

# Metode kontrole ponašanja u dječjoj stomatologiji

---

Orešković, Lucija

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Dental Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Stomatološki fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:127:301390>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-04-02**



Repository / Repozitorij:

[University of Zagreb School of Dental Medicine  
Repository](#)





Sveučilište u Zagrebu

Stomatološki fakultet

Lucija Orešković

# **METODE KONTROLE PONAŠANJA U DJEČJOJ STOMATOLOGIJI**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2024.

Rad je ostvaren na Stomatološkom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, u Zavodu za dječju i preventivnu stomatologiju.

Mentor rada: izv. prof. dr. sc. Tomislav Škrinjarić, Zavod za dječju i preventivnu stomatologiju

Lektor hrvatskoga jezika: Ela Orešković-Požek, prof. kroatistike

Lektor engleskoga jezika: Ana Zrilić, univ. mag. philol. angl. i univ. mag. philol. russ.

Rad sadržava: 53 stranice

8 slika

2 tablice

1 CD

Rad je vlastito autorsko djelo, koje je u potpunosti samostalno napisano uz naznaku izvora drugih autora i dokumenata korištenih u radu. Osim ako nije drukčije navedeno, sve ilustracije u radu (tablice, slike i dr.) izvorni su doprinos autora diplomskog rada. Autor je odgovoran za pribavljanje dopuštenja za korištenje ilustracija koje nisu njegov izvorni doprinos, kao i za sve eventualne posljedice koje mogu nastati zbog nedopuštenog preuzimanja ilustracija, odnosno propusta u navođenju njihova podrijetla.

## **ZAHVALA**

*Zahvaljujem mentoru izv. prof. dr. sc. Tomislavu Škrinjariću na pristupačnosti i prenesenom znanju tijekom studija te prilikom pisanja diplomskog rada.*

*Hvala svim profesorima, docentima i asistentima koji su nesebično dijelili svoje znanje i iskustvo kako bismo nakon završenog fakulteta bili što kvalitetniji stomatolozi.*

*Hvala mojim roditeljima, sestri Jeleni i obitelji na neizmjernoj podršci, ljubavi, svakoj molitvi i riječi ohrabrenja tijekom cijelog mog školovanja.*

*Hvala mojim nećacima, Raveni i Jakovu, što su fotografiranjem unijeli boju u moj diplomski rad.*

*Hvala svim kolegama koje sam upoznala tijekom ovih šest godina. Posebno hvala mojim curama koje su od prvog dana bile tu uz mene - Tini, Heleni, Maji, Ani, Petri, kao i prijatelju Miroslavu.*

*S vama je svaka briga bila manje teška, svaki problem rješiv i svaka šala još smješnija.*

*Hvala dečku Marku, koji je bio neizmjeran potpora i uljepšao moje studentske dane.*

## **Metode kontrole ponašanja u dječjoj stomatologiji**

### **SAŽETAK**

Svrha je ovog rada prikazati kako se primjenom različitih nefarmakoloških i farmakoloških metoda kontrole ponašanja može pružiti kvalitetna zdravstvena skrb djeci. Metode kontrole ponašanja u dječjoj stomatologiji tehnike su koje se koriste kako bi se smanjila anksioznost, strah i nelagoda kod djece tijekom stomatoloških postupaka. Mnogobrojni su razlozi različitog dječjeg ponašanja u stomatološkoj ordinaciji: dob, tip odgoja, opće zdravlje, temperament, kultura, okolina itd. Stoga je za svako dijete potreban individualan pristup.

U nefarmakološke metode ubrajaju se: oblikovanje ponašanja, metoda „reci-pokaži-učini“, kontrola glasa, neverbalno komuniciranje, potkrepljivanje ponašanja, odvlačenje pažnje, „pitaj-kaži-pitaj“, metoda „ruka preko usta“, protektivna stabilizacija, desenzibilizacija, ponašanje prema uzoru, stvaranje osjećaja kontrole, hipnoza, restrukturiranje pamćenja, kontrolirano multisenzorno okruženje, komunikacijski sustav za razmjenu slika. Farmakološka kontrola ponašanja može se postići minimalnom sedacijom prije početka tretmana, lokalnom anestezijom, dubokom sedacijom i općom anestezijom.

Odabir metode kontrole ponašanja treba biti prilagođen svakom djetetu, uzimajući u obzir tip njihova nekooperativnog ponašanja. Stomatolog treba biti sposoban prilagoditi se specifičnim potrebama i reakcijama djeteta kako bi se osiguralo pozitivno iskustvo i uspješan ishod stomatološkog liječenja.

**KLJUČNE RIJEČI:** dječja stomatologija, metode kontrole ponašanja, dentalni strah i anksioznost, metoda „reci-pokaži-učini“

## **Behavioral management methods in children's dentistry**

### **SUMMARY**

The aim of this paper is to show how using various non-pharmacological and pharmacological methods of behavior control can provide quality health care to children. Behavior control methods in pediatric dentistry are techniques used to reduce anxiety, fear and discomfort in children during dental treatments.. There are many reasons for children's different behavior in the dental office: age, type of upbringing, general health, temperament, culture, environment, etc. Therefore, an individual approach is needed for each child.

Non-pharmacological methods include: shaping behavior, tell-show-do method, voice control, non-verbal communication, reinforcement of behavior, distraction, ask-tell-ask, hand over mouth method, protective stabilization, desensitization, behavior according to a model, enhancing control, hypnosis, memory restructuring, controlled multisensory environment, image exchange communication system.

Pharmacological control of behavior can be achieved with minimal sedation before the start of treatment, local anesthesia, deep sedation and general anesthesia.

The choice of behavior control method should be adapted to each child, taking into account the type of their uncooperative behavior. The dentist should be able to adapt to the specific needs and reactions of the child in order to ensure a positive experience and successful outcome of dental treatment.

**KEY WORDS:** pediatric dentistry, behavior control methods, dental fear and anxiety, tell-show-do method

## SADRŽAJ

<b>1. UVOD</b> .....	1
<b>2. DENTALNI STRAH I ANKSIOZNOST (DSA)</b> .....	3
<b>3. PROBLEMI U PONAŠANJU U DJEČJOJ I ADOLESCENTNOJ DOBI</b> .....	7
<b>4. ODNOS RODITELJ – DIJETE – STOMATOLOG</b> .....	10
<b>5. DIJETE U STOMATOLOŠKOJ ORDINACIJI</b> .....	14
<b>6. PSIHOFIZIČKI RAZVOJ DJETETA</b> .....	18
<b>6.1. Dob novorođenčeta, dojenčeta i malog djeteta (0 - 3 g.)</b> .....	19
6.1.1. Prva godina života.....	19
6.1.2. Druga godina života .....	20
<b>6.2. Predškolska dob (3 - 6 g.)</b> .....	20
6.2.1. Treća godina života .....	20
6.2.2. Četvrta godina života .....	20
6.2.3. Peta godina života .....	21
<b>6.3. Školska dob, prepubertet (6 - 12 g.)</b> .....	21
6.3.1. Šesta i sedma godina života .....	21
6.3.2. Od osme do dvanaeste godine života .....	22
<b>6.4. Dob puberteta i adolescencije (12 - 18 g.)</b> .....	22
6.4.1. Od dvanaeste do osamnaeste godine života .....	22
<b>7. PRVI POSJET</b> .....	23
<b>8. METODE KONTROLE PONAŠANJA</b> .....	26
<b>8.1. Tehnike komuniciranja</b> .....	29
8.1.1. Oblikovanje ponašanja .....	29
8.1.2. Metoda „reci-pokaži-učini” (engl. <i>tell-show-do</i> ) .....	30
8.1.3. Kontrola glasa .....	32
8.1.4. Neverbalno komuniciranje .....	33
8.1.5. Potkrepljivanje ponašanja (metoda pojačavanja).....	33
8.1.6. Odvlačenje pažnje .....	33
8.1.7. Metoda „pitaj-kaži-pitaj“ .....	34
<b>8.2. Tehnike fizičke prisile</b> .....	35
8.2.1. Metoda „ruka preko usta“ .....	35
8.2.2. Zaštitna (protektivna) stabilizacija .....	36
<b>8.3. Ostale tehnike</b> .....	37
8.3.1. Metoda (postupne) desenzibilizacije.....	37

8.3.2.	Ponašanje prema uzoru.....	37
8.3.3.	Stvaranje osjećaja kontrole.....	38
8.3.4.	Hipnoza .....	38
8.3.5.	Strategija restrukturiranje pamćenja.....	38
8.3.6.	Kontrolirano multisenzorno okruženje.....	39
8.3.7.	Komunikacijski sustav za razmjenu slika .....	40
<b>8.4.</b>	<b>Farmakološka kontrola ponašanja .....</b>	<b>40</b>
8.4.1.	Minimalna sedacija .....	40
8.4.2.	Lokalna anestezija .....	40
8.4.3.	Sedacija .....	41
8.4.4.	Opća anestezija.....	42
<b>9.</b>	<b>RASPRAVA.....</b>	<b>43</b>
<b>10.</b>	<b>ZAKLJUČAK.....</b>	<b>46</b>
<b>11.</b>	<b>LITERATURA .....</b>	<b>48</b>
<b>12.</b>	<b>ŽIVOTOPIS.....</b>	<b>52</b>



## **Popis kratica i pokrata**

itd. – i tako dalje

DSA – dentalni strah i anksioznost

sl. – slično

g. – godina

DAMP (engl. *Deficit in Attention, Motor and Perception*) – deficit pažnje, motoričke kontrole i percepcije

ADHD (engl. *Attention Deficit, Hyperactivity Disorder*) – poremećaj deficita pažnje i hiperaktivnosti

engl. – engleski

hrv. – hrvatski

AAPD – Američka akademija pedijatrijske stomatologije

## 1. UVOD

Dječja dentalna medicina vrlo je zahtjevna, ali i vrlo uzbudljiva stomatološka disciplina koja se svodi na stomatološku brigu i liječenje djeteta od rođenja do njegove 19. godine.

(1) To razdoblje započinje od najranijeg djetinjstva, od najmlađih bezubih pacijenata, preko onih malo starijih s mliječnom i mješovitom denticijom pa sve do kraja rasta i razvoja stomatognatnog sustava, odnosno do kraja adolescencije. (2) Pri promociji oralnog zdravlja kod djece i brizi o njemu ne smijemo izostaviti motivaciju i edukaciju roditelja o važnosti i mogućnostima očuvanja oralnog zdravlja djeteta. (1)

Rad s djecom specifičan je jer zahtjeva brzinu, veliku volju, strpljenje i ljubav. S obzirom na to da razina strpljenja i kooperativne sposobnosti kod djece može biti znatno umanjena, u tim je situacijama vještina stomatologa često na kušnji. Liječenje pacijenata dječje dobi združuje psihološku pripremu pacijenta te samu tehničku izvedbu zahvata. (1) U samom planiranju stomatološkog liječenja djeteta neizostavna je i veoma važna kontrola ponašanja djeteta jer to može znatno otežati rad zbog niske razine kooperativnosti. Poznavanje psihičkog razvoja djeteta, primjena metoda i tehnika za kontrolu ponašanja te uspostava komunikacije s djetetom i roditeljima ključni su za uspješno planiranje, izvođenje i samu prognozu stomatološkog liječenja. (3)

## **2. DENTALNI STRAH I ANKSIOZNOST (DSA)**

Strah je, prema definiciji, neugodno psihičko stanje organizma čiji je uzrok realan i postojeći osjećaj ugroženosti ili prijetnje za život. Jedan je od osnovnih mehanizama preživljavanja te se blage ili umjerene reakcije straha smatraju normalnim. Najčešće je izazvan specifičnim podražajem, primjerice boli. Anksioznost ili tjeskoba psihološki je i/ili biološki odgovor na opasnost, ali je često u disproporciji s aktualnom opasnosti ili prijetnjom. (1) Varira od blage uznemirenosti do intenzivnog straha te se očituje simptomima poput znojenja, teškoća s disanjem, tremora, osjećaja trnaca i napetosti mišića.

Stomatološka ordinacija često pridonosi nastanku emocionalne reakcije specifične vrste straha i anksioznosti. Dentalni strah specifičan je strah od doktora dentalne medicine, od primanja stomatoloških usluga, samog boravka u stomatološkoj ordinaciji i sl. Smatra se normalnom emocionalnom reakcijom jer je vezan uz konkretan objekt i označava reakciju na određeni vanjski neugodni ili prijeteći podražaj u stomatološkoj ordinaciji. Ako je stimulus odsutan, neće doći do dentalnog straha. (1)

Dentalna anksioznost nespecifična je odbojnost, nenaklonost prema stomatologu, stomatološkom zahvatu i boravku u ordinaciji. Smatra se preuveličanom i nerazumnom emocionalnom reakcijom jer nije u vezi s određenim objektom. Sama pomisao na određeni stimulus izaziva pojavu dentalne anksioznosti. (1) To je individualno, subjektivno iskustvo, koje se razlikuje među ljudima. Dentalna anksioznost nalazi se na petom mjestu najstrašnijih situacija i uzroka stresa i tjeskobe na stomatološkoj stolici. To može ostaviti snažan utjecaj na svakodnevni život jer dijete može stvoriti duboko ukorijenjenu tjeskobu te može biti velika prepreka u dolasku na daljnje preglede i izvođenju stomatoloških zahvata. (5)

Strah i anksioznost u kliničkoj se stomatološkoj praksi ne razdvajaju pa se govori o zajedničkom pojmu koji se označava kao *dentalni strah i anksioznost* (DSA). Prisutnost DSA zabilježena je kod 23,9% djece i adolescenata te neizbježno završava izbjegavanjem stomatoloških pregleda. (10) Za nastanak DSA odgovorni su izravni i neizravni čimbenici. Izravne uzročnike nastanka DSA čine: stomatološki tretman – prisutnost boli te nečeg iritirajućeg, neugodnog, nepoznatog; stomatološki tim – doktor, sestra, asistent; stomatološka ordinacija – prostor, uređaji, zvukovi, mirisi itd. Među neizravne čimbenike

koji nisu vezani za stomatologa, njegov tim ili ordinaciju, a mogu pridonijeti produbljivanju DSA ubrajaju se: dob i spol, opći strah, karakter pacijenta, njegovo opće ponašanje, mogućnost kontrole ponašanja, različite ortodontske anomalije, medicinski kompromitirani pacijenti te okolina. (1)

Čimbenici za nastanak DSA mogu se kategorizirati s obzirom na invazivnost stomatološkog tretmana pa tu možemo govoriti o invazivnim čimbenicima (ekstrakcija zuba, preparacija kaviteta, aplikacija lokalne anestezije) i neinvazivnim čimbenicima (stomatološki pregled, topikalna fluoridacija, profilaktičko uklanjanje mekih i tvrdih naslaga itd.). (1)

Rachman je 1977. godine naveo tri mehanizma nastanka DSA: izravno u stomatološkoj ordinaciji, neizravno preko prenesenog lošeg iskustva obitelji te neizravno preko prijetećih informacija dobivenih iz medija i sl. (1)

DSA vrlo je česta pojava koja se primjećuje u stomatološkoj praksi. Postoje različite metode za kvantificiranje DSA među pedijatrijskim stomatološkim pacijentima, a jedan od najčešće korištenih sustava uveli su Frankl i suradnici 1962. g. Naziva se Franklovom ljestvicom ocjene ponašanja i smatra se zlatnim standardom ocjenjivanja ponašanja.

**FRANKLOVA LJESTVICA PONAŠANJA** razlikuje četiri stupnja ponašanja:

1. **jasno negativno** – odbijanje liječenja, silovit plač, strah, bilo koji drugi očiti dokaz ekstremnog negativizma, moguće je i povlačenje pacijenta u sebe i izolacija
2. **lagano negativno** – suzdržano, nekooperativno, manji otpor, protivi se liječniku, ali je pristupačno za liječenje, plač prisutan u umjerenj količini
3. **lagano pozitivno** – prihvaćanje liječenja, povremeno oprezno rezervirano ponašanje, kooperativno, česta je taktika odgađanja i zapitkivanja
4. **jasno pozitivno** – kooperativno, ima dobar odnos i komunikaciju sa stomatologom, nije prisutan dentalni strah, zanimanje za stomatološke zahvate, uživanje i smijanje. (2,5,16)

Pinkam i Schroeder (1975.) navode tri skupine djece kod kojih postoji veći dentalni strah u odnosu na djecu iz opće populacije. Riječ je o djeci koja ne mogu razumjeti stomatološko liječenje (mentalno retardirana djeca, socioekonomski deprivirana djeca,

posve mala djeca), djeci koja su imala prethodno negativno iskustvo (trauma, pulpitis) te djeci s dentalnom anksioznošću zbog drugih emocionalnih problema. (16)

Nekooperativno ponašanje mogu potaknuti različiti čimbenici poput lokalne anestezije, straha od krvi, neugodnih i nepoznatih okusa itd. Prethodno je studija primijetila da djeca pokazuju specifičnu tjeskobu prema lokalnoj anesteziji zbog upotrebe oštih instrumenata i doživljavaju je kao vrlo osjetilno iskustvo. (7)

Glavne pritužbe djece koja su podvrgnuta stomatološkom liječenju odnose se na zvukove pucanja i osjećaj pomicanja zuba. (8) Različite senzacije koje dijete osjeća zbog manipulacije zubima instrumentima, zvukove koji se čuju tijekom vađenja i pritisak koje osjeća dijete pogrešno tumači kao bol. (9) Kada je riječ o obrascima ponašanja djece tijekom postupaka vađenja, čimbenici koji psihički senzibiliziraju dijete na bol važniji su od same boli. Kada se djeca naviknu na stomatološko okruženje, razvijaju osjećaj za razlikovanje stresnog od nestresnog ponašanja.

Problemi u ponašanju tijekom izvođenja stomatoloških zahvata nisu vezani isključivo uz stomatološki zahvat koji se izvodi i mogu ovisiti o nizu drugih čimbenika kao što su odnos dijete – stomatolog, karakteristike majke, osobine ličnosti i opći strahovi. Dakle, stomatolozi imaju važnu ulogu u predviđanju i suočavanju s djetetovom anksioznošću za poticanje boljeg ponašanja, rade zajedno s rodbinom ili skrbnicima te se strpljivo nose s njihovim dvojbama i strepnjama.

### **3. PROBLEMI U PONAŠANJU U DJEČJOJ I ADOLESCENTNOJ DOBI**



Djeca i adolescenti ponašaju se različito s obzirom na karakter, zrelost, temperament i emocije, što rezultira različitom osjetljivošću na stomatološki zahvat. Zbog toga doktor dentalne medicine, uz tehnike dentalnog pristupa, treba svladati i tehnike prevencije problematičnog ponašanja pri stomatološkom zahvatu, koje uključuju metode kontrole ponašanja i farmakološke metode. (11)

Postoje četiri pojma za razlikovanje djetetova ponašanja: dentalni strah, dentalna anksioznost, odontofobija i problemi u ponašanju povezani s dentalnom situacijom. (11)

Kao što je već spomenuto, u kliničkoj praksi teško je razlikovati dentalni strah i anksioznost, stoga ih upotrebljavamo kao sinonime. Osim DSA može se pojaviti i odontofobija, koju definiramo kao kulminirajući oblik dentalne anksioznosti. Karakterizira je vidljiv i perzistirajući strah u odnosu na jasno određenu situaciju te je rezultat izbjegavanja stomatološkog tretmana. Problemi u ponašanju povezani s dentalnom situacijom definiraju se kao poremećeno i nekooperativno ponašanje koje može u potpunosti onemogućiti realizaciju stomatološkog tretmana. (11) Ako pacijent izbjegava stomatološke preglede zbog početnog oblika anksioznosti ili problema u ponašanju, ulazi u začarani krug koji s vremenom rezultira odontofobijom te zanemarivanjem oralnog zdravlja. Jedna od glavnih zadaća stomatologa upravo je prevencija takvog negativnog slijeda. (11)

Mlađe dijete shvaća i doživljava stomatološki pregled drukčije nego starije dijete. Jedan od glavnih razloga je to što je proces razumijevanja u određenoj stomatološkoj situaciji vrlo zahtjevan za mlađe dijete, npr. mirno sjedenje na stomatološkoj stolici, držanje otvorenih usta, neugodni zvukovi, strani okusi, bol; i sve to u novom okruženju sa stranim ljudima. Također, djeca prolaze kroz periode tvrdoglavosti i nepopustljivosti koji traju nekoliko tjedana ili mjeseci.

Temperament je prilično stabilno osobno emocionalno obilježje koje ima svaki pojedinac te se formira u ranoj fazi života. Sramežljivost se pojavljuje kod 10% djece i obilježava je otežana prilagodba i prihvaćanje novih situacija, a osobito je izražena pri susretu s nepoznatim ljudima. Sramežljiva djeca trebaju više vremena kako bi se opustila i oslobodila. Negativne emocije poput straha, ljutnje, plakanja, povlačenja, napadaja bijesa i skrivanja česta su obilježja temperamenta. Ako je temperament povezan s dentalnim strahom, dolazi do izražaja sramežljivost i negativne emocije. Djeca s problemima u

ponašanju umjesto sramežljivosti pokazuju pojačanu aktivnost, odnosno potrebu za požurivanjem, pojačavanjem ili forsiranjem u govorenju i hodanju. (11)

U stomatološkoj ordinaciji nekooperativna djeca mogu pokazivati simptome koji upućuju na poremećaje poput DAMP-a (engl. *Deficit in Attention, Motor and Perception*; hrv. *deficit pažnje, motoričke kontrole i percepcije*), ADHD-a (engl. *Attention Deficit, Hyperactivity Disorder*; hrv. *poremećaj deficita pažnje i hiperaktivnosti*) ili na neke druge mentalne i psihičke poremećaje. ADHD vrlo je čest poremećaj i javlja se u 2 – 7% školske djece, četiri do pet puta češće kod dječaka. (12)

#### **4. ODNOS RODITELJ – DIJETE – STOMATOLOG**

Uspješnost stomatološkog tretmana ovisi o odnosu stomatolog – roditelj – dijete i svatko ima podjednake obveze koje treba ispuniti.

Uloga roditelja od presudne je važnosti jer dijete do otprilike 10. godine nije mentalno i motorički sposobno očuvati svoje oralno zdravlje. Stoga roditelje treba informirati o kariogenim bakterijama, preventivnim mjerama u trudnoći, za vrijeme i nakon dojenja, važnosti prvog posjeta stomatologu do prvog djetetova rođendana, važnosti mliječnih zuba i očuvanju oralnog zdravlja. Ako roditelj ne primijeni navedene savjete, karijes će se s mliječnih zuba prenijeti na trajne te će stomatološki tretmani biti invazivniji, a razlozi za nastanak DSA veći. (1) Osim u provođenju preventivnih mjera roditelji imaju veliku ulogu i u pripremi djeteta za stomatološki zahvat. Dijete će biti spremno za bilo koji stomatološki tretman ako roditelj pravilno pristupi odgoju djeteta, a stomatolog primijeni odgovarajuće tehnike za oblikovanje ponašanja u stomatološkoj ordinaciji.

Razlikuju se četiri tipa roditeljstva kod odgoja te utjecaja na djecu:

- 1. autoritarni (strogi) odgoj** – karakteriziraju ga čvrsta ograničenja, strogoća, visoka očekivanja, kažnjavanje, emocionalna distanciranost. Takva su djeca poslušna, pokorna i imaju slabije samopouzdanje. U stomatološkoj ordinaciji djeca mogu biti suzdržana ili uplašena. Takvi roditelji od stomatologa i djeteta imaju velika očekivanja bez potrebe za vlastitim naporom, stoga rad s njima može biti iznimno zahtjevan. (1,11)
- 2. autoritativni (demokratski) odgoj** – karakterizira ga postavljanje jasnih granica te pravila uz koja djeca stječu nova iskustva i potiču se na razvijanje samostalnosti. Roditelji su spremni poslušati dijete, razumjeti njegove potrebe, znaju iskazati ljubav te od svoje djece očekuju zrelo ponašanje koje odgovara njihovoj dobi. Takva su djeca sretna, neovisna, imaju samopouzdanja, sposobna su i uspješna. U stomatološkoj ordinaciji djeca se normalno ponašaju. Rad s takvim roditeljima najlakši je i postiže najviše rezultate suradnje. (1,11)
- 3. permisivni (popustljivi) odgoj** – karakteriziraju ga kršenje pravila, nepostavljanje granica, visoka odgovornost roditelja i slabi zahtjevi prema djetetu te udovoljavanje svim djetetovim zahtjevima. Takva djeca ne kontroliraju svoje ponašanje, imaju problem s autoritetom i očekuju da uvijek dobiju ono što žele jer im je sve dopušteno. Često su nesretna, primjećuje se manjak samostalnosti te

samopouzdanja. Roditelji dopuštaju nasilničko ponašanje te skrivaju svoje nezadovoljstvo djetetovim ponašanjem. Takva se djeca u stomatološkoj ordinaciji ponašaju nekontrolirano. Roditelji su u komunikaciji topli i puni ljubavi, no rad s njima može biti otežan jer od svog djeteta ne mogu ništa zahtijevati (zapoostavljanje oralnog zdravlja) te priznaju da bi bili sretni kad bi stomatolog preuzeo svu pripremu za stomatološki pregled. (1,11)

- 4. neuključeni odgoj** – karakteriziraju ga nepostavljanje granica, neemocionalna potpora, zanemarivanje, niski zahtjevi prema djetetu te niska vlastita odgovornost. Roditelji se ne uključuju u život svoje djece i ne mare za dječje potrebe i osjećaje. Takva djeca imaju manjak samopouzdanja i samokontrole. U stomatološkoj ordinaciji mogu pokazivati različite oblike ponašanja, od suzdržanog do uplašenog. Rad s takvim roditeljima vrlo je težak jer roditelje uopće nije briga što stomatolog namjerava postići pregledom. (1)

Autoritarni roditeljski odgoj postaje sve manje zastupljen, dok je sve češći popustljivi način odgoja. Takva djeca često nemaju realne ideje o stomatološkom postupku, a nemaju ni potporu roditelja koja im je prijeko potrebna da prebrode nove situacije. (11) Optimalno roditeljstvo uključuje i toplinu i nadzor. Temeljno je da se djeca osjećaju voljenima i prihvaćenima, no ona moraju i razumjeti pravila ponašanja te vjerovati da će njihovi roditelji zahtijevati da se pravila i slijede. (15) Mnogobrojna istraživanja pokazala su da je autoritativni odgoj najbolji jer kod djece razvija sigurnost, samopoštovanje i samopouzdanost. Permisivni odgoj ne razvija djetetovu sigurnost jer upravo ležernost roditelja može potaknuti osjećaj zanemarenosti. (16)

Roditelji svakako trebaju surađivati sa stomatologom kako bi stomatološki tretman bio što uspješniji. Stomatolog treba aktivno uključiti roditelje u provođenje stomatološkog tretmana kako bi se pridobilo njihovo povjerenje i kako bi se dijete osjećalo sigurno i zaštićeno. (11) Dijete koje je odgojeno na temelju zasluženog autoriteta, a ne autoritarnosti bolje surađuje sa stomatologom nego djeca iz ostala dva tipa odgoja. Autoritativni odgoj donosi rezultate samo onda kad se provodi na nježan i topao način. (16)

U stručnom radu s takvom djecom treba:

- **dopustiti djetetu slobodno izražavanje kad god za to ima potrebu;** poticati dijete da kaže što voli / ne voli, što je sanjalo, što su u vrtiću/školi govorili o odlasku stomatologu, da kaže svoje mišljenje o nečemu i sl. (tako će dijete lakše prebroditi neugodne ili bolne trenutke stomatološkog zahvata)
- **dopustiti izražavanje boli na nedestruktivan način;** upozorenje da će nešto boljeti i da može tražiti odmor od tretmana pomoći će djetetu da lakše izdrži do kraja
- **ohrabriti dijete na ispravno iskazivanje osjećaja i potreba;** reći djetetu: *Što ćemo sve raditi sljedeći put? Kad ćemo se opet vidjeti?* i sl.
- **ne igrati ulogu roditelja ili starijeg brata/sestre;** treba zadržati ulogu toplog, empatičnog, autoritativnog stručnjaka koji sve radi za dobrobit djeteta. (16)

Pri radu s prezaštićenim djetetom obično je veći problem smiriti roditelje nego dijete. Dio tih roditelja čak smatra da bolje znaju što je djetetu od samog stomatologa. Ako stomatolog uoči velike propuste u odgoju, potrebno je uputiti roditelje dječjem psihologu, pri čemu treba naglasiti da je to zbog dobrobiti djeteta. (16)

## **5. DIJETE U STOMATOLOŠKOJ ORDINACIJI**

Djetetovo ponašanje u stomatološkoj ordinaciji ovisi o dobi te možemo razlikovati:

- **dijete s normalnim ponašanjem** – uobičajeno ponašanje u skladu s dobi, postoji strah od nepoznatog, ali želi upoznati novu sredinu
- **dijete sa suzdržanim ponašanjem** – slabije komunicira i teže uspostavlja odnos s okolinom, traži pomoć roditelja, stomatološke zahvate podnosi mirno i bez protesta, tijekom bolnih zahvata može biti izražen tihi plač
- **dijete s pretencioznim ponašanjem** – ima potrebu za dokazivanjem i isticanjem među vršnjacima, služi kao primjer djeci koja imaju probleme u ponašanju; ako je dijete samo ili u pratnji roditelja, može biti razmaženo
- **uplašeno dijete** – plačljivo, traži pomoć roditelja, u strahu promatra stvari oko sebe, ne želi sjesti na stomatološku stolicu, a katkad ni ući u stomatološku ordinaciju; takvo ponašanje može biti posljedica prethodnog lošeg iskustva ili prenošenje lošeg iskustva obitelji
- **buntovno dijete** – razmaženo, ne želi ući u stomatološku ordinaciju, viče, histerično mlatara nogama i rukama, valja se po podu, nedisciplinirano, očekuje da sve bude po njegovu, roditelji su permissivni; katkad izlaskom roditelja iz ordinacije dijete promijeni ponašanje. (1)

Razlozi različitog ponašanja djece u stomatološkoj ordinaciji mnogobrojni su: dob, tip odgoja, opće zdravlje, temperament, kultura, okolina itd. Za procjenu djetetova ponašanja najčešće se koriste Franklova ljestvica ponašanja, koja je prethodno objašnjena, i kategorije ponašanja po Wrightu.

**KATEGORIJE PONAŠANJA PO WRIGHTU** razlikuju tri kategorije ponašanja:

#### 1. KOOPERATIVNO PONAŠANJE

Kooperativno dijete lijepo komunicira sa stomatologom, razumije izrečeno i ponaša se u skladu s uputama. Trenutačno ponašanje može se zadržati ili pogoršati, stoga je veoma važno objasniti djetetu svaki sljedeći korak rječnikom primjerenim njegovoj dobi. (13)

#### 2. MANJAK KOOPERATIVNE SPOSOBNOSTI

Dijete koje ima slabije razvijene komunikacijske vještine može imati manjak kooperativne sposobnosti. U tu skupinu pripadaju djeca koja su vrlo malena te djeca s teškoćama u tjelesnom i mentalnom razvoju. Njihova reakcija može biti



šutnja, ignoriranje, plakanje ili bijeg sa stolice. Dijete s normalnim psihofizičkim razvojem pripada još i u prekooperativnu skupinu, što znači da se može modelirati u kooperativno dijete ako stomatolog primijeni pravilne metode kontrole ponašanja. (13)

### 3. POTENCIJALNO NEKOOPERATIVNO PONAŠANJE

Kod potencijalno nekooperativnog djeteta izražen je dentalni strah koji ga sprječava da surađuje sa stomatologom tijekom zahvata. Razlikuje se nekoliko oblika ponašanja: bojažljivo, napeto kooperativno, nekontrolirano (histerično), plačljivo, prkosno (tvrdoglavo) i stoičko ponašanje.

**a) Bojažljivo (plašljivo, stidljivo) ponašanje** – često kod male djece, i to pri prvom posjetu stomatologu jer se boje nepoznatog, naglih pokreta, nepoznatih mirisa i zvukova, odvajanja od majke i jakog svjetla. Ako stomatolog pristupi smireno i pažljivo, neće doći do razvoja dentalne anksioznosti i straha. Upute se moraju davati polagano i tiho. Dijete s vremenom stekne povjerenje i postane izvrstan pacijent. Roditelji takve djece obično su zaštitnički. (13,14)

**b) Napeto kooperativno ponašanje** – dijete prihvaća liječenje i surađuje, ali je vidljiv dentalni strah. Prati svaki pokret stomatologa i rukama se čvrsto drži za stomatološku stolicu. Pri davanju lokalne anestezije može zaplakati. Ovisno o pristupu stomatologa, ovakvo dijete tijekom vremena može prestati surađivati ili postati potpuno kooperativno. (13,14)

**b) Nekontrolirano (histerično) ponašanje** - često kod djeteta u dobi od tri do četiri godine kod kojeg je prisutan karijes bočice, za vrijeme prvog posjeta. Dijete zadržava dah u znak protesta, vrišti, udara ljude oko sebe, dere se, ima napadaje bijesa. Dijete na taj način želi pažnju, nije mu ugodno u ordinaciji i frustrirano je kad ne dobije što želi. S dvije godine dijete razumije dosta riječi, no još ih ne zna sve izgovoriti pa ne može objasniti svoje potrebe, što može biti izrazito frustrirajući period. Starije dijete tako se može ponašati pri pokušaju davanja lokalne anestezije. (13,14)

**d) Plačljivo (cmizdravo) ponašanje** – dijete dopušta liječenje, ali cijelo vrijeme cvili i cmizdri. Smatra se da je dijete dentalno anksiozno i da je cviljenje kompenzacijski plač kojim si daje oduška tijekom stomatološkog liječenja. Roditelji se osjećaju preplašeno i nemoćno. Liječenje takvog djeteta ekstremno je

teško te je vrlo važno objasniti roditelju sve metode postupka kako bi stekao povjerenje. (13,14)

**e) Prkosno (tvrdoglavo) ponašanje** – nekooperativno ponašanje, najčešće u predadolescenciji, pri kojem dijete ignorira pokušaj komunikacije, drži stisnute zube i izbjegava vizualni kontakt sa stomatologom. Takvo dijete može se nazvati i razmaženim djetetom (engl. *spoiled child*), kojeg karakterizira sebično, egocentrično i nezrelo ponašanje kao rezultat neuspjelog, pretjerano popustljivog roditeljskog odgoja. Autoritet stomatologa dovodi se u pitanje.

Prkosno ponašanje često je povezano s ozbiljnim emocionalnim problemima te problemima u obitelji. Stomatolog može predvidjeti problem te objasniti roditelju etiologiju problema i ohrabriti ga u mjerama koje se odnose na kontrolu i ponašanje. (13,14)

**f) Stoičko (psihotično) ponašanje** – može se smatrati kooperativnim, ali ne i normalnim. Dijete je šutljivo ili žalosno, sjedi mirno i pasivno prihvaća sve oblike liječenja, ne protivi se injekciji.

Takvo ponašanje karakteristično je kod zlostavljanog i zanemarenog djeteta. Zlostavljanje može biti emocionalno, fizičko, seksualno i dentalno zanemarivanje. Ponašanje roditelja prema djetetu bezosjećajno je ili odbacujuće. Veoma je važno prepoznati takvo ponašanje, zapaziti ozljede na izloženim dijelovima tijela i prepoznati specifičan dentalni nalaz koji upućuje na zlostavljanje ili zanemarivanje te poduzeti mjere za prijavu zlostavljanja. (13,14)

## 6. PSIHOFIZIČKI RAZVOJ DJETETA

Dijete koje dolazi u stomatološku ordinaciju može biti u dobi od novorođenčeta do punoljetnosti. Kako bi se razumjelo njegovo ponašanje, potrebno je poznavati psihički razvoj djeteta. (1) Dijete se ne doživljava kao pasivno biće, nego kao kompetentan pojedinac koji ostvaruje intenzivnu interakciju već u najranijim danima života. (11) U stomatološkoj je ordinaciji većina djece kooperativna i dobrog ponašanja, dok manji broj njih ima smanjenu sposobnost za suradnju zbog dobi ili smetnji u razvoju. Treću skupinu čine djeca nekooperativnog ponašanja zbog anksioznosti i straha od stomatološkog postupka, a njihov je postotak malen. Da bi se moglo provesti odgovarajuće liječenje, važno je poznavati psihološka obilježja ovisna o dobi, prepoznati oblik nekooperativnog ponašanja te poznavati tehnike za kontrolu ponašanja djeteta. (16)

## **6.1. Dob novorođenčeta, dojenčeta i malog djeteta (0 - 3 g.)**

### 6.1.1. Prva godina života

U ovoj se dobi formiraju prva iskustva koja će znatno utjecati na djetetove buduće razvojne faze. Usta su organ koji je važan za doživljavanje emocija i istraživanje okoline. Tijekom ove faze ostvaruje se samopouzdanje i izgrađuje povjerenje jer pozitivnim iskustvima dijete dobiva informaciju da može dobiti ono što želi. Povjerenje je temeljno za oslanjanje na druge ljude u budućnosti, održavanje bliskih veza i ostvarivanje socijalnih kontakata. (11) Dijete jasno razlikuje majku od drugih ljudi i izražava strah od razdvojenosti od roditelja i strah od nepoznatog. (1) Privrženost je oznaka za snažan emocionalni odnos između majke i djeteta koji obilježava dojenačku dob i rano djetinjstvo. Najjasniji znak privrženosti je da blizina skrbnika umanjuje uznemirenost djeteta. Jednostavni kontakt s majkom dovoljan je da umiri uplašeno dijete, a kad se to dogodi, dijete ostaje dovoljno hrabro da istražuje okolinu, doživljavajući majku kao sigurno utočište kojem se može vratiti ako se ponovno uplaši. Oko 65% djece osjeća se dovoljno sigurno da se slobodno upute u istraživanje okoline, ali su uznemirena kada majka ode i reagiraju s radošću kada se vrati. Takva djeca imaju manje emocionalnih problema i problema u ponašanju te su kognitivno i socijalno kompetentnija. Za razliku od druge djece, znatiželjna su, vole istraživati, poslušnija su, spremnija na suradnju, postaju uspješnija u rješavanju problema te se bolje slažu s

vršnjacima. (15) Budući da dijete u prvoj godini života ne može racionalno reagirati kod stomatologa, postupanje s njim temelji se na pomoći roditelja. (16)

#### 6.1.2. Druga godina života

Dvogodišnjakov vokabular napreduje (oko 10 riječi), pokazuje rano formiranje rečenica i dijete je u stanju bolje izraziti svoje potrebe. Boji se naglih pokreta, nepoznatih osoba, buke, pa se tako u stomatološkoj ordinaciji može javiti strah od sjedanja na strmoj nagnutoj stolici, nepoznatih mirisa, neugodnih zvukova i jakog svjetla. Savjetuje se da roditelj sjedne zajedno s djetetom na stomatološku stolicu jer će ga to umiriti i pružiti mu sigurnost. (16)

### 6.2. Predškolska dob (3 - 6 g.)

#### 6.2.1. Treća godina života

Komunikacija je lakša jer dijete zna slagati rečenice te dobro komunicira sa stomatologom. Dijete ima veliku želju za razgovorom, sve više postavlja pitanja kako i zašto te često uživa u pričanju priča. Pravo je vrijeme za upoznavanje djeteta sa stomatologijom jer je pažnja poboljšana, ali to ne znači da tada treba biti prvi posjet stomatologu. Tada je prekasno za početak preventivnih programa kao što je, primjerice, prevencija ranog dječjeg karijesa (Pinkham, 1994.). Dijete odlično reagira na pohvale za izgled i dobro ponašanje. Strah od razdvajanja od roditelja lakše prihvaćaju djeca koja idu u vrtić nego ona koja su cijelo vrijeme kod kuće. (16)

#### 6.2.2. Četvrta godina života

Dijete s četiri godine umiljato je, ali može biti drsko i agresivno. Može se lako odvojiti od roditelja i sklonije je agresivnijem ponašanju, pri čemu govori ružne riječi. Zna pažljivo slušati objašnjenja, ali katkad pruža velik otpor i stalno testira nametnuta ograničenja. Ima mnogo pitanja pa tijekom stomatološkog zahvata može biti izražena *taktika odgađanja*. Ako je dijete previše komunikativno, može se dogoditi da čestim postavljanjem pitanja nastoji odgoditi početak zahvata. Razlozi za odgađanje mogu biti i bol u želucu, odlazak na toalet i sl. U tom slučaju stomatolog treba ostati miran, čvrst i

odlučan te prekinuti zapitkivanje i početi zahvat riječima: „*Sve smo objasnili, a sad prijedimo na posao!*“. Takvo će dijete surađivati, premda može zaplakati za vrijeme stomatološkog zahvata. (16) Kod četverogodišnjaka strah od nepoznatog smanjen je, dok je karakterističan strah od ozljeda, pa i na male bolne podražaje može pretjerano reagirati. Tako, primjerice, može vrlo dramatično reagirati na davanje anestezije ili vađenje zuba. Pri postupanju s takvom djecom potrebno je mnogo pažnje i ljubaznosti. (16)

### 6.2.3. Peta godina života

Rano djetinjstvo završava s petom godinom života. Strahovi djeteta smanjeni su te sve više vremena provodi s drugim ljudima. Za vrijeme stomatološkog liječenja dijete je spremno odvojiti se od roditelja. Ponaša se stabilno, odgovorno i nije prezahtjevno. Majka je središte djetetova svijeta te je njezina uloga neobično važna u toj dobi. Dijete je jako ponosno na svoja postignuća te voli laskanje i pohvale. (16) Reagira pozitivno na spomen nagrade ako učini ono što se od njega traži. Razvija se samodisciplina te u tom razdoblju treba poticati razvoj pozitivnih navika. Uz medije, roditelji imaju veliku važnost u razvijanju navika i formiranju stajališta. (1) Pri postupanju s takvom djecom treba primijeniti čvrst pristup, ali ne izostavljati pohvale i odavanje priznanja. (16)

## 6.3. Školska dob, prepubertet (6 - 12 g.)

Osnovnoškolska dob idealno je razdoblje za razvoj ispravnog ponašanja i stjecanje zdravstvenih navika koje mogu ostati cijeli život. Kod djeteta koje ne vodi dobro oralnu higijenu, možemo njemu i roditeljima pokazati na modelu ispravnu metodu četkanja i reći da *dječji zubići i usta traže poseban način četkanja*. Tako se roditelji neće osjećati posramljeno zbog neznanja te će naučiti dijete, a i sebe ispravno četkati zube.

### 6.3.1. Šesta i sedma godina života

U toj dobi dijete kreće u školu s vršnjacima s kojima se uspoređuje i ima potrebu da bude prihvaćeno. Uspjeh u školi može utjecati na djetetovo samopouzdanje. Ako se osjeća inferiorno, dijete može nazadovati te se u stresnim situacijama može ponašati kao u ranijoj dobi. Osim autoriteta roditelja važan je i autoritet učitelja jer će upravo to pomoći djetetu u odnosu sa stomatologom, osobom koja je autoritet u ordinaciji. Dijete se ponaša

slično četverogodišnjaku te ima strahove od ljudi, predmeta i ozljeda koji su iracionalni. Postaje kukavica, ne prihvaća kritiku i uvijek želi pobjeđivati i imati pravo. U radu s takvom djecom potrebno je svaki zahvat detaljno objasniti te pružiti puno pohvala. (16)

#### 6.3.2. Od osme do dvanaeste godine života

Dijete se u toj dobi više osamostaljuje i socijalizira upoznavanjem vanjskog svijeta te razvija osjećaj brige za druge. Veliku važnost pridaje vanjskom izgledu, problemi sa zubima (malokuzije, karijes) počinju smetati te dijete traži rješenje za njih. Izrugivanje vršnjaka i neprihvatanje može imati velike posljedice na emocionalni razvoj. (1) Neugodne situacije dobro podnosi te će eventualnu dentalnu anksioznost znati kontrolirati hrabrim držanjem i stoičkim ponašanjem. (16)

### **6.4. Dob puberteta i adolescencije (12 - 18 g.)**

#### 6.4.1. Od dvanaeste do osamnaeste godine života

Za dijete je ovo vrlo turbulentno razdoblje jer je pod snažnim utjecajem hormona. Dijete može biti uznemireno, nezadovoljno sobom i svojim izgledom, što može ugroziti njegov identitet i samopouzdanje. Adolescenti se znaju ponašati buntovnički. Autoritet roditelja smanjuje se, a sve važniju ulogu imaju prijatelji. Potrebno im je pružiti punu podršku i razumijevanje. (1)

## **7. PRVI POSJET**



Američka akademija dječjih stomatologa preporučuje da je najbolje vrijeme za prvi stomatološki pregled oko djetetova prvog rođendana, a obvezno prije bilo kakve potrebe za stomatološkim liječenjem. U dobi od jedne godine dijete nema nijedan karijes jer su zubi počeli nicati unatrag šest mjeseci i nema potrebe za stomatološkim zahvatom. (1) No, nažalost, u praksi je stanje malo drukčije. Djeca prvi put stomatologa posjećuju u dobi od tri do četiri godine, kad je već neki tip stomatološkog zahvata nužan. Prvi pregled uključuje opću procjenu pacijenta, uzimanje anamneze, klinički pregled te iznošenje plana terapije. Zatim je potrebno, bez obzira na razlog posjeta i djetetovu dob, napraviti bilo kakvu bezbolnu stomatološku intervenciju. To je najčešće profilaktičko četkanje zuba četkicom i pastom te poliranje gunicom uz mali broj okretaja. Ako je dijete jako maleno, postupak nije potrebno provoditi detaljno, dovoljno je očetkati sjekutiće i očnjak bez paste, kako bi tretman trajao što kraće i bio što ugodniji. Kod djece koja su manje kooperativna ili nekooperativna takav zahvat morat će se ponoviti i pri nekoliko sljedećih posjeta, uz razliku u trajanju zahvata: svaki put trajat će dulje te će se obuhvatiti veći broj zuba. (1) Kod djece starije od šest godina čišćenje i poliranje mogu se provesti u potpunosti te na kraju obaviti i topikalna fluoridacija.

Ako dijete prvi put stomatologu dođe zbog traume, boli ili otekline uzrokovane odontogenom infekcijom, eliminacija simptoma infekcije je prioritet. Skraćuje se prethodno opisani protokol i informira samo o važnim detaljima koji su nužni za daljnje liječenje. To treba biti što ugodnije. Ekstrakciju zuba pri prvom pregledu treba izbjeći. Drenaža zuba, trepanacija, hladni oblozi te analgetici/antibiotici metode su izbora da bi se izbjegla ekstrakcija. Prilikom sljedećeg posjeta dijete se uvodi u stomatološki tretman kako je i opisano.

### **Primjer tehnike komuniciranja pri prvom pregledu kooperativnog djeteta**

Komunikativno upravljanje i prikladna uporaba naredbi univerzalno se primjenjuju u dječjoj stomatologiji i kod kooperativnog i nekooperativnog djeteta. Na početku pregleda postavljanje pitanja i aktivno slušanje može pomoći u uspostavljanju odnosa povjerenja. Pitanjima poput: *Jesi li kad bio kod zubara? Kako ti se sviđa ovdje? Znaš li tko sam ja? Znaš li što zubar radi?* probija se led i procjenjuje kakvo je dijete. Pri opisivanju svog posla treba reći, naprimjer, *Čistim zube i stavljam zvjezdice da budu lijepi. Tako ćeš moći dobro žvakati hranu.* Nastavlja se razgovor: *Dođi, sjedni na stolicu da te malo vozim*

*gore-dolje. Pogledaj koliko ovdje imam stvari. Obećavam ti da ću za sve čime se budem koristila reći čemu služi. Prvo imam jedno ogledalce (stomatološko ogledalo) koje će mi pomoći da bolje vidim tvoje zube i jednu brojalicu (sondu) kojom ću ih prebrojiti. Sad mi otvori usta kao lav da vidimo koliko imaš zubića. Pa ti imaš tako puno zuba! Sestro, dođite vidjeti ove lijepe zube. Koliko puta dnevno pereš zube? Znaš li da ujutro treba prati zube za ljepotu, a navečer za zdravlje? Sad ću ti pokazati kakvu ja imam četkicu. Nakon završenog tretmana treba pohvaliti dijete: Bravo, bio si odličan! Bio si najbolji pacijent danas! Dobit ćeš diplomu za hrabrost. Ili, ako je slabije surađivalo: Bio si jako hrabar, ali sljedeći put morat ćemo očistiti sve zube da budeš najljepši u vrtiću!*

## **8. METODE KONTROLE PONAŠANJA**

Metode kontrole ponašanja u dječjoj stomatologiji mogu se svrstati u dvije velike skupine: psihološki (nefarmakološki) pristup i farmakološki pristup. Psihološki pristup uvijek treba imati prednost pred farmakološkim.

Nefarmakološke metode kontrole ponašanja djeteta u stomatološkoj ordinaciji su:

- **tehnike komuniciranja (1,18)**
  - oblikovanje ponašanja
  - reci-pokaži-učini
  - kontrola glasa
  - neverbalno komuniciranje
  - potkrepljivanje ponašanja
  - odvlačenje pažnje
  - pitaj-kaži-pitaj
- **tehnike fizičke prisile (16)**
  - ruka preko usta
  - protektivna stabilizacija
- **ostale tehnike (1,18)**
  - desenzibilizacija
  - ponašanje prema uzoru
  - stvaranje osjećaja kontrole
  - hipnoza
  - restrukturiranje pamćenja
  - kontrolirano multisenzorno okruženje
  - komunikacijski sustav za razmjenu slika

Farmakološki pristup koristi se kod mladih nekooperativnih pacijenata kada psihološki pristup nije dovoljan za prevladavanje dentalnog straha / anksioznosti. Farmakološkim sredstvima, koja se mogu davati peroralno, parenteralno ili inhalacijski, pacijent se dovodi u deprimirano stanje svijesti sa zadržavanjem refleksa disanja i gutanja i mogućnosti reagiranja na glasovne zapovijedi. (16) AAPD (Američka akademija pedijatrijske stomatologije) kaže da se tehnike usmjeravanja ponašanja, i nefarmakološke i farmakološke, koriste za ublažavanje tjeskobe, njegovanje pozitivnog dentalnog stava te za sigurno i učinkovito provođenje kvalitetne oralne zdravstvene njege kod dojenčadi,

djece, adolescenata i osoba s posebnim zdravstvenim potrebama. (18) Stomatolog treba uzeti u obzir svoje osobne vještine, psihičku i fizičku prirodu djeteta, kao i faktore roditelja prije nego što se odluči na liječenje djeteta. Ako stomatolog primijeni pogrešnu tehniku za kontrolu ponašanja, ona bi mogla dugoročno štetno utjecati na ponašanje djeteta i ostaviti trajne negativne posljedice na njegovo ponašanje u ordinaciji. (14)

Ciljevi usmjeravanja ponašanja su:

- 1) uspostaviti komunikaciju
- 2) ublažiti djetetov dentalni strah i tjeskobu
- 3) promicati svijest pacijenata i roditelja o potrebi dobrog oralnog zdravlja i o postupcima kojima se ono postiže
- 4) promicati pozitivan stav djeteta prema njezi oralnog zdravlja
- 5) izgraditi odnos povjerenja između stomatologa/osoblja i djeteta/roditelja
- 6) pružiti kvalitetnu njegu oralnog zdravlja na ugodan, siguran i učinkovit način. (18)

Tehnike usmjeravanja ponašanja kreću se od uspostavljanja ili održavanja komunikacije do zaustavljanja neželjenih ili nesigurnih ponašanja. (18) Budući da djeca pokazuju širok raspon tjelesnog, intelektualnog, emocionalnog i socijalnog razvoja te različitost stajališta i temperamenta, važno je da stomatolozi imaju velik izbor tehnika usmjeravanja ponašanja kako bi zadovoljili potrebe pojedinog djeteta te bili tolerantni i fleksibilni u njihovoj provedbi. (19) Usmjeravanje ponašanja nije primjena pojedinačnih tehnika stvorenih za rad s djecom, nego sveobuhvatna, kontinuirana metoda namijenjena razvijanju i njegovanju odnosa između pacijenta i liječnika, koji u konačnici gradi povjerenje i ublažava strah i tjeskobu. (18)

Koji će se tip tehnike za kontrolu ponašanja primijeniti, ovisi o tipu nekooperativnog ponašanja. Svaki stomatolog trebao bi uspješno komunicirati s djetetom koje ima tri ili više godina. Vještina vođenja pacijenta, komunikacija i vizualni kontakt neizmjenjivo su važni za stomatologa bez obzira na pacijentovu dob. Kontakt pogledom (vizualni kontakt) treba se uspostaviti odmah s djetetom. Dijete treba pohvaliti na prijateljski i topao način te pitanjima doznati njegove interese. Bitno je da dijete u stomatologu vidi prijatelja i stekne u njega povjerenje te tako otkloni svaki strah. Zato je iznimno važno da je komunikacija obostrana. Stomatolog bi trebao znati objasniti svaki postupak

jednostavnim riječima te se nikako ne koristiti stručnim izrazima koje dijete ne može razumjeti. Komunikacija treba biti prilagođena razvojnoj dobi djeteta. (16)

## 8.1. Tehnike komuniciranja

### 8.1.1. Oblikovanje ponašanja

To je tehnika kojom se usmjerava djetetovo ponašanje radi postizanja kooperativnosti. Dijete koje odlično održava oralnu higijenu, izbjegava visokokariogenu hranu te je za vrijeme stomatološkog liječenja suradljivo i opušteno predstavlja idealan oblik ponašanja. No s obzirom na to da takav oblik ponašanja nije čest, mora se poduzeti niz koraka kako bi se s vremenom nepoželjno ponašanje popravilo.

#### Primjer.

Andlaw i Rock (1992.) preporučuju različite korake u liječenju prosječnog djeteta školske dobi te jako prestrašenog malog djeteta (tablica 1.).

Tablica 1. Primjeri koraka u postupanju s prosječnim i prestrašenim malim djetetom

KORAK	PROSJEČNO DIJETE	JAKO PRESTRAŠENO MALO DIJETE
1	pregled, profilaktičko čišćenje	kratki oralni pregled (dijete leži preko roditeljevih ruku)
2	pečaćenje fisura, topikalna fluoridacija	lagana primjena profilaktičke četkice (najprije držanjem prstima, a zatim u kolječniku s malim brojem okretaja)
3	mali ispuni I. razreda, bez lokalne anestezije	dijete pokazuje pranje zubi vlastitom četkicom
4	infiltracijska anestezija i preparacija kaviteta	djetetovom četkicom najprije roditelj čisti zube, a zatim stomatolog
5	mandibularna anestezija i preparacija kaviteta	dijete sjedi na stomatološkoj stolici, četkanje zubi rotirajućom četkicom

### 8.1.2. Metoda „reci-pokaži-učini” (engl. *tell-show-do*)

Poseban je oblik oblikovanja ponašanja pri kojem se dijete postupno uvodi u terapijski zahvat. Naziva se i metodom preventivne desenzibilizacije. (16) Djetetu se na razumljiv način *objasni* što će mu se raditi bez upotrebe riječi koje će u njemu izazvati strah. Pri objašnjavanju je poželjno upotrijebiti zamjenske riječi (tablica 2.) te ne smije trajati predugo da ne zbuni dijete. Zatim se prethodno opisani postupak *pokaže* na određeni način izvan usta te *učini* u ustima djeteta. Najčešće je primjenjivana metoda. Kontraindicirana je kod pacijenata koji ne razumiju izrečeno (mentalno retardirana djeca, posve mala djeca) te pacijenata s oštećenjem vida. (1)

#### **Primjer**

Djetetu se pokaže pasta i okrugla četkica kojom ćemo očistiti zube (slika 1.). Zatim se stavi četkica na kolječnik i na kažiprstu pokaže kako će se četkica vrtjeti i očistiti zub (slika 2.). Može se dati i djetetu da u ruku primi kolječnik. Četkica se stavlja u usta i uz mali broj okretaja očisti se zub (slika 3.). Na kraju se dobro ponašanje djeteta nagradi pohvalama.



Slika 1. Prvi korak metode „reci-pokaži-učini“: „RECI“



Slika 2. Drugi korak metode „reci-pokaži-učini“: „POKAŽI“



Slika 3. Treći korak metode „reci-pokaži-učini“: „UČINI“



Kad se prihvati rotirajuća četkica, lako se može prijeći na svrdlo koje se djetetu prikaže kao „specijalni čistač“ koji čisti mjesta do kojih četkica ne može doprijeti. Pri davanju lokalne anestezije ne preporučuje se djetetu pokazivati iglu, nego samo vaticu koju smo umočili u anestetik, „tekućinu za uspavlivanje zuba“. Zatim se pažljivo da lagano infiltracijska anestezija u mjesto koje smo premazali vaticom s anestetikom.

Tablica 2. Zamjenske riječi za neke stomatološke pojmove

STOMATOLOŠKI POJMOVI	ZAMJENSKE RIJEČI
sonda	brojalica za zube
anestetik	voda za uspavlivanje zuba
karijes	tamne točke
RTG	slika za zube
masa za otiske	puding
svrdlo	pčelica kojom ćemo očistiti zub
sisaljka	patkica koja pije vodu
ispun	zvjezdica
matrica za ispun	ograda za zub
polimerizacijska lampa	sunčanje zuba
vaterolica	jastuk za zub

### 8.1.3. Kontrola glasa

Kako bi se zadobila djetetova pozornost, koncentracija i suradnja, može se upotrijebiti i različita visina tona glasa stomatologa. Tako se ističe da je djetetu katkad važniji način kako se nešto kaže nego što se kaže (Wright, 1975.). Djetetove pozitivne reakcije treba pohvaliti, a kad je stomatolog nezadovoljan njegovim ponašanjem, treba reći: *Sjedni mirno i, molim te, otvori usta!* (16) Mijenjanjem visine, dubine, jačine i ritma glasa usmjerava se dijete da obrati pozornost na ono što stomatolog želi učiniti. Dijete tada smatra stomatologa autoritativnom osobom. Ova metoda kontraindicirana je kod djece s posebnim potrebama koja ne razumiju upute te djece s poremećajem sluha. (1)

#### 8.1.4. Neverbalno komuniciranje

Iako po nazivu ne pripada među tehnike komuniciranja, primjenom ove metode pojačava se učinkovitost ostalih metoda komuniciranja, održava se pozornost i suradnja te se dijete osjeća sigurnije. Ova metoda podrazumijeva primjenu odgovarajućeg kontakta (tapšanje po ramenu), izraz lica (smiješak), držanje i govor tijela. Nema kontraindikacija za primjenu ove metode. (1)

#### 8.1.5. Potkrepljivanje ponašanja (metoda pojačavanja)

To je tehnika u kojoj se pojačava onaj oblik ponašanja koji povećava vjerojatnost uspješnog rada s djetetom. (16) Čimbenici koji motiviraju dijete su pohvale, ohrabrivanje te sitni pokloni. Svrha pohvala je „pojačati“ dobro djetetovo ponašanje, čime se povećava mogućnost da takvo ponašanje postane normalno. U slučaju lošeg ponašanja treba izbjeći pojačavanje. Stomatolog ne smije pokazati ljutnju ako djetetovo ponašanje nije u skladu s očekivanjem, ali može mu dati do znanja da nije zadovoljan. U slučaju neodgovarajućeg ponašanja roditelji se mogu zamoliti da izađu iz ordinacije. Tijekom rada treba smiješkom podržati ili verbalno pohvaliti pozitivno ponašanje djeteta. To je važno učiniti odmah, a ne na kraju posjeta. Ova metoda kontraindicirana je kod posve male djece i mentalne retardacije.

**Primjer.** Ako se djetetu kaže da jako otvori usta i ono odmah reagira, to odmah treba pohvaliti. Na kraju posjeta djetetu se može dati prikladan poklon poput diplome za hrabrost, slikovnice o odlasku zubaru, medalje za hrabrost, plišane igračke, bojanke i sl. (slike 4. i 5.).

#### 8.1.6. Odvlačenje pažnje

Tehnika kojom se ugodnom situacijom odvraća pažnja od neugodne situacije. Distrakcija može biti osjetilna, verbalna (priča), vizualna (video/crtić), glazba i sl. Davanje pacijentu kratke stanke tijekom stresnog postupka može biti učinkovita upotreba distrakcije prije primjene nekih naprednijih tehnika za oblikovanje ponašanja. (18)



Slika 4. Davanje medalje za hrabrost i slikovnice nakon uspješnog stomatološkog tretmana



Slika 5. Pozdrav s pacijentom prije izlaska iz stomatološke ordinacije

#### 8.1.7. Metoda „pitaj-kaži-pitaj“

Ova tehnika uključuje ispitivanje o pacijentovu posjetu i osjećajima prema planiranom zahvatu, objašnjavanje postupaka jednostavnim jezikom uz demonstraciju te ponovno ispitivanje razumije li pacijent o čemu smo razgovarali i kako se osjeća u vezi sa stomatološkim postupkom koji ćemo provesti. Ako je pacijent i dalje zabrinut, stomatolog će izmijeniti postupak stomatološkog zahvata ili upotrijebiti druge tehnike kontrole ponašanja. Ciljevi ove metode su procjena tjeskobe koja može dovesti do neprilagođenog ponašanja tijekom zahvata te poduka pacijenta o stomatološkom postupku. Metoda se koristi kod svih pacijenata koji su sposobni komunicirati. (18)

## 8.2. Tehnike fizičke prisile

Tehnike koje podrazumijevaju modificiranje djetetova ponašanja pri kojem stomatolog uklanja pokušaje djeteta da izbjegne iskustvo koje smatra nepoželjnim. (16) Još se nazivaju metodama svladavanja ili metodama sprječavanja odgovora. Tu pripadaju tehnike „ruka preko usta“ i fizičko obuzdavanje.

### 8.2.1. Metoda „ruka preko usta“

Brza je, učinkovita i neškodljiva tehnika koja se u dječjoj stomatologiji koristi više od 70 godina. Smatra se krajnjom mjerom u postupanju s nekooperativnim djetetom. Metoda je priznata u smjernicama Američke akademije pedijatrijske stomatologije (AAPD) od 2004. g. kao opravdan postupak kod djeteta koje može razumjeti postupak, ali pokazuje histerično, tvrdoglavo ponašanje, uz pismenu suglasnost roditelja te prethodno detaljno objašnjenje. Postupak pomaže djetetu da uspostavi samokontrolu. Preduvjeti za primjenu ove metode su dijete normalne inteligencije koje nema tjelesni hendikep, može disati na nos, dijete s nekontroliranim tipom ponašanja poput vrištanja, udaranja rukama i nogama, dijete s prkosnim i tvrdoglavim ponašanjem čiji su roditelji pretjerano popustljivi. Roditelji ne smiju biti u ambulanti tijekom primjene ove metode. Popuštanjem takvom djetetu i odgađanjem zahvata za sljedeći termin samo ga se učvršćuje u stavu da negativnim ponašanjem može izbjeći stomatološki postupak. (16) Primjena ove metode ne znači kažnjavanje djeteta, nego pomaganje djetetu da prebrodi neutemeljen strah od stomatološke ordinacije. Kontraindicirana je kod prestrašene djece, djece koja ne mogu disati na nos, djece koja ne mogu razumjeti postupak (djeca mlađa od tri godine, mentalno retardirana, socioekonomski deprivirana). Wright (1975.) ističe da ne postoje dokazi o nepoželjnim psihološkim efektima nakon primjene ove metode. Chambers (1970.) kaže da fizičko obuzdavanje djeteta ima manje štetne posljedice nego premedikacija koja se daje djetetu zbog straha od stomatološkog liječenja. (16)

**Primjer.** Kad dijete sjedi na stomatološkoj stolici i počne vikati, mlatarati rukama i nogama, stomatolog može staviti svoju ruku preko djetetovih usta i smirenim glasom reći na uho da se smiri i da će maknuti ruku čim prestane vikati. Kad se od djeteta dobije pozitivan znak, otkloni se ruka s usta i lijepo ga se zamoli za suradnju uz pohvalu: *Tako*

*je dobro. Ja ću ti pomoći i samo ću nakratko očistiti zub. Objasnit ću ti svaki postupak, ali, molim te, surađuj. Ako se dijete ponovno počne nekontrolirano ponašati, postupak se može ponoviti.*

#### 8.2.2. Zaštitna (protektivna) stabilizacija

Metoda fizičkog obuzdavanja ili zaštitne stabilizacije postupak je kojim se štiti sam pacijent ili stomatolog od eventualne ozljede tijekom provođenja stomatološkog zahvata (AAPD, 2007.). Dolazi do restrikcije djetetove slobode pokreta, s njegovim dopuštanjem ili bez njega. Restrikcija može biti djelomična (dio tijela) ili potpuna (cijelo tijelo). Metalni prsten je naprava koja omogućuje restrikciju te onemogućuje zatvaranje pacijentovih usta. Stomatolog se uz pomoć roditelja ili asistenta koristi rukama i/ili tijelom (s dodatnim sredstvima ili bez njih) radi zaustavljanja nekontroliranih djetetovih pokreta koji ometaju ili onemogućuju rad (slika 6.).



Slika 6. Djetetova pratnja blago drži djetetove ruke i glavu tijekom stomatološkog pregleda

Stabilizacija može varirati od blagog držanja djetetovih ruku, npr. tijekom davanja lokalne anestezije, do potpune stabilizacije tijela s pomoću posebnih traka. Protektivna stabilizacija može uzrokovati psihičke ili fizičke posljedice, gubitak dostojanstva te

povredu prava djeteta. Ova metoda koristi se kod djece do tri godine, kod osoba s cerebralnom paralizom i mentalno retardiranih osoba koje ne mogu razumjeti razlog i sadržaj stomatološkog liječenja. Za primjenu metode stabilizacije nužna je pismena suglasnost roditelja. (16) Ova metoda kontraindicirana je kod djece koja ne mogu biti stabilizirana zbog općeg zdravstvenog stanja i djece koja su prilikom stabilizacije doživjela psihičku ili fizičku traumu. (1)

### 8.3. Ostale tehnike

#### 8.3.1. Metoda (postupne) desenzibilizacije

Tehnika koja sparuje podražaje koji izazivaju strah s odgovorom koji ublažava anksioznost. (16) Koristi se kod djece koja imaju dentalnu anksioznost. Sastoji se od tri stadija: prvi je učenje djeteta da se opusti, nakon toga slijedi određivanje redoslijeda podražaja koji izazivaju dentalni strah, a treći je stadij upoznavanje opuštenog djeteta te početak provedbe podražaja od slabijih prema jačim. Stomatolog može djetetu demonstrirati tehniku četkanja zubi i dati informacije o održavanju oralne higijene (slika 7.).

**Primjer.** Ako se dijete boji bušilice, postupak može biti sljedeći: zubi se očiste okruglom četkicom koja se drži prstima, zubi se očiste rotirajućom četkicom s malim brojem okretaja, u usta se uđe sa svrdlom s malim brojem okretaja bez dodirivanja zuba, u usta se uđe sa svrdlom s većim brojem okretaja i lagano se dodiruje zub, polako se preparira kavitet, koji se ne treba posve završiti, nego se može i privremeno zatvoriti. (16)

#### 8.3.2. Ponašanje prema uzoru

Još se naziva i metodom modeliranja/prikazivanja jer je psiholozi često primjenjuju u liječenju straha. (16) Temelji se na tome da se malom djetetu omogući gledanje drugog kooperativnog djeteta (vršnjak iz razreda/brat/sestra) i promatra njegovo ponašanje tijekom stomatološkog liječenja. Osim toga djetetu se može pokazati i video na mobitelu o stomatološkom liječenju djece. Tako se dijete upoznaje sa stomatološkom opremom i radom u ordinaciji bez napetosti.



Slika 7. Demonstracija tehnike četkanja zubi

#### 8.3.3. Stvaranje osjećaja kontrole

Djetetu je opravdano dati određen stupanj slobode, ali traženje dopuštenja za početak zahvata smatra se pogrešnim i to kod djeteta može izazvati zbunjenost i zabrinutost. S djetetom se može dogovoriti znak „STOP“, npr. dizanje ruke, na koji se prestane sa zahvatom (16) (slika 8.). Takav način snižava percepciju boli tijekom davanja lokalne anestezije ili samog rutinskog stomatološkog zahvata. (1)

#### 8.3.4. Hipnoza

Metoda kojom se umjetno mijenja pacijentovo stanje svijesti pri čemu osoba postaje sklonija sugestiji. Hipnozu trebaju obavljati stručne osobe. Koristi se kod pacijenata koji imaju sposobnost komuniciranja.

#### 8.3.5. Strategija restrukturiranja pamćenja

Tehnika kojom se pacijentu razvijaju pozitivna sjećanja na stomatološki zahvat. Restrukturiranje uključuje četiri komponente: vizualne podsjetnike, pozitivno potkrepljenje kroz verbalizaciju, konkretne primjere za kodiranje osjetilnih detalja i

osjećaj postignuća. Vizualni podsjetnik može biti fotografija djeteta koje se smiješi prilikom prvog posjeta, odnosno prije teškog iskustva. Pozitivno potkrepljenje kroz verbalizaciju može biti pitanje je li dijete ispričalo roditelju kako je dobro bilo na zadnjem tretmanu. Od djeteta se traži da igra ulogu i da stomatologu kaže što je reklo roditelju. Konkretni primjeri za kodiranje osjetilnih detalja uključuju hvaljenje djeteta za određeno pozitivno ponašanje kao što je držanje ruku u krilu ili širom otvaranje usta kada se to traži. Od djeteta se tada traži da pokaže ta ponašanja, što dovodi do osjećaja postignuća. (18)



Slika 8. Dijete kad osjeti bol podiže ruku kao znak stomatologu da nakratko prestane s radom

#### 8.3.6. Kontrolirano multisenzorno okruženje

Tehnika koja se koristi kod osoba s autizmom i poremećajima razvoja. Dijete se smjesti u posebno dizajniranu sobu s umirujućim sadržajem (zatamnjenost, razni vibroakustični i svjetlosni efekti, pokretne projekcije kao što su ribe ili mjehurići na stropu, umirujuća pozadinska glazba i sl.). (1,18) Cilj takve sobe jest poboljšati opuštanje i spriječiti negativna ponašanja ili ponašanja izbjegavanja stomatološkog zahvata. (20)



### 8.3.7. Komunikacijski sustav za razmjenu slika

Tehnika razvijena za osobe s ograničenim ili nikakvim sposobnostima verbalne komunikacije, posebno one s autizmom. Cilj je omogućiti pacijentima s ograničenim ili nikakvim sposobnostima verbalne komunikacije da izraze zahtjeve ili misli korištenjem simboličnih slika. Pripremljena ploča sa slikama može biti prisutna za termin kod zubara kako bi stomatolog mogao priopćiti korake potrebne za dovršetak (npr. slike stomatološkog ogledala, nasadnika). Pacijent može imati simbole (npr. znak „stop“) kojima pokazuje da mu je potreban kratak prekid postupka. Kontraindikacija za ovu metodu nema. (21)

## 8.4. Farmakološka kontrola ponašanja

Djetetovo ponašanje može se kontrolirati kontrolom boli. Iskustvo boli može izazvati pojavu dentalnog straha i anksioznosti, a i probleme u ponašanju u ordinaciji te nekooperativnost. (2) Farmakološka kontrola ponašanja može se postići minimalnom sedacijom prije početka tretmana, lokalnom anestezijom, dubokom sedacijom i općom anestezijom.

### 8.4.1. Minimalna sedacija

Izaziva opušteno stanje svijesti, pri čemu pacijent zadržava sposobnost disanja i gutanja i može reagirati na glasovne naredbe i fizičke stimulanse. Daje se prije izvođenja stomatološkog tretmana. U ordinaciji dentalne medicine najčešće su to benzodiazepini, ali mogu se koristiti i sedativi, hipnotici i narkotici. Ne primjenjuje se kod djece mlađe od četiri godine. (1,2)

### 8.4.2. Lokalna anestezija

Učinkovito suzbija bol tijekom invazivnih dentalnih tretmana. Psihološka priprema djeteta važna je kako bi se primjena lokalne anestezije izvela na što ugodniji i bezbolniji način. Kod uplašениh i anksioznih pacijenata može se primijeniti *desenzibilizacija* tako što se najprije kap topikalnog anestetika kapne na ruku, zatim kap lokalnog anestetika, nakon toga se kapljica topikalnog anestetika primijeni na sluznicu, zatim se primijeni blaga infiltracija te infiltrira lokalni anestetik. (2)

### 8.4.3. Sedacija

Sedacija može biti izvedena inhalacijski, oralno, intramuskularno ili intravenozno. Djetetova svijest je očuvana, prag boli mu je podignut te ono slobodno i samostalno diše.

(2)

Inhalacijska sedacija podrazumijeva primjenu dušikova oksidula i kisika u odgovarajućem omjeru. Veći postotak dušikova oksidula znači i viši stupanj sedacije (25% - umjerena sedacija, 25 – 45% - viša razina sedacije). (1) Oralna sedacija je jednostavna primjena lijekova iz skupine benzodiazepina (midazolam). Rjeđe se primjenjuje jer veće prednosti pružaju inhalacijska i intravenska tehnika sedacije. (1) Intramuskularna sedacija podrazumijeva primjenu benzodiazepina novije generacije (midazolam) kod pacijenata kod kojih nije moguće primijeniti inhalacijsku i intravensku tehniku. (1) Intravenska tehnika sedacije najčešće je korištena tehnika jer se brzo postiže učinak, omogućava precizno doziranje lijeka, ne zahtijeva skupu aparaturu te je period oporavka kratak. Benzodiazepini (midazolam, diazepam) daju se u dozi od 1 mg svake dvije minute, sve do postizanja sedacije. Specifični znakovi sedacije su nerazgovijetnost, pospanost, vrtoglavica. Verilov znak (ptoza gornjeg očnog kapka) predstavlja krajnju razinu sedacije čijom bi se daljnjom primjenom pacijent uveo u opću anesteziju. Osim benzodiazepina može se koristiti i propofol, ali uz hospitalizaciju pacijenta. (1) Ciljevi sedacije su: čuvati sigurnost i dobrobit pacijenta, minimalizirati fizičku nelagodu i bol, upravljati tjeskobom, minimalizirati psihološku traumu i maksimalno povećati mogućnost amnezije, upravljati ponašanjem i/ili kretanjem kako bi se omogućio siguran završetak postupka, vratiti pacijenta u stanje u kojem je moguće sigurno otpuštanje iz medicinskog nadzora. (18) Sedacija je indicirana kod uplašanih/tjeskobnih pacijenata (prisutan DSA) kod kojih osnovne tehnike usmjeravanja ponašanja nisu bile uspješne, kod pacijenta koji ne mogu surađivati zbog nedostatka psihološke ili emocionalne zrelosti i/ili mentalnih, fizičkih ili zdravstvenih stanja, kod pacijenata koji imaju snažan nagon za povraćanje. Sedacija je kontraindicirana kod kooperativnih pacijenata, kod alergija na lijekove, nekih psihičkih i sistemskih bolesti te orofacijalnih deformiteta. (18)

#### 8.4.4. Opća anestezija

Opća anestezija kontrolirano je stanje nesvjestice praćeno gubitkom zaštitnih refleksa, uključujući sposobnost samostalnog održavanja dišnih putova i svrhovitog odgovora na fizičku stimulaciju ili verbalnu naredbu. (18) Dijete se uz pomoć anestetičkih sredstava uvodi u uspavano stanje. Ona se najčešće primjenjuju inhalacijskim i intravenskim putem. Kako bi stomatolog mogao neometano raditi, dišni put održava se prohodnim nazotrahealnom intubacijom. Primjena opće anestezije indicirana je kod djece s poremećajem u motoričkom i psihičkom razvoju, kod opsežnih i dugotrajnih tretmana te kod djece koja imaju izraženu dentalnu anksioznost, odbijaju tretman pa bi njegovo nasilno izvođenje izazvalo ozbiljne psihičke posljedice. (23,24,25)



Upravljanje ponašanjem smatra se ključnim elementom u vođenju djece u dječjoj stomatologiji. (26) McElroy je upravljanje ponašanjem smatrao toliko važnim da je 1895. g. rekao da *iako operativna stomatologija može biti savršena, termin je neuspješan ako dijete ode u suzama*. To je bio prvi kriterij koji govori o uspješnosti ili neuspješnosti prijma djeteta u stomatološku ordinaciju. (29)

Prema najnovijim smjernicama Američke akademije pedijatrijske stomatologije (AAPD, 2023.) o nefarmakološkom ponašanju, metoda „reci-pokaži-učini” i njezine modifikacije među najčešće su korištenim i univerzalno primjenjivanim osnovnim tehnikama vođenja ponašanja. 98,3% ispitanih pedijatrijskih stomatologa koristi se tom metodom u svojoj ordinaciji i nisu nikada ili su rijetko naišli na oklijevanje, nevoljkost ili odbijanje roditelja. Metoda pozitivnog potkrepljivanja i opisna pohvala primjenjivane su u 95,1% slučajeva, distrakcija maštom u 82,4%, a metodom desenzibilizacije koristile su se tri četvrtine stomatologa te su također rijetko ili nisu nikada naišli na oklijevanje, nevoljkost ili odbijanje roditelja. (31)

Glasovnom kontrolom u radu s djecom koristi se 59,2% ispitanih stomatologa. Često su nailazili na neodlučnost, nevoljkost ili odbijanje roditelja/skrbnika kada su upotrijebili glasan glas. Iako tradicionalno upravljanje glasom uključuje korištenje glasnog glasa, može se koristiti i modifikacija (snižavanje glasa). 86,7% ispitanih pedijatrijskih stomatologa koristilo se prisutnošću roditelja, a 56,3% njihovom odsutnošću kao tehnikom usmjeravanja ponašanja. Roditelji su često reagirali oklijevanjem ili odbijanjem kada su bili zamoljeni da napuste ordinaciju. (31)

Kod djece koja su bila podvrgnuta stomatološkom liječenju metode kao što su pozitivno potkrepljenje, opuštanje disanja, metoda „reci-pokaži-učini”, audiovizualna distrakcija i kognitivno-bihevioralna terapija rezultirale su velikim smanjenjem tjeskobe. Kod djece i adolescenata s teškoćama u razvoju audiovizualna distrakcija i senzorno prilagođeno dentalno okruženje pokazali su veliko smanjenje tjeskobe. (31)

Sivakumar i Gurunathan proveli su 2019. g. istraživanje u kojem su stariji pacijenti, adolescenti od 14 do 17 godina, pokazali bolju suradnju u usporedbi s mlađim dobnim skupinama (7 – 10 godina, 11 – 13 godina). Stariji pacijenti sve bolje razumiju upute stomatologa te jasno izražavaju svoje osjećaje i percepcije, a postoji mogućnost da su imali više posjeta stomatologu i stoga pokazuju manju dentalnu anksioznost. Utvrđeno je

da su prvorođena djeca spremnija na suradnju prije i tijekom liječenja. Djeca iz ruralnih područja i niže srednje klase također su bila izrazito kooperativna intra- i postoperativno. U privatnim klinikama može se uočiti potpuno drukčija situacija, gdje je većina djece koja se javlja na liječenje razmažena, prkosna i vrlo nekooperativnog ponašanja. (5)

Nefarmakološke metode korisne su jer smanjuju potrebu za lijekovima i pomažu djeci da razviju pozitivan stav prema stomatološkoj njezi, ali zahtijevaju vrijeme, strpljenje i vještine stomatologa. Farmakološke metode vrlo su učinkovite kod djece koja ne mogu surađivati zbog teškoća u razvoju, ali veći je rizik od nuspojava, zahtijevaju specijalizirano osoblje i opremu te uključuju dulji oporavak.

Nedavno je ksenon, koji je inertni plin, predložen kao prikladna alternativa dušikovu oksidu. Ksenon ima snažna analgetska svojstva i bolju kardiovaskularnu stabilnost od dušikova oksidula. Nadalje, njegova uporaba nije povezana sa štetnim neurorazvojnim posljedicama na mozak u razvoju. Stoga se može smatrati alternativnom opcijom za dušikov oksid u pedijatrijskoj anesteziji u budućnosti. Trenutačno je njegova klinička vrijednost uglavnom ograničena troškovima. (32)



Strah i anksioznost glavni su uzroci nekooperativnog ponašanja djece u stomatološkoj ordinaciji. Takvo ponašanje može dovesti do toga da se djetetov karijes ne liječi i tako zanemaruje oralno zdravlje. Farmakološkim i nefarmakološkim metodama kontrole ponašanja u dječjoj stomatologiji može se smanjiti anksioznost, poboljšati suradnja i omogućiti sigurno i uspješno izvođenje stomatološkog zahvata. Najprimjenjivnije nefarmakološke metode su metoda „reci-pokaži-učini“ te potkrepljivanje ponašanja, a sedacija dušikovim oksidulom najprihvatljivija je farmakološka metoda. Roditelji najslabije prihvaćaju metodu „ruka preko usta“ i fizičku prisilu. Koje će metode primijeniti, stomatolog odlučuje s obzirom na psihološki razvoj djeteta. Stomatolog koji se trudi da svako dijete ode sa smiješkom iz ordinacije nije samo profesionalac u svojoj struci nego i osoba koja razumije važnost stvaranja povjerenja kod djece. Pozitivna iskustva u djetinjstvu mogu imati dugoročne pozitivne učinke na dječje zdravlje i stav prema stomatološkoj skrbi poslije u životu. Zbog toga je strpljiv, brižan i suosjećajan rad s djecom neizmjereno važan.



## **11. LITERATURA**

1. Jurić H. i sur. Dječja dentalna medicina. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2015; 73-120p
2. Jovanović Ž, Milanović M. Kontrola djetetova ponašanja u ordinaciji dentalne medicine. *Paediatr Croat.* 2021; 65:136-42.
3. Njari V. Psihološka priprema djeteta u ordinaciji dentalne medicine [diplomski rad]. Zagreb: Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2017. 40p.
4. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on oral health care programs for Infants, children, adolescents, and individuals with special health care needs. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry.* Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2023: 81-4.
5. Sivakumar P, Gurunathan D. Behavior of Children toward Various Dental Procedures. *Int J Clin Pediatr Dent* 2019;12(5):379–84.
6. Khubchandani M, Srivastava T, Thosar NR. Enhancing Dental Students' Understanding of Behavior Management in Pediatric Dentistry: A Comparison of Two Teaching Methods. *Cureus.* 2022;14(5):1-7.
7. Morgan A, Rodd HD, et al. Children's experiences of dental anxiety. *Int J Paediatr Dent.* 2017;27:87–97.
8. Meechan JG. Pain control in local analgesia. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2009;10:71–76.
9. Naoumova J, Kjellberg H, et al. Pain, discomfort, and use of analgesics following the extraction of primary canines in children with palatally displaced canines. *Int J Paediatr Dent.* 2012;22:17–26.
10. Bajrić E, Huseinbegović A. Kontrola ponašanja djeteta u stomatološkoj ordinaciji. U: Jurić H. i sur. Dječja dentalna medicina. Zagreb: Naklada Slap; 2015. p. 89-108.
11. Koch G, Paulsen S, urednici. Pedodoncija : Klinički pristup. Zagreb: Naklada Slap; 2004. 35-87 p.
12. Kezele M. Djeca s ADHD-om u primarnom obrazovanju [diplomski rad]. Zagreb: Učiteljski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2019. 46p
13. Bakarčić D, Hristodulova Vidak S, Hrvatin S, Ivančić Jokić N, Punoš P. Tipovi ponašanja djeteta u ordinaciji dentalne medicine. *Medicina fluminensis.* 2014; Vol. 50, No. 3, 288-93p
14. Kapac A. Metode za objektivnu procjenu ponašanja djeteta u kliničkim uvjetima [diplomski rad]. Zagreb: Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2015. 41p

15. Mardešić D. i sur. Pedijatrija. 8. izd. Zagreb: Školska knjiga. 2013.
16. Zarevski P, Škrinjarić I, Vranić A. Psihologija za stomatologe. Jastrebarsko: Naklada Slap. 2005. 320p
17. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical Affairs Committee – Behavior Management Subcommittee. AAPD. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. *Pediatr Dent*. 2015; 37(5):57-70.
18. American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior guidance for the pediatric dental patient. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2023; 359-77.
19. Howenstein J, Kumar A, Casamassimo PS, McTigue D, Coury D, Yin H. Correlating parenting styles with child behavior and caries. *Pediatr Dent*. 2015;37(1):59-64
20. Bodison SC, Parham LD. Specific Sensory Techniques and Sensory Environmental Modifications for Children and Youth With Sensory Integration Difficulties: A Systematic Review. *Am J Occup Ther*. 2018 Jan/Feb;72(1)
21. Flippin M, Reszka S, Watson LR. Effectiveness of the Picture Exchange Communication System (PECS) on communication and speech for children with autism spectrum disorders: a meta-analysis. *Am J Speech Lang Pathol*. 2010 May;19(2):178-95.
22. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on use of nitrous oxide for pediatric dental patients. *Pediatr Dent*. 2011;33.
23. Stapleton M, Sheller B, Williams BJ, Mancl L. Combining procedures under general anesthesia. *Pediatr Dent*. 2007;29:397-402.
24. Messieha Z. Risks of general anesthesia for the special needs dental patient. *Spec Care Dentist*. 2009;29:21-68.
25. Costa LR, Harrison R, Aleksejuniene J, Nouri MR, Gartner A. Factors related to postoperative discomfort in young children following dental rehabilitation under general anesthesia. *Pediatr Dent*. 2011;33:321-6.
26. Roberts JF, Curzon MEJ, Koch, G. i sur. Review: Behaviour management techniques in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2010;11(4):166-74.
27. Oliver K, Manton DJ. Contemporary behavior management techniques in clinical pediatric dentistry: out with the old and in with the new? *J Dent Child (Chic)*. 2015 Jan-Apr;82(1):22-8.

28. Gizani S, Seremidi K, Katsouli K, Markouli A, Kloukos D. Basic behavioral management techniques in pediatric dentistry: a systematic review and meta-analysis. *J Dent.* 2022; 126:104303
29. Wright GZ, Kupietzky A: Behavior management in dentistry for children . Wiley-Blackwell, Iowa, USA; 2014
30. Adair SM: A survey of members of the American Academy of Pediatric Dentistry on their use of behavior management techniques. *Pediatr Dent.* 2004, 26:159-66
31. Dhar V, Gosnell E, Jayaraman J, Law C, Majstorović M, Marghalani AA, Randall CL, Townsend J, Wells M, Chen CY, Wedeward R. Nonpharmacological Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. *Pediatr Dent.* 2023 Sep 15;45(5):385-410.
32. Gupta N, Gupta A, Narayanan MRV. Current status of nitrous oxide use in pediatric patients. *World J Clin Pediatr.* 2022;11(2):93-104.



Lucija Orešković rođena je 5. veljače 1999. u Gospiću. Osnovnoškolsko obrazovanje završila je 2013. g. u OŠ dr. Franje Tuđmana, Lički Osik, a srednjoškolsko 2017. g. u Općoj gimnaziji Gospić. Završila je Osnovnu glazbenu školu u Gospiću, smjer klavir. 2018. g. upisuje se na Stomatološki fakultet u Zagrebu. Tri godine sudjelovala je na Humanijadi, a 2023. i 2024. g. osvojila 3. mjesto u odbojci. Pjeva u zboru, aktivno se bavi odbojkom i volontiranjem.