طب أسنان الأطفال-١

البحث التاسع: التطور الجسمي والنفسي وتدبير السلوك في العيادة

Management Behavior

لا بد لطبيب أسنان الأطفال من امتلاك المقدرة على تشخيص سلوك الطفل بدقة لوضع التدبير الصحيح لهذا السلوك كي يكتسب ثقة الطفل التي ستنعكس ايجابياً على خطة المعالجة وتقديم الأفضل من الخدمات السنية. ويأتي امتلاك هذه القدرة من الموهبة الشخصية في تدبير السلوك المعزز بالقاعدة العلمية نتيجة الدراسة والاطلاع وفهم علم السلوك بكافة أشكاله.
وسنأتي في هذا البحث بقدر ما تسمح به أنظمة تأليف الكتاب الجامعي على أهم النقاط التي تضع اللبنات الأساسية لفهم هذا العلم الذي تطور في السنوات الأخيرة كثيراً لأهميته في معظم مجالات الحياة عموماً ولا سيما الطب.
وسنبدأ في توضيح بعض السمات الأساسية للنمو الانفعالي والسلوكي والمعرفي والإجتماعي للطفل منذ الولادة حتى عمر الثانية عشرة وهو العمر الذي يعتبره معظم الباحثين عمر الطفولة. ترتبط هذه السمات بالتبدلات الحيوية والكيميائية والبدنية خلال مراحل النمو المذكورة لكل من الطفل السوي وغير السوي. فالجهاز العصبي والدماغ لدى المولود يكتمل وينضج مع مرور الوقت وبالتالي الأجهزة الحركية والإدراكية والحواس. علماً أن اتصال الطفل بالمحيط الخارجي خلال المراحل المبكرة غير مميز، لأن حياته العقلية ضبابية، وسلوكه وردود أفعاله أقرب للمنعكسات العصبية، ولا تلبث أن تتغير مع تقدم العمر وتصبح أكثر وضوحاً في النواحي البدنية والعقلية والسلوكية والإنفعالية الشخصية وذلك تبعاً للاستعدادات الوراثية وللعملية التربوية والاجتماعية، حيث تأخذ الشخصية ملامحها بالظهور تدريجياً، من خلال تفاعل العوامل الوراثية والبيولوجية والبيئية لتكون سمات الشخصية. يتحدد جزء من السلوك البشري بالعوامل الوراثية ثم تأتي البيئة فتشكل الشخصية من خلال التعليم والتربية سلباً أم ايجاباً، لكنها لا تبدل من التكوين الوراثي للفرد. أخيراً للتغذية دور في الصحة النفسية والبدنية وتأثيره على الوظائف العقلية.

سنقوم فيما يلي بوصف السلوك النموذجي لكل مرحلة عمرية، لكن هذا لا يعني أن جميع الأطفال سيسلكون ذات التصرف، كما أن بعضهم يبدي هذه التصرفات بعمر مبكر أو متأخر، إذ ليس من السهل تقسيم النمو والتطور الإنساني إلى مراحل يختلف بعضها عن بعضها بسبب طبيعة النمو والتطور والاختلافات الفردية والاقتصادية والثقافية.
قُسم النمو والتطور إلى مراحل، ورغم تداخلها تتميز بخصائص منفردة تُسهل على الدارسين فهمها والإستفادة منها للتطبيق في العلاج والتعليم والتربية.

المرحلة الأولى من الولادة حتى عمر ثلاث سنوات:

First stage from birth to 3 years of age

يرتبط الطفل بالأم في هذه المرحلة ارتباطاً بيولوجياً وعاطفياً فهو بحاجة لتلبية حاجاته الأساسية لإستمرار نموه وحياته.
ويرتبط الضرر في هذه المرحلة بتعدد المهتمين بالطفل أو عندما تعاني الأم من مشكلة معيشية أو نفسية تجعلها بعيدة عن الطفل. فإشباع حاجات الطفل في عامه الأول يؤمن له الشعور بالأمان SECURITY الذي يعطيه الثقة بالنفس، ويعلمه الحب المتبادل وهو الداعم الأساسي للنضج العاطفي. كما أن الإتزان في المعاملة الأسرية بعيداً عن أساليب المفاضلة بين الأطفال والنبذ والحرمان يساعد على توفير الأمن والطمأنينة للطفل.
وينتقل الطفل في هذه المرحلة من ضعيف مستسلم يقضي معظم وقته في النوم إلى طفل قادر على الحركة والمشي والتفاعل مع المثيرات الخارجية (الإيجابية والسلبية)، وتؤدي قدرة الطفل في اكتشاف ومواجهة العالم الخارجي والتعامل

معه دوراً مهماً في بناء الشخصية مستقبلاً، فقبل الشهر الرابع من العمر يحدق الطفل في وجه الأم قليلاً مع بعض الأصوات لكنه بعيد عن الإبتسام الحقيقي، لا يلبث أن يصبح سلوكه الحركي أكثر تناسقاً، وينجم سلوكه الانتصابي عن توازن جيد، ويتابع الأشياء المتحركة وتتوضح استجابته الاجتماعية بالمناغاة والضحك. يرغب طفل الشهر السابع بمد يده لالتقاط الأشياء وتقريبها من فمه لرسم صورة عنها، ثم ينقلها من يد لأخرى (سلوك النقل). ويظهر في الشهر الثامن التوازن والتمييز بين المألوف وغير المألوف ، ويميل إلى الانسحاب عند مشاهدة الغرباء مثلاً بل قد يلجأ إلى البكاء. يمر الأطفال بعمر ٩ و١٠ أشهر بفترة وجيزة من التوازن، يستجيبون فيها لإشارة الوداع والتغيرات الوجهية والأصوات، كما يقف على يديه وركبتيه إشارة لعملية الحبو، بالإضافة إلى توجيه الانتباه لكلمة (لا– لا) وهي نقلة اجتماعية جيدة. لا يصدر في هذه المرحلة الأصوات العفوية فقط بل يستطيع تعلم بعض المقاطع البسيطة مثل
(دا– دا). مع نهاية السنة الأولى وبداية الثانية تظهر قدرة الحبو ويُسر باستماع الآخرين له ويشعر بالإستحسان لنشاط قام به فيكرره عندما يضحك من حوله ويستمتع عندما يلحق به أحد وهو يحبو. مع الشهر الخامس عشر ينشغل بكثير من النشاط كالمشي وتسلق الدرج نتيجة لنمو الجهاز العصبي الحركي وتزيد القدرة على التوازن والمشي تدريجياً ويجب مساعدته بالتمرين والتشجيع، وخلال هذه الفترة لا ينصاع لكلمة (لا) ولا للموانع والزواجر، وهو قادر على وضع الشيء تلو الآخر في وعاء ليفرغها من جديد، ويستمر في عدم الإنصياع ، وتصبح كلمة (لا) مفضلة لديه بعمر ١٨ شهراً، ويُسر بفعل عكس ما يطلب منه، ومفهوم الزمان لديه هو (الآن) ولا يستطيع الانتظار، كما تتميز علاقته مع الآخرين بالأخذ وليس العطاء، ولا يقبل المقاسمة ويفهم الكلام القصير البسيط ويستقبل أكثر مما يرسل ويرغب بتحقيق حاجاته فوراً مما يجعل انفعلاته العاطفية غير ناضجة. يتمعن في الأشخاص والأشياء لإستكشاف المحيط. يبدأ مع عمر السنتين مرحلة من التوازن الواضح وتتسع دائرة علاقاته مع المحيط ويصبح أكثر ثقة بنفسه ويستعمل اللغة بشكل معقول ويتطور لديه القدرة على الإنتظار والتثبيط المؤقت. يرغب بسرور الآخرين منه وإليه لكنه لا يزال يحتفظ بألعابه وقد يقدم بعضاً منها وهذا بعد جديد في العلاقات الاجتماعية. في عمر السنتين والنصف يحدث تغير واضح إذ يصبح صاخباً متمرداً يرنو إلى إشباع حاجاته فوراً دون تأجيل. يحب الاستمرارية في المأكل والملعب، يرفض الجديد وهذا يعطيه الشعور بالأمان. يجب الإبتعاد عن أساليب النبذ والحرمان والمفاضلة بين الأطفال وأساليب الحماية الزائدة لتأمين نمو اجتماعي وانفعالي سليم. يدخل الطفل بعمر ثلاث سنوات مرحلة التوازن النفسي ويقبل الإرشادات ممن يرعاه ويستعمل كلمة (نعم) كما كان يستعمل (لا) منذ أشهر قليلة، إضافةً إلى نمو السلوك الإنفعالي ويقوم بخلق صداقات مع أقرانه، وتزداد ثروته الكلامية مع استعمالها وهنا يصبح قادراً على تقبل زيارة طبيب الأسنان إذا قدمت بطريقة عملية. يرى أريكسون أن الثقة بالنفس من أولويات تكوين الشخصية السليمة التي تبدأ خلال السنة الأولى والثانية حيث يبدي الطفل اهتماماً أكبر في توسيع اكتشافه للمحيط من أشخاص وجماد ويتطور لديه إحساس بالقدرة على التأثير في الحوادث والأشياء وينشأ لديه الإحساس بالإستقلالية كالقيام ببعض النشاطات بلا مساعدة الآخرين (وهو سلوك المبادرة) وهنا يجب تطبيق الحزم والتسامح تطبيقاً متزناً وإلا فالإستبدادية والحماية الزائدة تولد مشاعر الشك والتبعية ويصبح خائفاً معدوماً من سلوك المبادرة.

المرحلة الثانية من عمر ٣ إلى ٦ سنوات:

Second stage from 3 to 6 years

وتسمى مرحلة ما قبل المدرسة، تنمو في هذه المرحلة قدرات الطفل على ضبط الذات والتآلف مع الوجوه الغريبة ومغادرة المنزل بفعل اتساع محيطه الإجتماعي، وبناء عليه يكون الطفل مؤهلاً لزيارة العيادة السنية والتكيف مع مثيراتها ويُحس بهويته الجنسية وبالإستقلالية. يبدأ الشعور بالذنب أو القلق عند انتهاك قاعده أخلاقية، وتتطور المعرفة فتظهر القدرة على التفكير والإستنتاج والإستطلاع والإستكشاف، وتزداد الأسئلة لماذا وكيف وأين ؟ بهدف حب الإستطلاع أو لفت النظر أو

الخوف أو القلق، وهنا يجب التعامل معه بالصدق والبساطة لزيادة المعرفة وإشباع الفضول وتحقيق بعض الدوافع واكتساب بعض المفاهيم الحسية كالحجم والشكل أما المفاهيم المجردة فلا يدركها، ويمكن الإستفادة من ذلك في العيادة السنية بجعله يتحسس الأدوات ويمسكها ولا بد من تكرار الشرح حول العمل والعيادة لأن سعة الذاكرة قصيرة ومشتته. يتمحور إدراك الزمن حول الحاضر، أما المستقبل والماضي فإهتمامه بهما عابر ويعني له الرفض. تزداد القدرة على التخيل ويختلط الواقع بالخيال وينقاد للكذب غير المقصود، إذ يرى أحلام اليقظة حقيقة. تظهر لديه انفعالات الحب والفرح والغيرة والخجل والزهو، وسرعان ما ينقلب الغضب إلى السرور والخوف إلى الطمأنينة. ويلعب الخيال دوراً في إيجاد مثير وهمي للخوف كالأشباح والظلام، ولا بد من احترام هذه المخاوف والعمل على معرفة الأسباب ومساعدته في التخلص منها بعيداً عن الإجبار والقسوة. ويعشق التشجيع والمديح والإعتزاز بإنجازاته التي لها الأثر السحري في بناء الفرد، وعلى طبيب الأسنان الإستفادة من ذلك.

إذاً عمر الثلاث سنوات عمر الهدوء والتكيف الجيد ويمتثل للأوامر ويشعر بالإطمئنان مع ذاته ومع الآخرين ويرغب بالصداقات. تنقلب الأمور بعد ستة أشهر وتدخل مرحلة خلل في كلٍ من التوازن والإطمئنان والتناسق وتظهر الأشكال السلوكية للتربية الخاطئة (التبول الليلي – التأتأة – مص الإصبع – قضم الأظافر – السلوك العدواني). يوصف طفل السنوات الأربع بالثائر من الناحية الحركية والعاطفية واللغوية والخيالية والعلاقات الشخصية، ولا بد من فهم تقلبات النمو وإظهار شيء من الحزم. ينتقل طفل الرابعة والنصف إلى الواقعية أكثر في سلوكه ويحدث نمو سريع وتميز بين الواقع والخيال ويرغب في المناقشة وتوجيه الأسئلة ويتحمل الإحباط ويهتم بالحروف والأرقام. يتميز عمر الخامسة بالتركيز والواقعية وهو عمر التوازن والسلوك الثابت والأمان. لا يحاول القيام بنشاطات تفوق قدراته. يمتد ذلك إلى عمر الخامسة والنصف حيث ينطلق في نشاطاته إلى العالم الخارجي ويقل ارتباطه بوالدته مما يسبب مصاعب كثيرة لمن حوله، وتبلغ المناقشة ذروتها في هذا العمر. مع بداية السادسة تظهر علائم التفكير المنطقي من خلال عملية النضج الإجتماعي المترقي تدريجياً والإرشادات التربوية السليمة في الخطأ والصواب. يظهر التفكير المنطقي وتصبح الأنا الذاتية مركز الإهتمام فتظهر الأنانية الطفلية وإشباع الرغبات ورفض اللوم والنقد ويميل للمديح والإطراء، لذلك فالتعامل معه صعب ولديه استعداد كبير للخبرات الجديدة.

المرحلة الثالثة من سن ٦ إلى ١٢ سنة:

Therd stage from 6 to 12 years of age

وهي مرحلة المدرسة الإبتدائية إذ ينتقل الطفل من بيئة الأسرة المتآلف معها إلى بيئة غريبة ووسط جديد ونظام غير مألوف. تتطلب هذه النقلة امتلاك الطفل للياقة الجسمية والكفاية العقلية والعاطفية والقدرة على التكييف ليوجد لنفسه مكاناً لائقاً يناسب متطلبات المدرسة والأقران وذلك لتأسيس الصداقات. ويرى بياجية أن الطفل يصبح قادراً على فهم المجردات نسبياً.

وتظهر في هذه المرحلة مخاوف جديدة من المدرسة والمعلمين والأقران، ثم يتخلى عن سلوكيات الغضب عند اعتراضه لعائق يحول دون تحقيق رغباته بل يتحول من السخرية والحرد والسباب والتسميات الساخرة المهينة ويتجه نحو الإحساس بالطمأنينة والأمن والإستقلال والتقدير والإعتزاز بالذات. ويؤدي التوجيه المدرسي والبيتي دوراً مهماً في تقبل المعايير الاجتماعية وتهذيب السلوك المناسب للعرف الإجتماعي والأخلاقي. ويبدأ الإهتمام بمظهره ومنها المظهر السني والفموي ويحاول حجب العيوب منها حيث يظهر السلوك التجنبي وزيادة الحساسية نحو النقد والسخرية. لذلك فسوء التكييف المدرسي له عقابيله السلبية على مستقبل تكيفه الإجتماعي كالعزلة والمخاوف من الأقران وموقف المعلم من الأداء

المدرسي. هنا على الأهل الإهتمام بأسلوب الرد وتدريب الطفل لإكتساب المهارات الاجتماعية التي تناسب المؤثرات المدرسية.

تطرأ في هذه المرحلة تغيرات على القدرات المعرفية والعقلية والفكرية والتي تفيد في التكيف الإجتماعي. ويرى بياجيه أن النمو المعرفي يتسم بالقدرة على الإستنتاج وترتيب الأشياء إلى جانب نمو المفاهيم المجردة كما تنمو القدرات الإدراكية والشفوية والكتابية. تظهر في عمر السابعة القدرة على التخيل الذهني حيث يستوعب الشرح عن النخر السني وأسبابه حسب الصورة التي يقدمها الطبيب. تبقى القدرة على التركيز والانتباه محدودة الزمن، ويطرأ تحسن تدريجي على التخيل ويصبح أكثر واقعية وتميزاً للخيال الوهمي اللاواقعي.

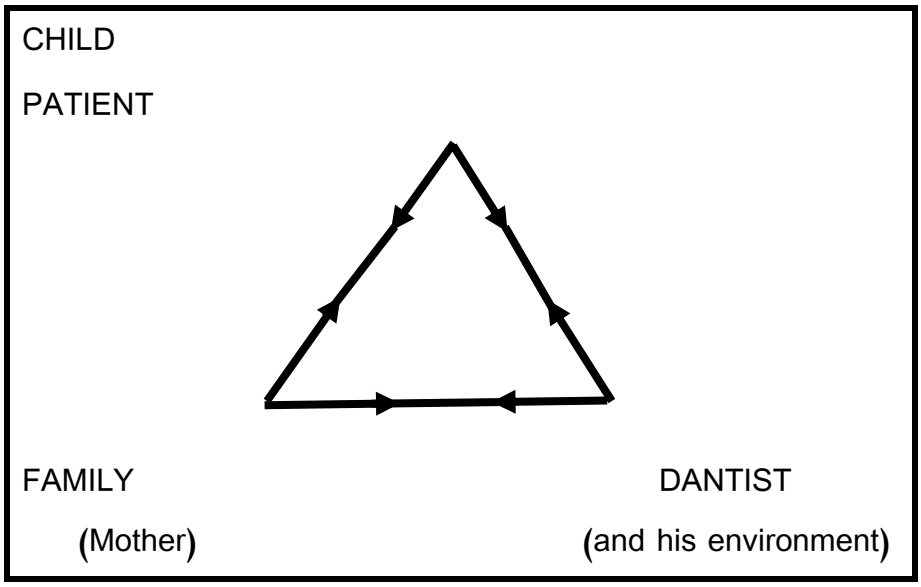
تساهم خبرات المدرسة في بناء الشخصية واكتساب سلوكيات اجتماعية كالتعاون والمناقشة وفهم الأخذ والعطاء والقبول والرفض. ويجب الإبتعاد عن الضغط والإكراه والقسوة بهدف تبديل السلوك الإجتماعي. تمارس العلاقات الاجتماعية مع الآباء دوراً مهماً في صياغة الشخصية، فسلوك الأباء الدافئ المتوازن يجعل سلوك الأطفال مفتوحاً مع قدرتهم على تأكيد الذات، أما إن كان الآباء متسلطين ومتشددين أم متساهلين لدرجة فقدان السيطرة، فسيتميز سلوك الأطفال بالعدوانية أو الخوف والإنعزال. لاشك أن للمعلم والمدرسة دوراً مهماً في نفسية الطفل، فالمعلم الناجح يستطيع التشجيع على التحصيل والمنافسة السليمة وظهور الشعور بالكفاية، كما يستطيع اكتشاف قدرات الطفل الكامنة وإخفاء إحساس الضعف والعجز، ويبرز دور المعلم في خلق الحافز لدى المتخلفين للحاق بالأقران المتميزين. وهنا تتشكل مدارك جديدة حول الذات وتظهر أوامر فريق الصداقة والتأثر والتأثير فيما بينهم إن كان سلبياً أم إيجابياً. إن معظم الإنحرافات السلوكية تنجم عن تأثير الرهط (كالتدخين وتعاطي المخدرات ومشاكسة المجتمع).

يمر الطفل بعمر السادسة بأزمة عاطفية مع نفسه ومع الآخرين، ويبذل جهداً كبيراً لإيجاد موقع لائق له بين أقرانه في المدرسة والشارع، أما عمر السابعة فعمر الإنكفاء على الذات، إذ يبدو الطفل كئيباً متقلب المزاج كثير الشكوى، كما يكون هادئاً بالمقارنة مع عمر الست سنوات. عندما يقترب من سن الثامنة تتبدل هذه المشاعر الإنطوائية التشاؤمية ويصبح أكثر انبساطاً وانفتاحاً على المجتمع ومرحاً وراغباً في مواجهة الجديد وتحدي الصعاب ، ولكنه يخفق أحياناً بسبب نقص خبرته وتضخيم قدراته لذلك يجب تقديم الحماية والإرشاد لتجنب الإخفاقات المتتالية التي تنعكس عليه بضعف الثقة وعدم احترام الذات، لكنه ينجح في إبرام الصداقات وعلى طبيب الأسنان توظيف هذه الميزة لإرساء علاقة جيدة تجاه طب الأسنان. بعد تلك الفترة، يميل طفل التاسعة للهدوء ويتعامل مع الخبرات المناسبة لقدراته ويميل للإستقلال والتحرر ويقاوم سلطات والديه، وينشغل بصداقاته أكثر من أسرته وعلى الأهل احترام ذلك لأنها من سمات تلك الفترة. تتميز مرحلة سن العاشرة حتى الثانية عشر بالطواعية وقبول مطالب الوالدين وهي المرحلة الأسعد لهما وهذا ما يجلب للطفل الإستحسان والإطراء والمحبة والرضا فهي مرحلة المطاوعة والتطابق الأسري والإجتماعي.

يظهر في المرحلة الثالثة من العمر المكون الرابع للشخصية المتوازنة، وفي رأي أريكسون أنه : إذا كانت النجاحات أكثر من الإخفاقات بيتياً ومدرسياً، فسينمو لدى الطفل الشعور بالكفاية وإلا فالسيطرة ستكون لشعور الدونية والإحساس بالنقص.

بعد هذا الإستعراض السريع لمراحل النمو لا بد من توضيح طرق تدبير سلوكيات الأطفال في العيادة السنية. فكثيراً ما نخطئ في التعامل مع الطفل سيء التكيف، أو من لديه مشكلة سلوكية ناجمة عن خبرة سيئة (سمعية أو بصرية أو مادية عن أو في العيادة السنية)، وهنا قد يلجأ الطبيب إلى معالجة غير نموذجية للسلوك بالرغم من مهارته في المعالجة مخلفاً تعقيداً وتفاقماً للمشكلة السلوكية، فتخصيص الوقت الكافي للزيارة الأولى إلى العيادة يؤسس العلاقة المريحة المتبادلة ويؤمن الجو الملائم والطبيعة المناسبة للمرحلة العمرية. كما أن أحد الأسباب الرئيسية لظهور المشكلات السلوكية الأخطاء المرتكبة من قبل الأهل في تنشئة الطفل اجتماعياً كالبناء الخاطىء للثقة بالنفس والتكيف مع المحيط. وهنا يحضرني صورة المثلث العلاجي في طب أسنان الأطفال (الشكل ٩-١) أو ما يسمى مثلث WRIGHT الذي يأخذ فيه الطفل

موقع قمة المثلث لأنه محط نظر كل من الوالدين وطبيب الأسنان، وهنا نقطة الخلاف الرئيسية بين معالجة الأطفال والبالغين، فمعالجة البالغين هي علاقة شخص لشخص بينما تتعداها عند الأطفال إلى علاقة شخص لشخصين، والعلاقة بين أركان المثلث دينمية فهي في تغير دائم لعناصر المثلث وللعلاقة فيما بينهما، وتذكرنا إتجاهات الأسهم بأن التواصل والإتصال مسألة تبادلية أو ما يسمى بالتغذية التبادلية الراجعة.



(الشكل ٩-١): المثلث العلاجي في طب أسنان الاطفال. تشير الأسهم إلى العلاقة الدينمية بين أركان المثلث، حيث يأخذ الطفل موقع قمة المثلث

الأخطاء التربوية:

١- **الهيمنة المفرطة** Over authority:

وهي طريقة تربوية يلجأ فيها الأهل إلى تعليم الطفل الإنصياع إلى الأوامر والنواهي بهدف ضبط السلوك الإجتماعي داخل وخارج المنزل مما يؤدي إلى إضعاف نمو الإستقلالية والثقة بالنفس وغرس مشاعر الإثم والذنب والشعور بالدونية والخوف من التعبير عن الذات وتأكيدها، أما مخلفاتها فكثيرة كتحقير الذات والإكتئاب والرهاب الإجتماعي بأنواعه والسلوكيات التجنبية المختلفة.

٢- *فرط التسامح* ***Over indulgence:***

إن الدلال الزائد والسماح للطفل باستهتار الضوابط الاجتماعية وتجاوز حدوده في ما له وما عليه وتلبية الرغبات بلا حدود، تخلق طفلاً يركز على ذاته، نرجسي المزاج، معدوم الضوابط الاجتماعية، غير قادر على خلق صداقات تعتمد الأخذ والعطاء، ضعيف التحمل للإحباطات، كثيراً ما ينفجر بإنفعال عاطفي شديد ولا يكون ناضجاً في العيادة السنية.

٣- *القلق الزائد* ***Over anxiety:***

يأتي القلق الزائد لدى الأهل من مأساة عائلية سابقة كفقد أحد الأبناء مما يسبب تعلقاً زائداً بالطفل يجعل الأهل يقدمون رعاية مفرطة مع دلال زائد وهذا يؤدي إلى طفل جبان خجول خائف يعتمد السلوك التجنبي مع الآخرين، وهو مريض غير مثالي في العيادة السنية.

٤- *الإندماج الزائد* ***Over identification:***

يحدث هذا الإندماج عندما يحاول الأهل إعادة حياتهم في حياة أطفالهم، وينالهم خيبة الأمل عندما لا يستجيب الطفل لمطالبهم وتطلعاتهم في سلوكه، وتظهر المشكلة عندما يشعر الطفل بخيبة أمل الأهل ويصبح خجولاً انعزالياً غير واثق بنفسه وهذا ينعكس سلباً على سلوكه في العيادة السنية.

٥- الرفض Rejection:

يتراوح مجال الرفض بين اللامبالاة المعتدلة والرفض الكامل. فاللامبالاة المعتدلة ستقدم طفلاً يشعر بالدونية والإهمال وعدم الثقة بالنفس وتصعب قيادته في العيادة السنية، أما الطفل المنبوذ فأناني حقود غير مطيع لا يشعر بالإستقرار وغير ناضج وكثيراً ما ينفجر عاطفياً.

تصنيف السلوك التعاوني عند الأطفال:

Classifing children cooperative behavior

هناك العديد من أنظمة تصنيف السلوك في العيادة السنية، والتي تفيد في [تسجيل نمط سلوكية الطفل – مراقبة التغيرات الحاصلة – مدى تقدم الطفل نتيجة تطبيق مختلف وسائل تدبير السلوك – فعالية ابتداع المقاربات في تحسين السلوك اللاتكيفي خلال المعالجة]، وقد اعتمدنا التصنيفين الأكثر استخداماً في طب أسنان الأطفال وهما تصنيف FRANKEL وتصنيف WRIGHT. **فالأول** يستند إلى أسلوب الملاحظة المباشرة وقُسم إلى أربعة أصناف:

١- السلبي الواضح وأعطي الرمز (– –): ويتسم برفض المعالجة والبكاء الشديد والخوف والتهيج والمقاومة الشديدة للمعالجة وعدم المطاوعة.

٢- السلبي ورمزه (–): ويتميز بالتردد في قبول المعالجة وبعدم التعاون والإنقباض وبتجنب الإتصال البصري والكلامي والحركي مع الطبيب.

٣- الإيجابي المرمز بـ (+) والذي يقبل المعالجة بحذر وتحفظ ويبدي مطاوعة نسبية وتعاوناً جزئياً.

٤- الإيجابي الواضح ويرمز له (+ +) ويبدي: علاقة ودية وتعاونية مع الطبيب – اهتماماً بالتعليمات الطبية وإجراءات المعالجة – ملامح المسرة والإبتهاج والإسترخاء والإستمتاع بالعلاج – إنتظار الموعد القادم بتشوق ولهفة.

هذا التصنيف هو الأكثر استخداماً في الأبحاث السلوكية السنية ولدى أطباء أسنان الأطفال للأسباب التالية:

أ- نظام عملي: فقد أثبت الدراسات تكرار استخدامه في البحوث العلمية وعند أطباء الأسنان.

ب- قابل للقياس: فهو يحتوي أربعة تصانيف تتيح للممارس تسجيل القيم العددية للسلوك.

ج- موثوق: فالتوافق في نتائجه تجاوز ٨٥% بناء على العديد من الأبحاث المسجلة.

يؤخذ على هذا التصنيف عدم الإشارة إلى [نوع السلبية في السلوك كالخوف أو الخجل – والإجراء المتبع عند تحسن الأداء السلوكي].

وأما **الثاني** وهو تصنيف WRIGHT فوضع ثلاثة خطوط عامة لتصنيف سلوك الأطفال سريرياً هي:

١- الطفل المتعاون **Cooperative child**:

عندما ينجح طبيب الأسنان في تقديم العيادة والمعالجة بطريقة تبدد التوقعات السلبية وما ينتظر الأطفال من خوف خلال المعالجة، إضافة إلى تطبيق المقاربة المضعفة للإستجابة القلقة باستخدام طريقة.T.S.D لجعل المجهول معلوماً وسيبدي معظم الأطفال مستوى مقبولاً من التعاون يسمح بانجاز المعالجة بشكل جيد.

٢- الطفل الذي تنقصه القدرة على التعاون **Lacking in cooperative ability**:

ويندرج تحت هذه الفئة الأطفال الصغار جداً الذين يصعب معهم تأسيس الإتصال والأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة الذين تحول شدة إعاقتهم دون تعاونهم ولا يتوقع حدوث تغير جذري في سلوكيتهم.

٣- الطفل الذي لديه قدرة كامنة للتعاون **Potentially cooperative**:

هم الأطفال ذوو المشكلة السلوكية في العيادة السنية، ويختلفون عن المجموعة السابقة بالقدرة التي لديهم في إمكانية التعاون، كما يمكن تعديل سلوكهم ليصبحوا متعاونين. وفيما يلي أهم ردود الفعل السلوكية لدى هذه الفئة:

أ- السلوك غير المنضبط **Uncontrolled behavior**:

ويظهر لدى الأطفال ضمن الفئة العمرية الثانية وفي الزيارة السنية الأولى، ويتسم بالعنف والغضب والنحيب والتحدي ورفض التواصل الشفوي والجسدي، وقد يشير ذلك إلى خوف وقلق شديدين. من الحكمة أن يقوم طبيب الأسنان تجاه هذا السلوك بنقل الطفل مباشرة من غرفة الإنتظار إلى غرفة المعالجة كيلا يكون موضع عدوى وتقيلد للأطفال الآخرين، ويستحسن استخدام كوابح الحركة تجنباً لإيذاء نفسه أو إيذاء تجهيزات العيادة، وعندها يقوم الطبيب بخلق تواصل مع الطفل وشرح خطوات العمل لتأمين هدوء الطفل وجعله متعاوناً. وإذا استمر هذا السلوك إلى الفئة العمرية الثالثة فإنه يشير إلى مشكلة نفسية عميقة (عصابية).

ب- سلوك المتحدي الجريء **Defiant behavior**:

يشاهد هذا السلوك عموماً في جميع الفئات العمرية تقريباً، وفي سن المدرسة على وجه الخصوص، وهو من سمات نمو الشخصية وتأكيد الذات والإستقلالية. أما إذا كان نتاج تربية قليلة النضج الإنفعالي فسنكون أمام اضطراب سلوكي اجتماعي. يتظاهر الطفل برفض تعليمات الطبيب وعدم تنفيذها كإغلاق الفم بشدة وعدم التعاون والتوتر العضلي شديد المقاومة، وتجنب التواصل مع الطبيب بالكلام والنظر والحركة. أما الأطفال الذين اقتربوا من المراهقة فهم أكثر قدرة على التعبير والرفض شفوياً بل يرفضون التصرف الطفولي السابق لأنهم سيكونون موضع سخرية من قبل الغير. والطريقة الأمثل مع هذا السلوك هو فتح الحوار ومخاطبة العقل وتوضيح خطر عدم المعالجة السنية، وآثار ذلك على العلاقة مع الأنداد وعلى المستوى الجمالي.

ج- سلوك الخجول **Timid behavior**:

يبدي الطفل الخجول استجابات تجنبية وخوفاً من التعبير وتأكيد الذات. يُظهر مطاوعة ظاهرية أحياناً، لكنه من الداخل غير قادر على مواجهة الواقع. يخاف إذا طبق عليه ضغط لقبول أمر ما، فإنه يرفضه داخلياً ويظهر ارتباكاً وسلوكاً عشوائياً يصعب التكهن به والسيطرة عليه. ويعود الخجل إلى الحماية الزائدة أو البيئة الريفية قليلة الإختلاط مع الغرباء. يحتاج هذا الطفل إلى زرع الثقة بنفسه والتعامل بلطف وحرص في الزيارة السنية الأولى، وقد يحتاج الطبيب إلى تكرار المعلومات والإرشادات لأنه قد لا يسمع ولا يستوعب بسبب القلق الشديد. يستطب التركين الإستنشاقي مع هذا الطفل في الجلسات الأولى للتكيف مع البيئة الجديدة واكتساب الثقة بنفسه وبطبيعته.

د- السلوك التعاوني المشوب بالشدة والتوتر **Tense-Cooperative behavior**:

هذا السلوك مطاوع لكنه مصحوب بالتوتر وعدم الطمأنينة، ويتظاهر بأعراض بدنية كتبدل لحن الصوت وطبيعته وفرط المقوية العضلية والرجفة، وحركات في العين كرصد سلوك الطبيب والمساعدة وبعض أعراض الجملة الإنباتية العصبية كتعرق الكفين والجبهة.

هـ - سلوك الأنين (التعويضي) Whining behavior:

تفيد مع هذا السلوك آلية تشتيت الانتباه وشرح خطوات العمل وتطبيق التركين الإستنشاقي في الجلسات الأولى. يلجأ الأطفال ذوو القدرة الكامنة على التعاون إلى هذا السلوك، وقد وصفه ELSBACH بالبكاء التعويضي فهو ليس بالبكاء الحقيقي وإنما سلوك يتبعه الطفل لحجب المثيرات الصوتية غير السارة كضجيج آلة الحفر. على الطبيب السماح لهذا السلوك بالإستمرار وقد يدوم طوال فترة المعالجة، وهو لا يترافق عادة مع الدموع ويكون رتيباً وعلى وتيرة واحدة ومستمرة وغير مرتفعة. يسبب هذا السلوك ضجراً وضيقاً للطبيب، وعليه أن يتحلى بالصبر والتماسك. وهذا البكاء هو أحد أنواع البكاء الرئيسية الأربعة التي وصفها ELSBACH في العيادة السنية وهي:

١- بكاء العنيد: وهو بكاء الطفل الذي ينفجر انفجاراً عاطفياً بهدف مقاومة الإجراءات العلاجية، ويكون مرتفعاً وعالي النبرة ومستمراً ويترافق بمقاومة جسدية، ولا بد من تكييف هذا السلوك القتالي قبل المعالجة السنية.

٢- بكاء الخائف: ويترافق بدموع غزيرة وتنهدات وتشنجات، ويختلف تكيفه عن البكاء السابق، إذ لا بد من الوقوف على سبب الخوف وتدبير السلوكية.

٣- بكاء المتألم: ويتصف بالمرتفع وقد يكون متقطعاً ويزداد عند الشعور بالألم، ومن السهل تشخيصه لأن الطفل يعبر عن ألمه عادة بشكل عفوي أو عند السؤال. يجب على الطبيب في هذه الحالة إيقاف المعالجة والسيطرة على الألم فوراً، وغالباً ما يعود الطفل إلى السلوك التعاوني.

٤- البكاء التعويضي: وقد تحدثنا عنه في سياق سلوك الأنين.

طرق تدبير سلوكية الطفل في العيادة السنية

TECHNIQUES OF BEHAVIOR MANAGMENT IN DENTAL OFFICE

يتدرج السلوك بين المؤثر والإستجابة، فالتحكم بالمؤثر يضبط الإستجابة التي تحدث نتيجة لتفسير وتأويل العامل المؤثر. وفي ممارسة طب أسنان الأطفال ترتكز عملية توجيه السلوك بشكل إيجابي على ثلاثة عناصر أساسية هي الطفل والطبيب ومؤثرات العيادة. فالطفل ذو النشأة السليمة ضمن أسرة سعيدة متماسكة سيكون متوازناً عاطفياً ويتفاعل مع الإجراءات العلاجية ويأخذ دوره في نجاح المعالجة. أما الطبيب فيجب أن يملك قدراً مناسباً من التوازن الإنفعالي وأن يتماسك عند الغضب ويثق بنفسه ويملك مهارات الإتصال المناسب مع الأطفال، والقدرة على فهم علائم القلق وتعابيره غير اللفظية عند الطفل ليقوم بإزالتها أو تخفيفها من خلال سبرها والتعرف على أسبابها بفهم وصبر وأناة، وذلك لجعل العلاج عملية متاحة ضمن تفاعل إيجابي مع الطفل. والعامل الثالث هو مثيرات العيادة من ضجيج الأجهزة، ومنظرها ورائحة الأدوية. هناك عدة طرق لتوجيه سلوكية الطفل ضمن العيادة السنية أهمها اللادوائية (النفسية) ثم التركين الواعي والعميق وأخيراً التخدير العام. سنترك الحديث عن الطرق الأخرى للأبحاث القادمة وسنتحدث في هذا البحث عن أهم الطرائق النفسية:

١- الإتصال Communication:

تأسيس التواصل الفعال من أهم الأهداف عند التعامل مع الأطفال في العيادة السنية، والتواصل الشفوي هو أكثر طرق التواصل استخداماً. فالأطفال الصغار يفخرون بملابسهم وممتلكاتهم ويحبون السؤال عنها، والأطفال الأكبر يميلون إلى الملابس الرياضية ويحبون السؤال عن نشاطاتهم وانجازاتهم الدراسية. وعلى الطبيب استخدام الأسئلة المفتوحة والتي لا تكون إجابتها بنعم أو لا، وهذا ما يؤمن للطفل الراحة والطمأنينة وخلق العلاقة الودية مع الطبيب وإزالة حاجز التوتر والمخاوف المرتقبة في التعامل مع أدوات المعالجة. إلى جانب ذلك هناك التواصل غير الشفوي والذي يتم بعدة حواس وطرق منها: التربيت على كتف الطفل لنقل الشعور بالدفء، وابتسامة المساعدة لتشعر الطفل بالإستحسان والقبول، وأحاسيس العيون تنقل العديد من الرسائل، لكن عندما يتجنب الطفل النظر إلى عيني الطبيب أو المساعدة، فإنه يعبر عن عدم رغبته بالتعاون الكامل.

تتم طريقة MOSS في التواصل عبر عدة حواس وهي تتضمن ثلاثة عناصر:

١- المعطي Transmitter: وهو طبيب الأسنان أو المساعدة، ويكون طرف واحد فقط خلال وقت معين. فإذا دخل الطبيب في مناقشة مع الطفل يجب أن تحجم المساعدة والأهل عن المداخلة أو التعليق، لأن الطفل يستطيع الإنقياد لشخص واحد بوقت معين. ويجب الإهتمام بالصوت من حيث طبقته ولهجته لأنه يعكس موقف المعطي حزماً وجدية.

٢- الوسيط Medium: والمقصود به جو العيادة من حيث التصميم والصور الموجودة والموسيقا والمجلات والترتيب والنظافة وهي وسائل اتصال مهمة.

٣- المتلقي Receiver: وهو الطفل، فالأطفال يملكون فسحة انتباه ضيقة لذلك ينسون بسرعة، وهنا على الطبيب أن تكون رسائله مستمرة، فإذا اضطر لقطع الإتصال، يجب على المساعدة متابعة المهمة وإلا شعر الطفل بالخوف. على الطبيب تشجيع الأطفال الصغار على لمس الأدوات والأغراض غير المؤذية كالحاجز المطاطي ولفافات القطن والانتباه لوضع الضوء كيلا يكون تركيزه على عيون الطفل لأنه سبب مهم للإزعاج.

*** اللغة والتعبير** Language and expression:

بما أن القسم الأكبر من التواصل شفوياً يجب الإهتمام بما يقال وكيفية القول، ومخاطبة كل طفل حسب مستوى إدراكه (وهذا لا يعني أن يتحدث الطبيب بلغة طفولية) فإذا كان العمر الزمني لطفل ست سنوات ومستوى إدراكه ثلاث سنوات، فيجب التواصل معه بمستوى طفل ثلاث سنوات وأيضاً العكس بالعكس. يجب استخدام لغة خاصة بمدلول خاص تستبدل فيها المصطلحات بمدلول مسالم، فمثلاً يقدم الحاجز المطاطي على أنه معطف مطاطي واقي من المطر أو مظلة.

يعد التحكم بالصوت مهماً جداً في تدبير السلوكية، فتبديل طبقة الصوت خلال المعالجة حسب نوعية السلوك يكون بمثابة رسالة موجهة إلى الطفل لضبط سلوكه، وهو بديل عن الكلمات التي تثير نفور الطفل وتثير استجاباته السلبية. فالصوت الناعم اللطيف مع الإطراء يوحي بتبديل الطفل لسلوكه، أما الإنتقال إلى طبقة أعلى فيها شيء من الحزم فيتم عندما يشعر الطبيب أن الموقف يحتاج إلى مزيد من ضبط الحركة العشوائية المربكة للمعالجة.

*** الآلية النفسية في التعليم:**

وتعتمد على نظرية الإثارة والإستجابة في التعلم Stimulus–Response learning theory. فالمثير له عدة أشكال: حركية (كالدخول إلى غرفة الإنتظار – الجلوس على الكرسي) أو تخيلية (كالتفكير بصوت القبضة – تصور الطبيب بيده أداة)، أما الإستجابة فقد تكون داخلية أو خارجية أو مشتركة (فمثلاً عند دخول الطفل إلى العيادة السنية حاملاً خبرة سنية سابقة سيئة تكون استجابته الداخلية هي الخوف والقلق أما الخارجية فهي البكاء). هناك العديد من المبادئ المستخدمة في التعلم أهمها:

١- الحافز Motivation: خلق الحافز مبدأ أساسي في التعلم إذ نستطيع توجيه سلوك الطفل بطريقة معينة إذا شجعناه على الوصول إلى غاية محددة. فالطفل الذي يرغب بأسنان قوية سيتعاون بشكل أفضل من الطفل الذي لا يبدي اهتماماً بمظهر أسنانه، وهنا يأتي دور الطبيب في عملية التعلم.

٢- التعزيز Reinforcement: ويقوم هذا المبدأ على مكافأة الطفل على الإستجابة التي توصله إلى الهدف المنشود. فالسن المؤلمة وهي العامل المثير والعامل المشجع على زيارة العيادة للتخلص من الألم أما الزيارة فهي الإستجابة.

٣- التعميم Generalization: وهو ميل المريض للإستجابة إلى مثير مماثل لمثيرات سبق له التعامل معها. فالتحضير بدون تخدير منبه يثير إستجابة ألم لدى الطفل، وعندما يتعرض ثانية إلى التحضير يصبح لديه إستجابة ألم إشراطية لأنها مقترنة بمنبه ألم إشراطي، وقد يصبح الكرسي وحتى الطبيب نفسه منبهاً إشراطياً من الدرجة الثانية يثير لدى الطفل استجابة تخوفية، ويقترن الأمر أحياناً بغرفة المعالجة فتصبح العيادة بفعل تعميم المنبه الإشراطي السلبي المنفر مصدر قلق وخوف عند الطفل.

الخوف غير الفطري سلوك متعلم، فإما أن يكون معرفياً مكتسباً يأتي مما يكسبه الشخص من معلومات مثيرة للخوف كالأفعى ويدعى الخوف المعرفي المكتسب أو يكون ناجماً عن التعرض لخبرة مؤلمة كالعلاج السني الراض المؤلم ويسمى الخوف التقليدي. هناك أنواع للتعميم كتعميم الإستجابة وتعميم الوسيط والتمييز والإخماد:

أ- تعميم الإستجابة Response generalization:

وهو تعلم الإستجابة بطريقة مختلفة قليلاً عن مثيرها، فمثلاً الطفل نفسه قد يستجيب لقبضة الحفر بسلوك مختلف حسب تغيرات الحالة السنية وعوامل أخرى. إذ تنشأ مجموعة من الأسئلة: هل يشعر الطفل بالأمان أم بالقلق ؟ هل يبدو الطبيب على عجلة من أمره ؟ هل السن غير مؤلمه مقارنة مع الزيارة السابقة ؟.

ب- التعميم الوسيط Mediated generalization:

عندما تكون الثروة الكلامية هي أساس التعميم، فطبيب الأسنان بالنسبة للطفل الصغير هو الطبيب وللموعد في عيادة الطبيب أو طبيب الأسنان مدلول واحد، أما الطفل القريب من سن المدرسة فيختلف المدلول لديه، إذ تُشكل ثروته الكلامية أساساً لتعميماته.

ج- التمييز والإخماد Discrimination and extinction:

يكون التعميم في البداية واسعاً جداً، ومع الزمن يتعلم الطفل كيف يحد من تعميماته، فيتعلم كيف أن عيادة طبيب الأسنان تختلف عن عيادة الطبيب البشري. لا تبقى الإستجابة المكتسبة بالتعليم قوية دائماً، فقوتها تتناقص بالتدريج إذا لم تعزز وقد تزول نهائياً وهذا ما يدعى إخماد الإستجابة Response extinction ويتلاشى السلوك غير المرغوب به.

٢- إزالة الحساسية المنهجية Systematic desensitization:

قدم الطبيب النفسي جوزيف ولبي WOLPE ١٩٦٩ هذه الطريقة لعلاج أنواع الرهاب، وهي فعالة جداً في إزالة أو تخفيف القلق غير المتحكم به حسب رأي علماء السلوك. تبدأ الطريقة بتعليم المريض الوصول لحالة الإسترخاء العضلي العميق ثم نوحي له تدريجياً بتخيل رؤى سعيدة تخفف الخوف بصوت الطبيب المسموع، والأفضل تذكر موقف حياتي حي يسترسل به المريض فيخف تركيزه على مسببات القلق. بالمقابل وجد WOLPE أن التماس الحي مع المثير ومواجهته يؤدي دوراً كبيراً في إنقاص ردود الفعل التوترية، إذ ليس من الضروري إحداث مشاهد تخيلية أو خلق استرخاء عضلي عميق من أجل إزالة أو انقاص الحساسية تجاه المثيرات العامة للقلق.

٣- النمذجة أو المحاكاة Modeling or imitation:

تعتمد خطة تبديل السلوك التجنبي لإكتساب السلوك الحسن على مشاهدة أشرطة فيديو نوعية (سمعية – مرئية) تظهر النماذج السلوكية في التعامل الناجح مع المعالجة السنية، أو على مشاهدة نماذج حية لطفل حسن التكييف ويتلقى العلاج نفسه ومن ثم تشجيعه على محاكاة السلوك الذي شاهده أو على تجسيده وتقليده. ويرى BANDORA أنها طريقة فعالة للتعلم ولا سيما في الأنماط السلوكية المعقدة.

٤- **تشكيل السلوكية** Behavior shaping:

وهي من التقانات الأكثر استخداماً في تدبير السلوكية، وتتمثل بإحداث الطبيب تغيراً دائماً في السلوكية، ويتم ذلك ببطء عن طريق تعزيز السلوك الناجح القريب من السلوك المرغوب به وصولاً للسلوك المطلوب بطريقة الخطوة خطوة. يتطلب تطبيق هذه الطريقة تعاوناً كافياً من الطفل، وإلا سيضطر الطبيب لإستخدام تقانات أخرى للوصول إلى درجة كافية من التعاون. وطريقة ADDELSON هي الأكثر استخداماً في تدبير السلوكية وتدعى طريقة (يخبر . يري . يفعل) (TELL-SHOW-DO) والتي تقوم على المراحل التالية:

أ- يشرح الطبيب ما سيقوم بفعله للطفل بلغة تناسب مستوى إدراكه، ولا بد من البطء والتكرار وتجزئة الشرح المعقد والطويل.

ب- للتأكد من فهم الطفل يقوم الطبيب بإطلاع الطفل على كيفية تنفيذ ذلك على نفسه أو على جسم غير حي كالكتابة والرسم على ظفره ثم على ظفر الطفل ثم على أحد أسنانه وهي نقلة مهمة جداً لإعطاء الطفل مثالاً عملياً على سلامة الإجراء.

ج – يقوم الطبيب بتنفيذ ما شرحه مع الاستمرار في التوضيح والإيضاح لأنه سيتمثل دور الناقل للمعلومات، مع تجنب الحركات المفاجئة والأصوات غير المتوقعة لأنها تقطع الإتصال مع الطفل، ولا بد من إبداء الإستحسان والتشجيع على كل أداء مرغوب فيه لإستبعاد أي إستجابة أخرى غير مرغوب فيها. بهذه الطريقة سيجعل الطبيب المجهول معلوماً.

تفيد هذه الطريقة في [الزيارات السنية الأولى – الإجراءات العلاجية الجديدة – معالجة القلقين أو الخائفين – إعادة التكييف بعد إكتساب خبرة سنية سيئة].

٥- **إعادة التدريب** Retraining:

تستخدم هذه التقانة مع الأطفال ذوي السلوك السلبي والقلقين والذين يظهرون خوفاً تقليدياً كحديث الأهل عن الآلام والمخاوف المرافقة للمعالجة السنية أو معرفياً مكتسباً نتيجة لخبرة سنية سيئة سابقة، ولا بد هنا قبل كل شيء من معرفة سبب المشكلة ليتمكن الطبيب من إيجاد الطريقة المناسبة لبرمجة إعادة التدريب كي يقود في النهاية إلى تشكيل سلوكية وموقف جديد تجاه طب الأسنان. تقوم هذه الطريقة على تبديل المنبه أو المحرض للوصول إلى التغير المطلوب في الإستجابة، ولا بد من إظهار الإختلاف الواضح بين القديم والحديث وإلا سيحدث تعميم المحرض وعندها سيضطر الطبيب لإستبدال التقنية بأخرى كتشتيت الانتباه وطريقة (T.S.D.) والتركين الإستنشاقي لإشعار الطفل بالإختلاف الملموس وعندها تزول مخاوفه وتتبدل توقعاته في الربط بين العيادة والألم.

٦- **تشتيت الانتباه** Distruction:

تفيد هذه الطريقة في مواقف مختلفة من طب الأسنان لدى الكبار والصغار، كتشتيت انتباه البالغ (عند أخذ صورة شعاعية أو طبعة) لمن يشكو من حث الغثيان وكأنه يفكر في إيجاد حل لمشكلة حياتية مستعصية. أما الأطفال فعادة لا يرتاحون للجلسات العلاجية الطويلة، ويستحب هنا قيام الطبيب أو المساعدة أو الأم بسرد قصة مطولة مع التركيز على التفاصيل بغية تأمين تشتيت انتباه الطفل، وللصوت الدافئ سحره الخاص في نقل الشعور بالأمان، كما تستخدم طريقة النظر إلى عقارب الساعة من قبل الطفل لإعلام الطبيب عند انتهاء الزمن المطلوب لتطبيق الفلور مثلاً أو طلب مراقبة الطبيب عندما

يقوم بالعد التنازلي ورفع اليد عند الخطأ إضافة إلى استخدام التلفاز والمرآة وشرائط الفيديو حديثاً. وهكذا نرى عدداً لا يحصى من طرائق تشتيت الانتباه للوصول إلى الهدف المنشود.

٧- رفع اليد Raise hand:

يشعر الطفل مع هذه التقنية أنه يستطيع السيطرة على عملية التحضير عند شعوره بالألم، إذ يطلب الطبيب من الطفل القلق أو الخائف رفع يده اليسرى عندما يرغب في توقف الطبيب عن الحفر. قد يكرر الطفل رفع اليد بدون مبرر عندها يعترض الطبيب على هذه السلوكية ويطلب من الطفل الصدق.

٨- السيطرة الصوتية Voice control:

يعترض الطبيب على أي سلوكية أو استجابة غير مرغوب بها سواءً كانت عفوية أو مقصودة باللجوء إلى السيطرة الصوتية كاستخدام عبارة (توقف عن ذلك) أو (لا ليس بهذه الطريقة) أو أية عبارة يراها مناسبة وذلك بالإنتقال من اللهجة الناعمة اللينة إلى اللهجة القاسية مرتفعة الطبقة ذات النبرة الحازمة لتشعر الطفل بأنه لا مجال من تنفيذ أوامر الطبيب، ويجب أن يترافق ذلك مع تعابير وجهية مناسبة، مع وضع إصبع الطبيب على صدر الطفل لإعلام الطفل بأن الطبيب جاد فيما يقول. ومن الضروري في هذه اللحظة عدم السماح لأي شخص بالتدخل. عند عودة الطفل إلى السلوك السوي ينبغي العودة إلى طريقة الإتصال الطبيعية وتعزيز السلوك المسترجع. كل ذلك بهدف جذب انتباه الطفل، فالطلب المفاجئ لإيقاف البكاء مثلاً هو إجراء تمهيدي وضروري لتأسيس إتصال مستقبلي. يجب أن يتم ذلك كله دون أن يفقد الطبيب السيطرة على نفسه.

٩- فصل الطفل عن والديه Parent-Child separation:

يعود القرار في هذه التقنية للطبيب بناء على المعطيات السلوكية والاجتماعية والمجتمعية والنفسية، وكان STARKEY من أشد المؤيدين لعملية الفصل هذه وإبقاء الأهل في غرفة الإستقبال، لأن ذلك سيساهم في تشكيل سلوك إيجابي للطفل، وقد برر موقفه بالأسباب التالية:

١- أن الأهل غالباً ما يكررون الأوامر مما يشكل مصدر إزعاج للطبيب والطفل.

٢- تدخل الأهل في أوقات غير مناسبة يعرقل تأسيس العلاقة بين الطبيب والطفل.

٣- لن يستطيع الطبيب تطبيق السيطرة الصوتية والطرق السلوكية الأخرى بحرية لأنها قد تثير استيائهم.

٤- تشتت انتباه الطفل بين الطبيب والأهل.

عادة يتم اللجوء إلى هذه التقنية مع أطفال السنة الرابعة وما فوق لأنها تعتبر مضاد إستطباب لكل من الطفل والأهل في الأعمار الأصغر.

١٠- وضع اليد فوق الفم Hand over mouth:

أميل شخصياً إلى تسميتها بالطريقة البغيضة فهي تعتمد الكبح البدني، لكنها قد تكون الخيار الأخير لكل الطرائق غير الدوائية عند فشل طرق تأسيس الإتصال وتدبير السلوكية الأخرى، كما أنها البديل للتركين العميق أو التخدير العام. وتطبق عادة لإعادة التواصل مع الطفل ذي المزاج الهيستيري المتحدي أو المدلل والذي يدخل العيادة ويسلك سلوكاً هيجانياً TANTRUMفيلجأ إلى الضرب والرفس والبكاء العالي. لقد لجأ إلى هذه الطريقة لأول مرة MACK-BERD عام ١٩٣٠، ثم اعتمدت كأحد طرق تدبير السلوك الخاص. لا بد قبل تطبيق هذه الطريقة من تحديد مستوى إدراك الطفل لفهم ما هو متوقع منه. وتكون مضاد إستطباب للصغار دون عمر ثلاث سنوات وللخائفين والقلقين والمعوقين جسدياً أو عقلياً أو

نفسياً وللذين تم تركينهم دوائياً. وهي مناسبة لأطفال المرحلة العمرية الثانية بين ٣-٦ سنوات، وهي تتوافق مع نظرية التعلم، ويميل بعض علماء النفس لتأييدها ولا يعتبرونها راضة لنفسية الطفل.

يجب على الطبيب قبل تطبيق اليد فوق الفم الحصول على موافقة الأهل وشرحها بشكل مختصر ومناسب، لأنها لا تستخدم إلا في الزيارة الأولى وذلك لتكييف الطفل ذي السلوك غير المسيطر عليه، إذ يُطلب من الأهل بقاؤهم في غرفة الإنتظار وهذا يساعد في نجاح الطريقة، وعندها سيلجأ الطفل إلى القوة الجديدة والتي تجاوزت قوة الأهل الذين يستمد عادة دعمه منهم. يجب على الطبيب أن يسيطر على عواطفه سيطرة تامة وألا يظهر الغضب، وإلا سيدرك الطفل ذلك ويفقد الثقة بالطبيب وينقطع التواصل بينهما. يضع الطبيب اليد على الفم ويسيطر على الرأس بينما تقوم المساعدة بكبح حركات اليدين والقدمين، ويقترب الطبيب من أذن الطفل لمخاطبته بعد إخماد صوته لإيصال الرسالة المقصودة والمفهومة إذ غالباً ما يستجيب الطفل لذلك، كقول الطبيب (إذا أردت أن أرفع يدي يجب التوقف عن الصراخ والحركات التي لا تخدمك في شيء – فأنا أريد التحدث إليك وفحص أسنانك فقط) وغالباً ما تكون الإستجابة بهز الرأس تعبيراً عن الموافقة، وعندها يجب على الطبيب إجراء اختبار سريع لمدى إذعان الطفل بالطلب منه وضع اليد اليمنى على بطنه ثم اليسرى فوقها ثم نقلهما جانباً، فإذا استجاب لذلك يقول الطبيب (سأعد إلى رقم ثلاث وأرفع يدي لأرى صدقك وإذا عدت للصراخ والحركات الخطأ سأعود إلى وضع يدي وبقوة أكثر). عادة بعد رفع اليد يطلب الطفل حضور الوالدة وعدم استخدام قبضة التحضير، ولا يمنع من قول الطبيب: ستأتي أمك بعد انتهاء المعالجة وهذه الأدوات تهدف إلى تنظيف الأسنان. عادة يستجيب الأطفال لرغبات الطبيب خلال دقائق ويدركون أن صراخهم وحركاتهم الهيستيرية غير مجدية، وهنا يجب على الطبيب الإنتقال فوراً إلى الحديث عن الثياب أو النشاط المدرسي وألا يثير الحديث عن طريقة وضع اليد على الفم أو سلوكية الطفل السلبية. وفي بعض الحالات قد يعود الأطفال إلى سلوكهم السلبي وعندها لا بد من إعادة الكرة من قبل الطبيب، وعادة يكون ذلك كافياً لتحسين السلوك.