ، يتقبل تعليمات الطبيب وينفذ الخطة العلاجية بدرجة نسبية.
- 4 - الصنف الإيجابي الواضح، ويرمز له ب(++) : وصفاته السلوكية: يقيم علاقة ودية مع طبيب الأسنان،

متعاون، ينفذ التعليمات الطبية وخطة المعالجة، يظهر البهجة والاسترخاء بالمعالجة، ويهتم باستكمال العلاج حتى غايته مع المتابعة.

علاوة على ذلك فقد صنف البعض (Becker & Rosentock, 1984) الأطفال إلى ثلاثة فئات على مستوى العمل العلاجي في عيادة الأسنان، هذه الأصناف هي:

1 - الطفل المتعاون: ويظهر استجابات تعاونية أثناء المعالجة شريطة أن ينجح الطبيب في تبديد مخاوف الطفل واتجاهاته السلبية عن العيادة والعلاج، وحين يطبق معه المقاربة المضعفة (المبددة) لاستجابات الخوف والقلق والتي يرمز لها بـ T. S. D. وتمثل الأحرف الأولى لـ (Tell-Show-Do)، أي أخبر الطفل (T) وقل له باختصار عن الإجراءات التي ستطبق عليه، ثم أعرض له (S) وأطلع عليه بصرياً وعملياً، ثم اجعل المجهول معلوماً (D).

2 - الطفل الذي تنقصه القدرة على التعاون: وهذه الفئة من الأطفال المرضى يصعب تكوين تواصل معهم، ويظهرون مشكلات سلوكية متنوعة، وخاصة المخاوف المرضية، في عيادة طبيب الأسنان.

3 - الطفل الذي لديه قدرة كامنة على التعاون: وهؤلاء هم الأطفال ذو المشكلات السلوكية والاضطرابات النفسية، ولديهم قدرة على التعاون ولكن مشكلاتهم السلوكية تحول دون إظهارها والتعبير عنها في عيادة طبيب الأسنان.

إن هذه الأصناف الثلاث الرئيسية من سلوكيات الأطفال في عيادة طبيب الأسنان والتي تعبر عن مشكلات سلوكية ورهاب يعيق ممارسة العلاج، قد سميت بالسلوك غير المنضبط، وسلوك التحدي، والسلوك الخجول، والسلوك التعاوني المشوب بالحذر والتوتر، وسلوك النحيب (Klingberg, Berggren, Carlsson & Noren, 1995).

تعد الخبرات المؤلمة شائعة في العناية السنية كما في المعالجة الترميمية التي تتم دون تخدير موضعي. إن تحريض سني مؤلم مرة واحدة يمكن أن يكون كافٍ ليسبب رهاب المعالجة السنية عند الطفل. وبالمقابل فإن العديد من الأطفال الذين لديهم رهاب المعالجة السنية لم يتعرضوا مطلقاً لخبرة سنية سيئة ولكنهم قد سمعوا عن خبرات مؤلمة من الآخرين وخاصة الأهل والأقران (Colares, Franca & Ferreira, 2013). من جهة ثانية، فقد يتوقع العديد من الأطفال الذين لم يتلقوا أبداً حقنة موضعية أنها مؤذية، أو يتعلمون بشكل خاص قصصاً مبالغاً فيها من الأقران والبيئة المحيطة بهم، والتي قد تسبب رهاب علاج الأسنان، ويلعب أطباء الأسنان دوراً مهماً في تخفيف خوف الطفل، فقد تبين أن المعلومات الصحية الفموية تساعد في تخفيف رهاب علاج الأسنان (Stom, 2008).

لقد وضع راشمان (Rachman, 1997) نموذجاً يبين فيه أن هناك عدداً من المسارات أو الأساليب التي يتشكل من خلالها رهاب علاج الأسنان. إن الإشراف الإيجابي (بالاقتران)، والإشراف الإيجابي (التعزيز) والتعلم الاجتماعي (الملاحظة والاقتران بنموذج)، إضافة إلى المعلومات تعمل جميعها على تشكيل المخاوف من علاج الأسنان ولكن بنسب متفاوتة. والجدول رقم (1) يبين ذلك.

الجدول (1) يبين الأساليب التي يتشكل وفقاً لها رهاب علاج الأسنان

| المسار | الإشراف المباشر | التعلم الاجتماعي (التبادلي) | المعلومات |
|----------------------------|---|--|--|
| التفسير | خبرات سلبية تسبب المخاوف من خلال الإشراف المباشر (الاقتران) | يتم اكتساب المخاوف من التعلم بالملاحظة (نموذج) | المعلومات الواردة إلى الفرد من البيئة |
| أمثلة عن رهاب علاج الأسنان | خبرة مؤلمة في علاج الأسنان مثل الحفر دون تخدير أو الصوت القادم من القبضة التوربينية . | مشاهدة خوف الأهل عند معالجة أسنانهم | معلومات سلبية عن علاج الأسنان من وسائل الإعلام والأقران. |

(Ava Elizabeth , Geoff , Mark , Emad & Roy 2014)

يتبين من الجدول (1) أن رهاب العيادة السنية يتشكل من خلال الخبرات الإشرافية المباشرة (الإشراف الاستجابي بالاقتران) أكثر منه عن طريق الإشراف بالتعزيز (الإجرائي)، أو الملاحظة والاقتران بنموذج (التعلم الاجتماعي)، أو من المعلومات. وهذا يعني أن الإشراف المباشر في العيادة هو (التعلم المباشر والموجه) في تشكل مخاوف الطفل، في حين أن المعلومات والتعلم الاجتماعي هو (تعلم غير مباشر)، وبالتالي تأثير الأول أشد.

تجدر الإشارة إلى أن مصادر الخوف، والقلق التي يعانيها «الطفل» متنوعة: فقد تأتي من طبيب الأسنان المعالج نفسه، وقد تأتي من المنزل قبل وصوله إلى العيادة، أو من بيئة العيادة، وما تحتويه من مكونات وأدوات. فحين يكون طبيب الأسنان هو السبب الرئيسي في مخاوف الطفل، ومن طريقة استقباله للطفل، وتواصله اللفظي وغير اللفظي معه، يجب أن يخصص وقتاً كافياً لاستقباله، بطريقة تضيي المودة والألفة لديه (Baier et al., 2004). أما بالنسبة للعيادة، فيجب تعريفه بجو العيادة أو المركز الطبي، وبالفريق العامل فيه بما يتناسب مع عمره. ويمكن توضيح هذه العوامل بما يلي:

عوامل داخل العيادة: ارتبطت كلمات الخوف من الألم أثناء علاج الأسنان، وتظهر الإحصائيات أنه رغم أن طب الأسنان مهنة ذات مكانة عالية فإن صورة طبيب الأسنان مازالت في كثير من الأحيان أنه الشخص الذي يؤلم الآخرين، وفي دراسة أجريت لمعرفة المخاوف التي يشعر بها الناس تبين أن الذهاب إلى عيادة طبيب الأسنان في المرتبة الثانية بعد الخوف من التكلم أمام الجمهور (رهاب اجتماعي Social Phobia). ويعتبر طبيب الأسنان من أكثر المهن التخصصية التي يكون فيها ضحية التصورات الخاطئة للمجتمع نتيجة للخوف غير المنطقي واللاعقلاني (Irrational) تجاه هذه المهنة، كما أن هناك علاقة بين سلوك طبيب الأسنان واستجابات الطفل المتعلقة بالخوف ولاسيما التعزيز الإيجابي الذي ينقص الخوف. ففي دراسة في الولايات المتحدة تبين أن 20% من الأشخاص يصنفون ضمن فئة المخاوف المرضية من طب الأسنان، وأن نسبة 3% منهم لا يصلون لدرجة الرعب الشديد من المعالجة السنية، وأن الخوف من طب الأسنان عند ثلثي الأشخاص يعود إلى الطفولة الأولى (Colares Franca & Ferreira, 2013).

الخوف من الحقن ومن الحضر: تعد الإبرة واحدة من أكبر مسببات الخوف لدى الطفل في مجال طب أسنان الأطفال، ولذلك يجب على الطبيب أن يوفق دائماً بين موقفين متناقضين هما ضرورة السيطرة على الألم، والسيطرة على مخاوف الطفل من تألمه خلال حقنة المخدر الموضعي وهذا ما يشكل تحدياً مستمراً لمهارات الطبيب. من جهة ثانية، فإن المخاوف المرتبطة بالمخدر الموضعي « والآثار الجانبية له»، وكذلك التخدير غير الكافي تجعل الطفل يخاف من الترميل، الذي يجعله لا يستطيع التنفس ولا البلع، أو يخلق لديه حساسية وارتجاف وأن آثار هذا الترميل لن تنتهي. ويعتبر الحفر مصدراً آخر لمخاوف الطفل لأنه يترافق مع الضجيج ذي التردد العالي المتولد من القبضة التوربينية مما يولد الكثير من الضيق والخوف كما يعيق عملية المعالجة (Vika, et al., 2008).

عوامل مهمة في العيادة السنية: إن العيادة السنية كبيئة للمعالجة تنطوي على عدد من العناصر بعضها مادية فيزيقية من حيث المكان والسعة والديكور والتجهيزات والأصوات والروائح، وبعضها في الفريق الطبي باعتبارها مثيرات تترك آثاراً وانطباعات متنوعة على الأهل من جهة، وعلى الطفل من جهة ثانية. وكثيراً ماتعمل الانطباعات السابقة للأهل على تكوين أفكار ومشاعر سلبية عند الطفل حول العيادة السنية. من جهة أخرى، كثيراً ما يتعامل طبيب الأسنان، تعاملًا خاطئاً، مع الطفل الذي يعاني مشكلة فموية، ويظهر لديه سوء التكيف أو يعاني من مشكلات سلوكية ونفسية، وقد يطبق تقنية علاجية غير نموذجية معه، مما يقود إلى مشكلات أكثر تعقيداً في الحالة. من هنا يجب على الطبيب المعالج أن يتعرف على سمات شخصية الطفل المريض ومصادر مخاوفه، والعمل على خفضها (Milgrom, et al., 2009).

عوامل تعود إلى الطفل من أهمها: الخوف من الألم أو توقعه، قلة الثقة أو إساءة المعاملة من قبل طبيب أسنان، وخوف الطفل من فقدان التحكم عندما يكون فمه مفتوحاً وتستخدم فيه الأدوات السنية، وأخيراً الخوف من المجهول وعدم معرفة ما الذي سيحدث.

الألم ورهاب علاج الأسنان: إن إحساسنا بالألم يختلف من شخص لآخر، حيث تختلف نوعية الألم التي يخبرها الناس. فيمكننا أن نتحدث عن ألم حاد (Sharp) وألم من النوع الخافت أو البسيط (Dull)، والألم الحاد نفسه أنواع، فقد يكون وخزة ألم مفاجئة (Stabbing) متقطعة أو مستمرة، وقد يكون ألماً ملتهباً (Burning Pain) ناتجاً التهاب في اللثة، أو ألماً تشنجياً (Cramping) وقد يكون ألم حكة (Itching) أو ألماً متواصل (Acing Pain). من جهة أخرى تختلف ظروف الألم وشروطه وعوامله، باختلاف منشئه. ومن أبرز أشكال الألم في العيادة السنية الألم نفسي المنشأ والألم العضوي المنشأ الذي يصيب نسيجاً أو جزءاً معيناً تعرض للأذية (عبدالله، 2011، ص 426).

إن الناس الذين يعانون من إصابات أو أذية عضوية جسمية معينة، كاللثة، يعانون من ألم مرتبط بالنسج أو العضو المصاب، ويمثل مصدراً للشعور بألم موضعي في هذا العضو المصاب. وحين تحدث حالة الضيق والانزعاج الناتج عن الإصابة النسيجية للعضو، نقول إن هذا الألم عضوي المنشأ (Organic Pain)، ولكن في أنواع أخرى من الألم لا يكون هناك أي عضو أو نسيج معين قد تعرض لأية إصابة أو أذية كما تكشفها الفحوص الطبية، وبالتالي لا يكون للألم أي منشأ عضوي جسمي محدد، من هنا فإن حالة الضيق والانزعاج التي يعيشها الطفل تجعله يشعر بالألم من النوع نفسي المنشأ (Psychedelic Pain). ومنذ مدة وجيزة، بدأ

الباحثون بدراسة نوعي الألم عضوي المنشأ ونفسي المنشأ بشكل مستقل ويعتبرانه خبرتين منفصلتين، ففي الألم نفسي المنشأ، لا توجد إحساسات واقعية أو حقيقة، كما هو الحال في الألم عضوي المنشأ. ففي الأخير يعيش الشخص خبرات حسية حقيقية ناتجة عن العضو المصاب، أما في الألم نفسي المنشأ فلا توجد مثل هذه الإحساسات الموضوعية الحقيقية أو الجسمية. ويدرس المتخصصون كل أشكال الألم على أنها خبرات تتضمن عوامل نفسية وعضوية معاً، وبالتالي تلعب هذه العوامل مجتمعة دورها في خبرة الألم (Kunzelmann et al., 1990). من هنا فإن بعدي الألم نفسي المنشأ، وعضوي المنشأ يشتملان كلاهما على عوامل نفسية وعضوية، ويمكننا النظر إليهما على أنهما يقعان على خط متصل (Continuum) ولا يمكن الفصل بينهما، وبالتالي فإنهما خبرة واحدة تختلف من الناحية الكمية وليس النوعية. فبعض خبرات الألم هي اجتماع لكلا النوعين من العوامل النفسية والعضوية معاً (عبدالله، 2011، ص 427). إن تجمع هذين العاملين (النفسي والعضوي) في حدوث خبرة الألم، تبدو واضحة في حالات كثيرة كالصداع التوتر، والانقباضي، والشعور بالتهاب في الفم، والتي تزداد حالة الألم مع ازدياد تعرض الشخص للضغوط النفسية والقلق كما في عيادة طبيب الأسنان. ولكن بعض المرضى يخبرون بحالات من الانزعاج والضيق المزمن بدون أن يكون له أي أساس أو سبب عضوي، ويسمى علماء النفس هذه الحالة « مرض الألم » (Pain Disorder)، والتي تصنف ضمن أمراض التجسيد أو الجسمنة أي الأمراض النفسية التي تأخذ المظاهر الجسمية (Somatization)، والتي تتسبب في حدوثها العوامل النفسية والحالة المزاجية (Colares, et al., 2013).

علاوة على ذلك فإن أثر حالات الألم التي يخبرها الناس هي حالة الألم المتقطعة قصيرة الزمن، والتي تستغرق دقائق، أو ساعات، أو أياماً أو أسابيع فقط، ويستخدم فيها الشخص المسكنات أو مضادات الألم أو أي دواء يصفه الطبيب. وإذا مر الشخص مستقبلاً بخبرة ألم مشابهة فليس بالضرورة أن تشبه خبرة الألم السابقة، وتشبه هذه الحالة الكثير من خبرات الألم التي نمر بها في حياتنا اليومية مثل: الصداع، والألم الذي يحدث بسبب أذيات في الأسنان، أو ألم العضلات، والكسور الناتجة عن حوادث أو صدمات من هنا نتحدث عن ألم حاد وألم مزمن.

فالألم الحاد (Acute Pain) هو حالة من الضيق والانزعاج الذي يخبره الناس لفترة زمنية محدودة أو مؤقتة (Temporary) والتي لا تستغرق مدتها أطول من 6 أشهر تقريباً.. ومرضى هذا النوع من الألم يعانون درجات مرتفعة من القلق المتزامن مع الألم، ولكن الضيق الذي يشعرون به يقل مع تحسن الحالة وانخفاض مشاعر الألم. وحين تطول خبرة الألم لمدة أكثر من بضعة أشهر، تسيطر على الشخص درجات عالية من القلق، وربما تتطور لمشاعر اليأس، والعجز، (Krikken, Van Wijk & Ten Cate 2013).

وقد يسيطر الألم على حياة الشخص بصورة متواصلة، كما يحدث حين يمر الشخص بالألم المزمن (Chronic Pain). تختلف خبرات الألم المزمن عنها بالنسبة للألم الحاد، فالناس يتشابهون في خبراتهم للألم الحاد، ولكنهم يختلفون فيما بينهم بوضوح في خبراتهم للألم المزمن، لأن العوامل النفسية والشخصية تلعب دوراً كبيراً في هذا النوع من الألم. من جهة أخرى فإن الكثيرين من الذين يعيشون حالة الألم المزمن يتركون العمل لأسباب انفعالية وجسمية، ويعيشون بمستويات اقتصادية مادية منخفضة في نفس الوقت بما يلبي احتياجاتهم من الدواء المخفف للألم.

المزاج عند الطفل Child Temperament: يعد المزاج ظاهرة نفسية ذات طابع خاص متميز في طبيعة الفرد الانفعالي، وتشمل سرعة تأثره بالمشاعر الانفعالية، وسرعة الاستجابة والتذبذب في المزاج وشدته، ويستند ذلك إلى التكوين الوراثي. ويضع ماكلوري ورودرiguez وكوسلوويتز (McClowry, Rodriguez, & Koslowitz, 2008) ثلاثة افتراضات لتكوين المزاج، الأول يرى أن الأطفال يبدؤون حياتهم بعدد من الاستعدادات الشخصية الموروثة، والتي تؤكد بشدة سمات الشخصية، أما الافتراض الثاني فيرى أن الاستعدادات الموروثة تحدد الكثير من الفروق الفردية في الشخصية، بينما يرى الافتراض الثالث أن الميول والاستعدادات الموروثة تقوم البيئة بتدعيمها أو تعديلها. وهكذا فإن مزاج الطفل يبني على الطاقة الانفعالية التي يتزود بها منذ طفولته باعتبارها أساساً وراثياً يحدد الحالة المزاجية له من حيث الطباع، والمشاعر، ونوع الانفعالات أو بطئها. فالمزاج يحدد سلوك الطفل وأساليب تكيفه مع البيئة ومواجهة المواقف المختلفة (Marcel, & Bates, 2008).

يتفق الباحثون على تسعة أبعاد في قياس المزاج (Rimm-Kaufman, & Kagan, 2005) وهي:

- 1 - النشاط (Activity) وتشير إلى طاقة الطفل الجسمية ونشاطه.
- 2 - الانتظام (Regularity) وتعرف بالنظمية أو الإيقاعية وهي مستوى إمكانية التنبؤ بالوظائف البيولوجية والحيوية لدى الطفل مثل الاستيقاظ، والاحساس بالتعب، والجوع.
- 3 - رد الفعل الأولي (الإقدام/ الإحجام) First Reaction وتشير إلى مدى استجابة الطفل، وتسمى بالإقدام أو الإحجام (الاقتراب أو الانسحاب) للأشخاص الجدد أو البيئات والمواقف الجديدة.
- 4 - القدرة على التكيف (Adaptability) وهي قدرة الطفل على التكيف من حيث الوقت الذي يستغرقه للتوافق مع التغيرات المحيطة بمرور الوقت. وهي عكس رد الفعل الأولي.
- 5 - الشدة (Intensity) وتشير إلى مستوى طاقة الاستجابة الإيجابية أو السلبية.
- 6 - الحالة المزاجية (Mood) وتشير إلى الميل العام للطفل نحو السلوك السعيد أو الحزين، فجميع الأطفال لديهم مجموعة متنوعة من العواطف وردود الفعل كالبهجة، والاضطراب، أو السعادة، والحزن، إن لكل طفل نظرة إيجابية أو سلبية من الناحية الانفعالية التكوينية.
- 7 - التشتت (Destructivity) يشير التشتت إلى ميل الطفل للابتعاد عن ميوله والانشغال بأمور أخرى محيطة به.
- 8 - المداومة (Persistence) وفترة الانتباه: تشير المداومة وفترة الانتباه إلى طول الوقت الذي يستغرقه الطفل في المهمة والقدرة على البقاء في المهمة من خلال الإحباط سواء ظل الطفل نشطاً لفترة طويلة من الزمن أو فقد الاهتمام بسرعة.
- 9 - الحساسية (Sensitivity): وتسمى بداية الشعور أو بداية الإدراك، وتشير إلى مدى سهولة شعور الطفل بالانزعاج من خلال التغيرات في البيئة.

ويرى البعض (Lara, Crego et al., 2012) أن مزاج الطفل يتأثر بالعديد من العوامل البيئية مثل معاملة الوالدين، أو القسوة، والتفرقة في المعاملة، وتغيير نمط المعيشة، والمشكلات الأسرية، والأمراض الجسمية، والشعور بالوحدة. ويبدو الأطفال الذين يرفضون المعالجة السنية مختلفي المزاج عن الآخرين،

وهذا يتفق مع النظريات التي تعتبر القلق سمة ذات أساس وراثي يوطد أو يتعدل بتأثير من البيئة المحيطة. حيث يتصف الأطفال الراضون للمعالجة بقصر مدة الانتباه والتحمل الأقل للألم، وتوقع الألم بشكل أكبر، مما أنهم يطوِّرون مخاوف أكثر. إن المزاج المتصف بالخجل عامل ملازم لتطور الخوف (Klingbeg & Brob-erg, 1998) وينعكس هذا السلوك المزاجي على سلوكيات التعاون والمطاوعة في عيادة طب الأسنان. فالأطفال الراضون للمعالجة السنية يعتبروهم الأهل أكثر سلبية في المزاج ولديهم صعوبات أكبر بالتكيف تجاه المواقف الجديدة، حيث يمكن القول إن الخوف من المعالجة السنية يمثل عاملاً مهماً ضمن مدى أكثر تعقيداً من المشاكل السلوكية التي تنتشر بين الأطفال.

الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة والمتغيرات التي تتناولها بمثابة الإطار المرجعي التاريخي لفهم الموضوع المدروس، وسنلقي الضوء على بعض هذه الدراسات لنحدد نقاط التشابه والاختلاف فيما بينها ومن ثم موقع دراستنا منها.

في دراسة للباحثين فينهايم وغولين - كيرمر ومنستر وبنجستون- أوديا وكوهان (Venham, Gaulin- Kermer, Munster, Bengston-Audia & Cohan, 1980) التي هدفت إلى وصف مقاييس لتقييم قلق علاج الأسنان هما : مقياس القلق، ومقياس السلوك اللاتعاوني اللذان طورا لتقييم استجابات الأطفال لضغوط علاج الاسنان. وقد اتصفت هذه المقاييس بخصائص سيكومترية جيدة وأنها سهلة التطبيق في العمل السريري. وبالمقابل فإن دراسة ستوم (Stom, 2008) بعنوان " تقييم قلق علاج الأسنان لدى الأطفال: تأثير التربية الصحية الفموية"، التي هدفت إلى بحث أثر التربية الصحية الفموية في المدرسة على قلق علاج الأسنان وكشف كفاءة أربع مقاييس في تقييم قلق الأطفال من علاج الأسنان، وذلك بالاستناد إلى ملاحظات المتخصصين والممارسين في العيادات السنية. وقد أظهرت النتائج أن التربية الصحية للفم التي تقدم للأطفال قبل التردد على العيادة لعلاج الأسنان ذات فعالية كبيرة في خفض قلق المعالجة السنية.

وفي إحدى الدراسات الطولية (Longitudinal Study) التي أجراها ليدل (Liddell, 1990) التي هدفت إلى بحث علاقة رهاب علاج الأسنان بفعالية الذات وقلق الموت لدى المترددين على العيادات السنية من الأطفال والمراهقين، فقد تبين أن فعالية الذات، والخوف من الخطر والموت كانت منبئاً بقلق علاج الأسنان لدى الفتيان الذكور، أما بالنسبة للفتيات فكان قلق علاج الأسنان أبكر بثلاث سنوات منه لدى الذكور، وأن قلق العلاج الطبي بشكل عام كان منبئاً بقلق علاج الأسنان. وقد تبين أن قلق علاج الأسنان لدى الذكور ربما يكون استجابة للضغوط النفسية في البيئة التي يعيشون فيها، في حين أن قلق علاج الأسنان لدى الإناث ربما يكون مرتبطاً بعوامل داخلية أكثر منها خارجية .

وفي الدراسة التتبعية التي قام بها نيفرلين (Neverlien, 1994) التي هدفت إلى كشف المظاهر المختلفة لرهاب علاج الأسنان في مختلف مراحل الطفولة. فقد أجريت الدراسة على عينة مؤلفة من (378) طفلاً في منطقة فينيرو الإيطالية تتراوح أعمارهم بين 3-15 سنة ، واستخدم مقياس مخاوف علاج الأسنان المؤلف من 11 عبارة موجهة للطفل والأهل ومرتبطة بالعادات السلوكية والصحية . وقد تبين أن نسبة تتراوح بين 21% - 36% من الأطفال يعانون رهاب علاج الأسنان، وأن مظاهر هذا الخوف تتفاوت من عمر لآخر في

مرحلة الطفولة . من جهة ثانية فقد أظهرت النتائج أن الخوف من الألم كان من أول المظاهر لرهاب علاج الأسنان، وأن خوف الطفل مرتبط بأدوات المعالجة السنية . ولم تظهر الدراسة فروق بين الذكور والإناث في رهاب علاج الأسنان. وأخيراً فقد تبين أن رهاب علاج الأسنان يتشكل من خلال الإشراف المباشر أكثر من تشكله بشكل غير مباشر من خلال المحددات البيئية والعائلية.

في دراسة مستوروفيك وفيكامب (Majstorovic & Veerkamp, 2005) التي بحثت التغيرات النمائية في قلق الأسنان لدى الأطفال وقد هدفت الدراسة إلى كشف الفروق في القلق وفقاً لمتغيري العمر والنوع لدى عينة من الأطفال تتراوح أعمارهم بين 4-11 سنة . وقد استخدم مقياس المخاوف المرضية من علاج الأسنان بحيث يشمل (3) مستويات من القلق: خفيف، ومتوسط وشديد. وقد تبين أن قلق علاج الأسنان أعلى لدى الإناث منه لدى الذكور بفارق ذي دلالة إحصائية ($P=0.004$) ، كما أن هذا القلق كان أعلى لدى الأطفال الصغار منه لدى الأطفال الكبار واليافعين. وانتهت الدراسة إلى أن قلق علاج الأسنان كان مرتفعاً لدى الأطفال في سن (4-5) وأنه يظهر بمظاهر وأعراض مختلفة بحيث يبدأ كاستجابة لمثير معين ثم يتعمم على أحداث معقدة.

أما دراسة كلينرغ وبروبرغ (Klingberg & Broberg, 2007). بعنوان رهاب علاج الأسنان وتدبير مشكلات السلوك في عيادة الأسنان لدى الأطفال والمراهقين، فقد هدفت إلى تقصي الدراسات التي أجريت منذ عام 1982 وحتى 2006 وتقييم نسبة انتشار رهاب من علاج الأسنان وأساليب تدبير هذه المشكلة وذلك باستخدام طريقة التحليل البعدي. التي أجريت على عينة من الأطفال والمراهقين، فقد تبين وجود فروق بين الجنسين في مرحلة المراهقة فقط؛ حيث كانت هذه المخاوف أعلى لدى الفتيات منها لدى الفتيان. كما تبين أن هذا الرهاب مرتبط بالمخاوف الأخرى في مرحلتها الطفولة والمراهقة سواء كان مشكلات خوف داخلية المصدر أم خارجية المصدر رغم أن هذه العلاقة لم تكن قوية. من جهة ثانية فقد تبين وجود علاقة بين المزاج ورهاب علاج الأسنان، ولكن لم تظهر فروق بين أبعاد المزاج.

في دراسة الكبيسي، ومسلم، وعبد الغني، وإسحق (2012، ص 129) بعنوان رهاب الأسنان لدى عينة من مراجعي العيادات الخارجية لطب الأسنان في العراق، فقد هدفت إلى التعرف على عدد المراجعين الذين يعانون من رهاب الأسنان لدى المراجعين لعيادات طبيب الأسنان، وكشف دلالة الفروق في هذا الرهاب في ضوء متغيرات الجنس والعمر والحالة الاجتماعية ومستوى التحصيل. وقد استخدم الباحثون مقياس رهاب الأسنان على عينة مؤلفة من (200) فرد من مراجعي المركز التخصصي لطب الأسنان في مدينة بغداد عام 2010-2011 ضمن الفئة العمرية (10 - 69)، وقد أظهرت النتائج أن (26) فرداً (بنسبة 14.9%) يعاني من الرهاب بدرجة منخفضة، و (21) فرداً بنسبة (12.7%) يعاني من الرهاب بدرجة عالية، وأن الإناث أكثر معاناة لهذه المخاوف (111 أنثى، بنسبة 55.5%) مقابل الذكور (89 ذكراً بنسبة 44.5%). وشدد الباحثون على أنه، على الرغم من أن نسبة المرضى الذين يعانون رهاب طب الأسنان هي نسبة منخفضة ظاهرياً، إلا أنها نسبة لا يستهان بها، وأنه يجب التفكير بمساعدة مثل هؤلاء حفاظاً على سلامة فمهم وأسنانهم.

في دراسة كلانيتي وآخرون (Clanetti et al., 2017) التي هدفت إلى بحث الدراسات العلمية السابقة حول انتشار قلق علاج الأسنان لدى الأطفال والمراهقين والاختلاف فيها وفقاً لعدد من المتغيرات، وقد اعتمدت منهج التحليلي البعدي (Meta-analysis) لدراسات أجريت بين عامي 2000 - 2014 وذلك على عينات من

الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 1-19 سنة. وقد أظهرت النتائج أن قلق علاج الأسنان خبرة شائعة ومنتشرة لدى الأطفال والمراهقين في مختلف بلدان العالم. وأن الدراسات التي استخدمت مقياس قلق علاج الأسنان كانت في (34) دراسة، وأظهرت أن نسبة انتشار قلق علاج الأسنان يتراوح بين 10.1% حتى 19.2% ، أما الدراسات التي استخدمت مقياس مخاوف علاج الأسنان ، فكانت نسبة انتشار هذه المخاوف قد تراوحت بين 13.3% حتى 29.3% ، وأن هذه المخاوف تنتشر لدى الإناث بنسبة أعلى منها بين الذكور.

في دراسة بعنوان ” تقييم رهاب علاج الأسنان لدى المرضى : دراسة مسحية على عينة من المترددين على العيادات السننية“ والتي أجريت في الهند من قبل روشيتا ودهارا وفيدانتي وفينيتا وجاريل (Ruchita, Dhara, Vedanti e, Vinita & Gabriela, 2018)، فقد هدفت إلى فحص رهاب علاج الأسنان باعتباره المسبب الرئيس لتقليل زيارة طبيب الأسنان في العيادة ، كما هدفت إلى تعزيز الرعاية الضرورية للأفراد في مختلف مراحل العمر. وقد استخدمت طريقة المنهج الوصفي المسحي من خلال جمع بيانات من 100 شخص يترددون على عيادات أطباء الأسنان للمعالجة وذلك من خلال جمع البيانات إلكترونياً عبر وسائل التواصل الاجتماعي. وقد أظهرت النتائج أن أدوات علاج الأسنان كانت العامل الأول في تحفيز رهاب علاج الأسنان وخاصة الحفر. وقد انتهت الدراسة إلى أن على طبيب الأسنان أن يستخدم عدداً من الإجراءات السلوكية لخفض رهاب علاج الأسنان من خاصة العلاج السلوكي كالحفض التدريجي للخوف.

في دراسة بعنوان مخاوف وقلق الأطفال من الجراحة السننية في جامعة كارتاجينا لمارتينيز وزولا وأنايا وفريت ومارتنز (Martinez, Margarita, Zola, Anaya, Farith & Martínez, 2018) التي هدفت إلى تحديد مستوى رهاب علاج الأسنان لدى الأطفال المترددين على العيادات السننية في جامعة كارتاجينا والتي اتبعت منهج الدراسة العرضية على عينة مؤلفة من (248) طفلاً تتراوح أعمارهم بين 3-8 سنوات يعانون من صعوبات معرفية وعجز حركي وقد تم تطبيق مقياس رهاب علاج الأسنان على الأطفال بين سني 6-8، مقياس موجه للوالدين بالنسبة للأطفال بين 3-5 سنوات. وقد تم استخدام تحليل التباين الأحادي (ANO-VA) لمعالجة البيانات إحصائياً ، وتوصلت الدراسة إلى وجود نسبة عالية من رهاب علاج الأطفال خلال فترة المعالجة، مع وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير العمر، والجنس وأدوات معالجة الأسنان.

تعقيب: يتبين من عرض الدراسات السابقة أنها تتفق جميعها على أهمية دراسة رهاب علاج الأسنان لدى الأطفال وأهمية النتائج في تدبره بما يساعد في تحسين المعالجة السننية رغم تنوع أهدافها ونتائجها. فقد هدفت بعضها إلى تصميم مقاييس لتقدير قلق علاج الأسنان، والسلوك اللاتعاوني (Ven- ham, Gaulin-Kermer, Munster, Bengston-Audia, and Cohan, 1980) ، أو لبحث العلاقة بين رهاب علاج الأسنان وبعض المتغيرات النفسية مثل فعالية الذات وقلق الموت لدى الأطفال والمراهقين كدراسة (Liddell, 1990)، وكشف المظاهر المختلفة لرهاب علاج الأسنان في مختلف مراحل الطفولة (Neverlien, 1994) أو لكشف الفروق في قلق علاج الأسنان وفق متغيري العمر والنوع مثل دراسة (Veerkamp, & Martínez, 2018)، وهدفت بعضها الأخرى إلى التعرف على مستوى رهاب علاج الأسنان مثل دراسة (Clanetti, Lombardo, et al., 2017, Martinez, Margarita, Zola, Anaya, Farith & Mar-tinez, 2018). يلاحظ وجود دراسة عربية بحثت رهاب الأسنان وكشفت دلالة الفروق في ضوء

متغيرات الجنس والعمر والحالة الاجتماعية ومستوى التحصيل (الكبيسي، ومسلم، وعبد الغني، وإسحق 2012). وأخيراً تعرف رهاب علاج الأسنان باعتباره سبباً وراء انخفاض زيارة طبيب الأسنان كما في دراسة (Ruchita, et al., 2018).

علاوة على ذلك يلاحظ تنوع الدراسات الأجنبية، وندرته في العربية -على حد علم الباحث- هذا من جهة، ومن جهة أخرى فلا توجد دراسة واحدة هدفت إلى كشف العلاقة بين رهاب علاج الأسنان والمزاج عند الأطفال، وهو ما يميز الدراسة الحالية ويبين موقعها من الدراسات السابقة وبالتالي التوصل إلى نتائج ومقترحات تفيد العاملين والمتخصصين في الميادين الطبية-السنية، والنفسية والتربوية.

المنهجية:

اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي لتحقيق أهدافها والإجابة عن تساؤلاتها. ويعتبر هذا المنهج أحد أشكال البحوث العلمية الشائعة التي تسعى إلى تحديد الوضع الحالي للظاهرة، كما توجد في الواقع. ويعرف هذا المنهج بأنه "الأسلوب الذي يقوم على التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة ومشكلة محددة، وتصويرها كمياً عن طريق جمع البيانات والمعلومات المقننة عن الظاهرة، وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة" (ملحم، 2000).

عينة الدراسة:

إن المجتمع الأصلي للدراسة هم الأطفال الذين يترددون على العيادات السنية في كلية طب الأسنان بجامعة حلب، وقد تم اختيار عينة عشوائية مؤلفة من (393) طفلاً من مراجعي العيادات السنية ومشفى جراحة الفم والفكين من الذكور (ن = 195) والإناث (ن = 198) في العام الدراسي 2017-2018 وتتراوح أعمارهم بين 6-13 سنة. وقد تم الاجتماع بالقائمين على تطبيق المقاييس من قبل أعضاء الهيئة التعليمية في كلية طب الأسنان ومساعد الباحث في قسم الإرشاد النفسي بكلية التربية، حيث تم إعطائهم تعليمات حول أهداف الدراسة، وإجراءات التطبيق، الذي تم بإشراف الباحث. وقد تم التطبيق على جميع العيادات السنية (عددها 8)، وقسم جراحة الفم والفكين السريري. وقام كل طفل من أطفال العينة بالإجابة على بنوده بإشراف مباشر من القائمين على التطبيق، حيث امتدت الفترة من 2018/4/15 ولغاية 2018/5/24.

أدوات الدراسة:

أولاً-مقياس رهاب علاج الأسنان: تم إعداد هذا المقياس من خلال الخطوات التالية:

- بعد الاطلاع على الدراسات السابقة مثل دراسة كلاتيني ولومبرادو ولوباتلي وباجنو وأبراها ومونتدروي وكاروسو وجيتو وجورجية وسلياتو وباجليا (Clanetti, Lombardo, Lupatelli, Pagano, Abraha, Montedori, Caruso, Gatto, Giorgio, Salvato, & Paglia, 2017) ودراسة كلينبرغ وبروبرغ (Klingberg & Broberg, 2007)، ودراسة لايدل (Liddell, 1990)، وكذلك الإطلاع على المقاييس الخاصة برهاب علاج الأسنان مثل: مقياس رهاب علاج الأسنان (الكبيسي، ومسلم، وعبد الغني، وإسحق، 2012)، وقائمة مسح الخوف من علاج الأسنان (The Dental fear Survey).

- للباحثين ألفسالو ومورتوما وميلغروم وهونكانن وكارجالانين وتي (Alvesalo, Murtoma, Mil-) (grom Honkanen, Karjalainen & Tay, 1993) ومقياس القلق السنوي المعدل للطفل (Modified Child Dental Anxiety Scale) لونغ وهامفريس ولي (Wong, Humphris & , Lee, 1998).
- تم توجيه سؤال مفتوح على عدد من الأطفال الذين يترددون على العيادات السنوية في كلية طب الأسنان.
 - تم صياغة 20 عبارة تعكس مخاوف علاج الأسنان والعيادة السنوية ويجب على كل منها بـ (نعم) أو (لا). وجميع العبارات ذات اتجاه واحد (إيجابية)، حيث تعطى درجة واحدة للإجابة (لا) ودرجتين لإجابة (نعم). وقد روعي عند إعداد التعليمات أن تكون بسيطة .
 - عرضت القائمة على عدد من المختصين في علم النفس وطب الأسنان (ن=8) بجامعة حلب للتأكد من صلاحيتها، وقد تم اعتماد نسبة اتفاق (80%) فأكثر من أجل تحليل التوافق بين تقديرات المحكمين، حيث أعيدت صياغة بعض العبارات وفق ملحوظات المحكمين، وأخيراً تم تدقيقها لغوياً من قبل عضو هيئة تدريسية في اللغة العربية.
 - تم تطبيق الأداة بصيغتها النهائية على عينة استطلاعية مؤلفة من (30) طفلاً من الأطفال الذين يترددون على عيادات طب الأسنان بالجامعة للتحقق من سهولة فهم العبارات ووضوحها وحساب خصائصها السيكومترية وترواح زمن الإجابة بين 8-12 دقيقة (بمتوسط قدره 10 دقيقة). لقد توزعت عبارات المقياس على معيار واحد، وفق الإجابة (نعم) أو (لا).
 - بعد إتمام الإجابة على فقرات الاستمارة تحسب الدرجة الكلية للمقياس، بجمع الدرجات ومن ثم الحصول على الدرجة الكلية، وتحسب الدرجة المعيارية، فإذا كانت درجاتهم تتراوح بين (1 - فأقل) أي دون المتوسط الحسابي العام للعينة فهذا يدل على أنهم لا يعانون من رهاب علاج الأسنان، أما إذا كانت (1 فأكثر) فهذا يشير إلى أنهم يعانون من الرهاب.
 - تم حساب الصدق المحكي من خلال حساب معامل الارتباط بين درجات المقياس مع درجاتهم على مقياس رهاب الأسنان للكيبسي وزملائه، وبلغ معامل الارتباط (0.89). كما تم حساب علاقة الدرجة بالدرجة الكلية للتحقق من الصدق التجانسي، حيث إن الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للمقياس يعني أن العبارة تقيس المفهوم نفسه الذي تقيسه الدرجة الكلية للمقياس، وقد تبين أن جميعها صادقة عند مستوى دلالة (0.01) والجدول رقم (2) يوضح ذلك.

الجدول (2) ارتباط درجة العبارة بالدرجة الكلية لمقياس الرهاب

| رقم الفقرة | معامل الارتباط | رقم الفقرة | معامل الارتباط |
|------------|----------------|------------|----------------|
| 1 | 0.581 | 11 | 0.357 |
| 2 | 0.522 | 12 | 0.462 |
| 3 | 0.483 | 13 | 0.379 |

| | | | |
|-------|----|-------|----|
| 0.329 | 14 | 0.514 | 4 |
| 0.536 | 15 | 0.483 | 5 |
| 0.483 | 16 | 0.292 | 6 |
| 0.339 | 17 | 0.575 | 7 |
| 0.526 | 18 | 0.476 | 8 |
| 0.275 | 19 | 0.395 | 9 |
| 0.214 | 20 | 0.532 | 10 |

يعتبر الثبات مؤشراً على الاتساق في النتائج. لقد تم حساب ثبات المقياس من خلال إعادة التطبيق بعد (21) يوماً من تطبيقه الأول على أفراد العينة وبلغ معامل الارتباط (0.86). كما بلغت قيمة معامل الثبات باستخدام معادلة ألفا كرونباخ (0.791) وهي قيمة جيدة تدل على ثبات المقياس.

ثانياً- مقياس المزاج عند الأطفال: قام الباحث بإعداد مقياس المزاج عند الأطفال وفقاً للخطوات التالية:

- اطلع الباحث على الإطار النظري المتعلق بالمزاج عند الأطفال وعلى عدد من المقاييس السابقة المعدة لهذا الغرض وخاصة مقياس هاملتون للمزاج: (Temperament Scale Hamilton) وقائمة تقدير المزاج (Temperament Rating Scale) ليوكو ومساهارو وماساتو ومساكو (Yuko, Masaharu, Masato, & Masako 2014).

- تم جمع بنود أبعاد مقياس المزاج (المؤلفة من 36 عبارة) الموزعة على تسعة (9) أبعاد (كل بعد 4 عبارات) تقيس (النشاط، الانتظام، رد الفعل الأولي (الإقدام/الإحجام)، التكيف، الشدة، المقاومة، الحالة المزاجية، التشتت، الحساسية الانفعالية)، وعلى الطفل أن يجيب على كل بند منها بمقياس متدرج من خمس نقاط (0-4) وفق خيارات الإجابة التالية: لا تناسبني أبداً، نادراً ما تناسبني، تناسبني أحياناً، تناسبني معظم الأحيان، تناسبني دائماً، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (0) كحد أدنى، و (36) كحد أعلى.

- تم عرض المقياس على عدد من أعضاء الهيئة التدريسية من قسم الإرشاد النفسي في جامعة حلب (7 أعضاء)، للتأكد من صدق المحكمين، وقد تم إجراء تعديل طفيف على صياغة بعض العبارات وفق ملحوظات السادة المحكمين، كما تم تدقيقها لغوياً من قبل عضو هيئة تعليمية في اللغة العربية.

- تم تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية (30) طفلاً للتأكد من وضوح العبارات وسلامتها. وقد تم حساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند

مع الدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه، وقد تراوحت بين (0.48 و 0.79)، كما تم حسب الارتباط بين درجة كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس حيث تراوحت معاملات الاتساق الداخلي بين (-0.46 و 0.81)، وجميعها دالة عند مستوى (0.01). والجدول (3) يبين درجة ارتباط كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس.

الجدول (3) معاملات الاتساق الداخلي لمقياس المزاج

| البعـد | النشاط | الانتظام | رد الفعل الأولي | التكيف | الشدة | المقاومة | الحالة المزاجية | التشتت | الحساسية الانفعالية |
|----------------|--------|----------|-----------------|--------|-------|----------|-----------------|--------|---------------------|
| معامل الارتباط | 0.53 | 0.62 | 0.46 | 0.75 | 0.51 | 0.68 | 0.71 | 0.65 | 0.81 |

- أما ثبات المقياس فقد تم حسابه بطريقة إعادة تطبيقه على أفراد العينة وذلك بعد (21) يوماً من تطبيقه الأول وحسب معامل الارتباط بين درجات التطبيقين فبلغ (0.88)، كما بلغ معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ (0.812) وهي قيم عالية تدل على ثبات المقياس.

النتائج ومناقشتها:

فيما يخص التساؤل الأول " ما نسبة الأطفال المصابين برهاب علاج الأسنان من مراجعي العيادات السنوية عينة الدراسة؟" فإن الجدول (4) يبين النتيجة.

الجدول (4) يبين النسب المئوية لمستويات رهاب علاج الأسنان عند الأطفال

| مستوى الرهاب | الدرجة المعيارية | ما يقابلها من الدرجات المعيارية | العدد | النسبة |
|--------------|------------------|---------------------------------|-------|---------|
| منخفض | (-1) فأقل | 6-5 | 78 | 19.85 % |
| متوسط | بين (1) و (-1) | 12-7 | 193 | 49.11 % |
| مرتفع | فأكثر | 20-13 | 122 | 31.05 % |

يتبين من الجدول (4) أن (78) طفلاً، بنسبة (19.85%) يعانون من رهاب علاج الأسنان في مستوى منخفض، بينما (193) طفلاً، وبنسبة (49.11%) يعانون من رهاب علاج الأسنان في مستوى متوسط، وأن (122) طفلاً، بنسبة (31.05%) في مستوى مرتفع. وهكذا فإن ما يقرب من ثلث أفراد العينة يعانون من مستويات مرتفعة من رهاب علاج الأسنان مما يستدعي اهتماماً ورعاية خاصة في مجال طب أسنان الأطفال والحفاظ على السلامة الفموية واللثة والأسنان. وتلتقي هذه النتيجة مع ما توصلت إليه بعض الدراسات الأمريكية من أن نصفاً إلى ثلاثة أرباع الأطفال والشباب الذين تمت دراستهم، يعانون من قلق العيادة السنوية، وأن 15% منهم يعانون من قلق حاد (Acute Anxiety) وأن نسبة (54%) يظهرون سلوك التجنب والانسحاب

نتيجة هذا القلق، ويظهر ذلك من خلال إلغاء المواعيد وعدم الالتزام. (Liddell, 1990) من جهة ثانية يترافق رهاب العيادة السنوية مع حساسية عالية من الشعور بالألم، خاصة وأن القلق والخوف المرضي يزيد من خبرة الألم باعتبارها خبرة حسية شعورية انفعالية، ويصدق هذا بشكل خاص في حالتي الألم المزمن، والألم نفسي المنشأ (Majstorovic, Veerkamp & Skrinjaric, 2003). وتلعب خبرات المعالجة السنوية السابقة والسلبية دوراً مهماً في تطور رهاب علاج الأسنان حيث بينت بعض الدراسات أن هذه الخبرات تقف خلف نسبة تتراوح بين 4% - 43% في مختلف المجتمعات وأن الألم يمثل عاملاً مهماً ضمن هذه الخبرات (Baier, Milgrom, & Russell, 2004).

لقد تبين لشين وكيم وجون وأن (Shin, Kim, Jeon, & An, 2015) أن انتشار رهاب علاج الأسنان تراوح بين 10% و 21% لدى الراشدين في المجتمعات الصناعية الغربية وأن هذه المخاوف تعود في معظمها إلى مرحلة الطفولة. من جهة ثانية فقد تراوحت النسبة بين 4% و 45% في مختلف المجتمعات، وأن هذه النتيجة تتعلق بعوامل متعددة بعضها مرتبط بالمقاييس المستخدمة، وبعضها الآخر يتعلق بمتغيرات ثقافية (Majstorovic, Veerkamp & Skrinjaric, 2003). من هنا فإن تفسير هذه النسب المتعلقة بانتشار رهاب علاج الأسنان لدى الأطفال يجب أن يفسر في ضوء عدة معايير ومتغيرات بعضها داخلية مرتبطة بطبيعة المرحلة النمائية لمرحلة الطفولة، ونمو المخاوف فيها من جهة، وبعضها الآخر في سياق البيئة الاجتماعية والثقافية للحكم على السلوك من جهة أخرى، وهذا ما يركز عليه الاتجاه النمائي في تفسير الاضطرابات النفسية لدى الأطفال.

بالنسبة للتساؤل الثاني « هل توجد علاقة بين رهاب علاج الأسنان ومزاج الطفل؟ » وقد حسب معامل الارتباط بين درجات الأطفال على استبانة رهاب علاج الأسنان ومقياس مزاج الطفل فكانت النتائج كما هي في الجدول (5).

الجدول (5) معامل الارتباط بين رهاب علاج الأسنان وأبعاد المزاج عند الطفل

| المتغير | النشاط | الانتظام | رد الفعل الأولي | التكيف | الشدة | المقاومة | الحالة المزاجية | التشتت | الحساسية الانفعالية |
|-------------------|--------|----------|-----------------|---------|-------|----------|-----------------|--------|---------------------|
| رهاب علاج الأسنان | * 0.38 | * 0.29- | * 0.31- | * 0.42- | 0.15 | * 0.24 | * 0.27 | * 0.36 | 0.13 |

*دالة عند مستوى 0.05

يتبين من الجدول (5) أن هناك علاقة موجبة دالة إحصائياً بين رهاب علاج الأسنان وكل من النشاط (0.38)، والمقاومة (0.24) والحالة المزاجية (0.27) والتشتت (0.36) في حين توجد علاقة سلبية دالة إحصائياً بين رهاب علاج الأسنان وكل من الانتظام (- 0.29) ورد الفعل الأولي (- 0.31)، والتكيف (- 0.42). وهكذا فإن الأطفال الذين يعانون من رهاب علاج الأسنان يتصفون بالخصائص المزاجية التالية: رد الفعل الأولي السلبي (الإحجام) وضعف التكيف، كما يتصفون بالنشاط، والمقاومة، والانفعالية (المزاج السلبي)، والتشتت.

لقد أظهرت الدراسات الطولية المتتبعية أن خصائص المزاج الخمسة التالية تهيئ الأطفال للعديد من

المشكلات النفسية: الانتظامية، الإقدام، التكيف، الشدة، ونوعية المزاج. كما تبين أن هؤلاء الأطفال يتميزون بالخصائص المزاجية التالية: انخفاض الانتظام، والإحجام بدلاً من الإقدام (انخفاض الإقدام)، وضعف التكيف، وارتفاع الشدة، والمزاج السلبي، وأن مثل هذه الخصائص تم كشفها في العديد من الدراسات والمواقف الإكلينيكية (Holst & Crossner, 1987).

تعمل الخصائص المزاجية على تطوير المشكلات السلوكية والاضطرابات النفسية لأن الطفل الذي يحصل على درجات مرتفعة في كل بعد من هذه الأبعاد، تجعله عرضة للمخاوف واضطرابات القلق. فالانفعالية (Emotionality) باعتبارها العنصر الأساسي في المزاج تتضمن البكاء، والخوف، والغضب (Locker, Poulton & Thomson 2001)، كما أن الرهاب يرتبط بالقلق والعصبية باعتبارها مكونات أساسية في نوعية المزاج. من جهة ثانية فإن تحديد مخاوف الأطفال وقلقهم منذ مراحل مبكرة يساهم في فهم شخصية الطفل ونوع المزاج، وبالتالي الكشف عن عوامل الخطر.

بالنسبة للتساؤل الثالث "هل توجد فروق دالة إحصائية في رهاب علاج الأسنان بين الذكور والإناث؟" تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل من الذكور والإناث ودلالة الفروق بينهما كما هي موضحة في الجدول (6).

الجدول (6) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ودلالة الفروق بين الذكور والإناث

| المتغير | النوع | العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجة الحرية | القيمة التائية | الدلالة 0.05 |
|-------------------|--------|-------|-----------------|-------------------|-------------|----------------|---------------|
| رهاب علاج الأسنان | الذكور | 195 | 7.34 | 3.411 | 392 | 1.98 | دالة إحصائياً |
| | الإناث | 198 | 8.23 | 4.941 | | 2.351 | |

يلاحظ من الجدول (6) وجود فروق دالة إحصائية في رهاب علاج الأسنان تعزى لمتغير النوع، حيث كانت لدى الإناث أعلى منها لدى الذكور. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليها عدة دراسات مثل (الكبيسي وزملائه، 2010، (Mestrovic & Veerkamp, 2005, Klingberg & Broberg 2007). إن المستوى المرتفع من رهاب علاج الأسنان لدى الإناث ربما يعود إلى عدة عوامل منها: عدم زيارة العيادة السنوية، والانتظار الطويل في غرفة الانتظار، أو أن تكون قد مرت بخبرة سلبية وصادمة في السابق مثل الألم، وطريقة العلاج المستخدمة. ومن العوامل التي تنبئ بنشوء رهاب علاج الأسنان الخوف والقلق الذي يظهر لدى الطفل على كرسي المعالجة (Salvatore, Filippo & Fanara, 2005).

إن هذه النتيجة يمكن تفسيرها في ضوء الصورة التي يكونها كل من الذكر والأنثى عن جسمه (Physical Image)، حيث يعمل كل فرد على تكوين صورة عقلية لذاته الجسمية (Somatic -Self)، وتستعمل هذه الصور لقياس المفاهيم المتعلقة بصورة الجسم، وطبيعة الشخصية وتكون سبباً لسعادته وتكيفه النفسي والاجتماعي. ويعتبر الوجه من أهم المظاهر الجسمية التي تحتل مكانة هامة في الذات، ويعتبر الفم والأسنان والفكين العضو

الأبرز في الذات الجسمية وخاصة لدى الإناث. فقد بين كش وسمولاك (Cash & Smolak, 2011) أن عامل النوع الاجتماعي (الجنس) أصبح من أبرز العوامل في صورة الجسم، وأن الأنثى تسعى لأن يكون لها صورة جسد جميل لأنها الأكثر اهتماماً بهذا المظهر، وأن عدم رضاها عن جاذبيتها يجعلها عرضة للتقييمات السلبية مما ينعكس على تقديرها لذاتها وخاصة مع نهاية الطفولة وبداية المراهقة. إن هذا الاهتمام قد يكون عاملاً مهماً وراء قلقها وخوفها بشكل عام، كما يجعلها أكثر تعرضاً لرهاب علاج الأسنان.

لقد اعتبر شين ووكيم وجون وأن (Shin, Kim, Jeon & An, 2015) أن متغير النوع يمثل أحد المتغيرات المهمة التي تعكس الاتجاه نحو الألم والقدرة على التحكم، وأن مخاوف الأطفال مرتبطة بالتغيرات النمائية، خاصة وأن الخوف من الأذى الجسمية من المخاوف المستمرة في هذه المرحلة لدى الإناث. من جهة ثانية فقد تبين أن الألم هو أحد الخبرات المهمة في التنبؤ برهاب علاج الأسنان، وأن موضوع التحكم هو أحد المتغيرات المهمة فيه، ولذلك يعتبر متغير الفروق في النوع الاجتماعي، والعمر من المتغيرات التي تعكس الاتجاه (At-titude) نحو الألم والقدرة على التحكم به. من هنا يمكن القول بأن الأطفال الصغار والإناث أقل قدرة على التحكم بالألم، خاصة وأنه يرتبط بتغيرات نمائية في هذه المرحلة والتي يمكن أن تستمر خلال مرحلة الطفولة المتأخرة وبداية المراهقة (Clanetti, Lombardo, Lupatelli, Pagano, S., Abraha, , Montedori, Caruso,). (Gatto, Giorgio, Salvato, & Paglia, 2017).

المقترحات:

لا يعتمد طب الأسنان فقط على المهارة المهنية لطبيب الأسنان ولكنه يعتمد أيضاً على مهارتي التواصل والتعامل (Communication and Coping Skills) مع مرضاه في عمله اليومي. وهناك عدد من المقترحات التي تمخضت عنها هذه الدراسة:

- 1 - يجب أن يقترب الطبيب من الأطفال على المستوى العاطفي (الوجداني Affective Level) قبل أن يحاول علاجهم وبهذا يصبح الطبيب نفسه هو وسيلة العلاج الرئيسية يتلونها في الأهمية الإجراءات الأخرى التي يقدمها للطفل مثل: تهيئة بيئة العيادة لتكون مصدر استرخاء وهدوء وراحة للطفل.
- 2 - على الطبيب المعالج أن يدرك أن الإجراء الذي يناسب طفلاً ما قد لا يناسب طفلاً آخر، وبالتالي عليه أن يراعي الفروق الفردية في تدبر الخوف المرضي عند الطفل، وفق نمط شخصيته وخصائص المرحلة العمرية، والنوع.
- 3 - تعاون المختصين في علم النفس السريري مع أطباء الأسنان لمواجهة الحالات المرضية التي تتطلب تدخلاً، كما نوصي بتوعية أطباء الأسنان والمرضى من خلال برامج نفسية على المستوى الإرشادي والعلاجي تساعد في رفع مستوى وعي المجتمع وثقافته النفسية.
- 4 - تطبيق برامج الإرشاد الأسري ضمن مؤسسات الرعاية الصحية وطب المجتمع التي تعمل على رفع مستوى الصحة النفسية للأسرة وتلعب وسائل التواصل الاجتماعي دوراً مهماً في تعزيز هذه البرامج.
- 5 - عقد ندوات وورش عمل ومؤتمرات ترسخ لمبدأ التشاركية بين أطباء الأسنان والمختصين في علم النفس. مع التركيز على برامج التمكين النفسي (Psychological Empowerment) على مستوى الفرد، والمؤسسات الصحية، والمجتمع.

- 6 - تضمن الخطط الدراسية لكليات طب الأسنان عدداً من المقررات النفسية مثل: علم النفس الطبي، والعلاج النفسي والأسري لأمراض القلق، والتركيز فيها على التطبيقات العملية كتطبيق طريقة صرف الانتباه، وأساليب العلاج المعرفي والسلوكي.
- 7 - إجراء مزيد من البحوث الوصفية، والتجريبية، والسريية، والنمائية التتبعية على عينات ذات متغيرات متنوعة من حيث العمر، والمستوى التعليمي، والاجتماعي في دراسة رهاب علاج الأسنان.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- الكبسي، ناطق؛ ومسلم، سعدي؛ وعبد الغني، هدى؛ وإسحق، سمير (2012). رهاب الأسنان لدى عينة من مراجعي العيادات الخارجية لطب الأسنان في العراق. *مجلة العلوم النفسية*، 19، 129-130.
- عبدالله، محمد قاسم، و الحسين، فايز (2014). *علم النفس السريري لطب الأسنان*. حلب، مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية: جامعة حلب.
- عبدالله، محمد (2011). *علم نفس الصحة*. عمان: دار الفكر.
- الشيخ حمود، محمد، وعبدالله، محمد (2016). *علم النفس الطبي*. دمشق - منشورات جامعة دمشق.
- ملحم، سامي (2000). *مناهج البحث في التربية وعلم النفس*. عمان، الأردن: دار المسيرة.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- Alvesalo I, Murtomaa H, Milgrom P, Honkanen A, Karjalainen M, & Tay, M. (1993). The dental fear survey schedule: A study with Finnish children. *Int J Paediatr Dent* ;3(4),193-8.
- Ava Elizabeth C., Geoff C., Mark B., Emad A. & Roy G. (2014). Pathways of fear and anxiety in dentistry. *A Review World J Clin Cases*, 2(11), 642-653. <http://www.wjgnet.com/esps/helpdesk.asp>
- Baier K, Milgrom P, & Russell S. (2004). Children's fear and behavior in private pediatric dentistry practices. *Pediatric Dentistry*;26(4), 316-21.
<https://www.researchgate.net/publication/8367838>.
- Becker, M. & Rosentock, I. (1984). *Compliance with medical advice: Health care and human behavior*, London: Academic Press
- Cash, T & Smolak, L. (2011). *Body image: A handbook of science, practice and prevention*. New York: The Guilford Press.
- Clanetti, S., Lombardo, G., Lupatelli, E., Pagano, S., Abraha, I., Montedori, A., Caruso, S., Gatto, R., Giorgio, S., Salvato, R. & Paglia, L. (2017). Dental fear/anxiety among children and adolescents. A Systematic review. *European Journal of pediatric Dentistry*, 18, 2, 121-130.
<https://www.researchgate.net/publication/317565166>.
- Corsini, R. (2002). *Dictionary of psychology*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Colares V, Franca C, & Ferreira A. (2013). Dental anxiety and dental pain in 5- to 12-year-old children in Recife, Brazil. *Eur Arch Paediatr Dent*, 14(1), 15-9.

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23536809/>
Hamilton Public Health Service. (2017) Temperament scale. *Health connection*, 905, 546-3550.
- Holst A & Crossner C. (1987). Direct ratings in acceptance of dental treatment in Swedish children. *Community Dent Oral Epidemiol*, 15, 258–263.
- Klingbeg, G. & Broberg, A. (1998). Temperament and child dental fear. *Pediatric dental Journal*, 20(4), 237-243.
- Klingberg G & Broberg A. (2007). Dental fear/anxiety and dental behavior management problems in children and adolescents: A review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent* 17, 391–406.
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17935593/>
Klingberg G, Berggren U, Carlsson S. & Noren J. (1995). Child dental fear: cause-related factors and clinical effects. *Eur J Oral Sci Dec*, 103(6), 405-12.
- Krikken J, Van Wijk A, & Cate J. (2013). Veerkamp JS. Measuring dental fear using the cfss-ds. Do children and parents agree? *Int J Pediatric Dentist*, 23, 94-100.
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22339783/>
Kunzelmann, K. & Dunninger, P. (1990). Dental fear and pain: The effect on patient's perception of the dentist. *Community Dental Oral Epidemiology*, 18(5), 264-266.
- Lara A, Crego A, & Romero-Maroto M. (2012). Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of fear. *International journal of paediatric dentistry / the British Paedodontic Society [and] the International Association of Dentistry for Children*, 22 (5), 30 - 324.
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22092785/>
Liddell A (1990) Personality characteristics versus medical and dental experiences of dentally anxious children, *J Behavioral Medicine*, 13, 183–194.
- Locker D, Poulton R & Thomson WM. (2001a). Psychological disorders and dental anxiety in a young adult population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 29, 456–463.
- <https://www.alustforlife.com/tools/mentar-health/how-anxiety->
Majstorovic M, Veerkamp JS & Skrinjaric I (2003). Reliability and validity of measures used in assessing dental anxiety in 5- to 15-year-old Croatian children. *Eur J Paediatr Dent*, 4 197–202.
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14725503/>
Majstorovic, M. & Veerkamp, J. (2005). Developmental changes in dental anxiety in a normative population of Dutch children. *Pediatric Dentistry*, 1, 30-34.
- <http://admin.eipd.eu/download/2005-01-04>
Marcel, Z. & Bates, J. (2008). Child temperament: An integrative review of concepts: Research programs, and measures. *European Journal of Developmental Science [EJDS]*, 2(1), 7–37.
- <https://www.researchgate.net/publication/228368866>
Martinez, K. Margarita L., Zola, A, Anaya, M., Farith & Martínez, G. (2018). Fear and anxiety

in children treated at the dental surgery of University of Cartagena. *Revista Odontológica Mexicana*, 22(1), 8-14.

<https://www.dallasnews.com/business/2018/10/03/>

McClowry, S., Rodriguez, E., & Koslowitz, R. (2008). Temperament-based intervention: Re-examining goodness-of-fit. *European Journal of Developmental Science*, 2, 120-135.

Milgrom P, Mancl L, King B, & Weinstein P. (2009). Origins of childhood dental fear. *Behav Res Ther Mar* 33 (3), 313-9.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7726808/>

Murray P, Liddell & Donohue J. (1989). A longitudinal study of the contribution of dental experience to dental anxiety in children between 9 and 12 years of age. *J Behav Med* 3, 309-320.

Neverlien P. (1994). Dental anxiety, optimism-pessimism, and dental experience from childhood to adolescence. *Community Dent Oral Epidemiol* 22, 263-268.

Olak J, Saag M, & Honkala S. (2013). Children's dental fear in relation to dental health and parental dental fear. *Stomatologija*, 15 (1), 26-31

Rachman S.(1997). The conditioning theory of fear-acquisition: A critical examination. *Behavioral Research Therapy*.15, 375-387.

<https://www.researchgate.net/publication/223363357>

Rimm-Kaufman, S. E., & Kagan, J. (2005). Infant predictors of kindergarten behavior: The contribution of inhibited and uninhibited temperament types. *Behavioral Disorders*, 30(4), 331-347.

<https://journals.sagepub.com/dio/10.1177/019874290503000409>

Rousset C, Lambin M, & Manas F. (1997). The ethological method as a means for evaluating stress in children two to three years of age during a dental examination. *ASDC J Dent Child Mar, Apr*, 64 (2), 99-106.

Ruchita S., Dhara S., Vedanti T., Vinita V. & Gabriela F. (2018). Dental fear assessment among patients: A survey study of a group of Indian dental patients. *European Journal of Pharmaceutical and medical Research*, 5(3), 309-313.

<https://www.google.com/search?g=Ruchita+S.+%2C>

Salvatore, S. Filippo, T., & Fanara, M. (2005). Gender differences in dental anxiety: Is the chair position important? *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 6 (1), 1-6.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15719083/>

Shin, Y. Kim, A. Jeon, E. & An, S. (2015). Dental fear & anxiety and dental pain in children and adolescents: A systemic review. *Journal of dent Anesth Pain Med*, 15 (2), 53-61.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5564099/>

Stenebrand A_b, Wide Boman U, & Hakeberg M. (2013). Dental anxiety and symptoms of general anxiety and depression in 15-year-olds. *Int J Dent Hyg*, 11(2), 99-104.

<https://www.mykennewick.dentist.com/cosmetic-dentistry/?utm-source>

Stom, B. (2008). Assessment of dental anxiety in Children: Effect of oral health education. *Balkan Journal of Stomatology*, 12, 52-47.

<http://belkandentaljournal.com/wpcontent/uploads/2016/03/>

Tiggemann, M.(2014). The internet and adolescent girls, weight satisfaction and drive for thinness., *Sex Role*,63, 79-90.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s11199-010-9789-z>

Thomas A, Chess S, & Birch G. (1970). The origin of personality. *Scientific American* 223 (2), 102-109.

Venham,L., Gualin-Kremer, A., Munster, E. Bengston-Audia, D. & Cohan, J.(1980). Interval rating scale for children's dental anxiety and uncooperative behavior. *Pediatric Dentistry, the American Academy of Pedodontics*, 1(3), 195-202.

Vika M, Skaret E, & Raadal M. (2008). Fear of blood, injury, injections, and its relationship to dental anxiety and probability of avoiding dental treatment among 18-year-olds in Norway. *International journal of pediatric dentistry. The British Paedodontic Society [and] the International Association of Dentistry for Children* 18(3), 163-9.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18328048/>

Wong M. & Humphris M. Lee T. (1998). Preliminary validation and reliability of the Modified Child Dental Anxiety Scale. *Psychol Rep*, 83(3 Pt 2), 1179-86.

Yuko,T., Masaharu, T., Masato, A. & Masako, K. (2014). Construction of a short form toddler temperament questionnaire. *Kawasaki Journal of medical Welfare*, 20 (1), 25-30.

<https://www.semanticscholar.org/paper/Construction-of-a-Short-Fom-Toddler-Temperament-Takei-Terasaki/ba1f002eae63eac9702bbaa2b852464ff9b95e3c>