



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
STOMATOLOŠKI FAKULTET

Jurica Rotim

KONTROLA PONAŠANJA DJETETA U STOMATOLOŠKOJ ORDINACIJI

Diplomski rad

Zagreb, 2017.

Rad je ostvaren na Stomatološkom fakultetu, Zavod za dječju i preventivnu stomatologiju.

Mentor rada: prof. dr. sc. Željko Verzak, Zavod za dječju i preventivnu stomatologiju

Lektor hrvatskoga jezika: Alen Orlić, prof. hrvatskoga jezika

Lektor engleskoga jezika: mr. sc. Nataša Nikpalj- Juraić, prof. engleskog jezika

Sastav Povjerenstva za obranu diplomskoga rada:

1. _____

2. _____

3. _____

Datum obrane rada: _____

Rad sadrži: 26 stranica

7 tablica

CD

Osim ako nije drukčije navedeno, sve ilustracije (tablice, slike i dr.) u radu su izvorni doprinos autora diplomskoga 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 njihovog podrijetla.

Proslov

Nulla tenaci in via est via.

Kontrola ponašanja djeteta u stomatološkoj ordinaciji

Sažetak

Kontrola ponašanja djeteta trebala bi biti uspostavljena kontinuiranom suradnjom doktora dentalne medicine, djeteta i roditelja. Ciljevi kontrole ostvaruju se edukacijom djece i roditelja te komunikacijom s njima kako bi se ublažila djetetova anksioznost. Doktor dentalne medicine koji radi s djecom trebao bi imati empatiju, biti u stanju odrediti razinu razvoja djeteta, stav prema liječenju te moguću reakciju na liječenje.

Ključne riječi: kontrola ponašanja djeteta, anksioznost, empatija

Controlling Child's Behaviour at a Dental Practice

Summary

The control of child's behaviour needs to be achieved through constant collaboration between the dentist, the child and parents. In order to reduce fear and child's anxiety, the aim should be to improve communication with children and their parents as well as to work on their education. A paediatric dentist should have empathy and understand the level of child's development as well as anticipate their attitude towards treatment and their possible response to treatment.

Keywords: control of child's behavior, anxiety, empathy

SADRŽAJ

1. Uvod.....	1
2. Dentalni strah i anksioznost.....	2
2. 1. Psihički razvoj djeteta.....	4
3. Kontrola i oblikovanje ponašanja.....	12
3. 1. Tehnike komunikacije.....	14
3. 2. Tehnike fizičke prisile.....	16
3. 3. Bihevioralne tehnike.....	17
4. Kontrola ponašanja sedacijom.....	20
5. Rasprava.....	22
6. Zaključak.....	23
7. Literatura.....	24
8. Životopis.....	26

1. UVOD

Dentalna medicina izuzetno je zahtjevna profesija jer se temelji na uspostavljanju kvalitetne komunikacije s pacijentima. Veliki dio populacije čine pacijenti koji navode strah i određena očekivanja od svoga doktora dentalne medicine. Sukladno tome nužno je temeljito uzimanje anamneze te prilagodba plana terapije ovisno o pacijentovom psihološkom statusu, željama i mogućnostima. Među najzahtjevnijim, ali i potencijalno najzahvalnijim pacijentima jesu djeca. Svakomu djetetu trebalo bi pristupiti s pažnjom te prilagoditi terapiju koju može s lakoćom podnijeti. Procjena pacijenta i potencijala kooperabilnosti ključni su u postavljanju terapije. Podatci se mogu prikupiti promatranjem i interakcijom s djetetom te razgovorom s roditeljima. S obzirom na to da djeca pokazuju širok raspon intelektualnog, fizičkog, društvenog i emocionalnog razvoja, važno je da doktori dentalne medicine imaju širok raspon tehnika kontrole ponašanja.

Komunikacija s djetetom poseban je izazov za doktora dentalne medicine koja uvelike ovisi o stupnju kognitivnoga razvoja djeteta. Doktor dentalne medicine trebao bi imati osnovno razumijevanje kognitivnoga razvoja djece te u skladu s dobi i stupnjem razvoja djeteta komunicirati primjenjujući odgovarajući vokabular i govor tijela. Važno je prije početka terapije uspostaviti odnos i dobiti povjerenje djeteta. U situaciji kada doktor dentalne medicine svojim govorom tijela ili postupcima ne šalje jasne informacije djetetu, doprinosi osjećaju neizvjesnosti i tjeskobe. Jedan od važnih čimbenika u radu s djecom jesu roditelji koji mogu doprinijeti negativnom ponašanju djeteta. Roditelji pokazivanjem svoje anksioznosti, zabrinutosti ili svjedočenjem o prijašnjim lošim iskustvima sa stomatologom značajno mogu utjecati i predodrediti razvoj pojedinih situacija u ordinaciji. Priprema djeteta prije prvoga posjeta ordinaciji dentalne medicine od iznimne je važnosti. Kontrola boli tijekom zahvata također je ključna u uspješnosti kontrole ponašanja i krajnjega uspjeha terapije. Prevencija boli može ublažiti strah i poboljšati odnos između stomatologa i pacijenta.

Svrha ovog rada je pregledno navesti moguće probleme ponašanja djeteta u stomatološkoj ordinaciji te mehanizme i tehnike za kontrolu oblikovanja ponašanja djeteta.

2. DENTALNI STRAH I ANKSIOZNOST

Posjet stomatologu nerijetko može kod djece uzrokovati stres. To je u potpunosti razumljivo jer posjet doktoru dentalne medicine uključuje suočavanje s nekoliko mogućih stresnih situacija, npr. neugodni i zastrašujući zvukovi, neugodni okusi i mirisi, susret s nepoznatim osobama, nelagoda i bol. To dovodi do zaključka da su nekooperativno ponašanje i strah nezaobilazne pojave u svakodnevnoj praksi. Anksioznost je po definiciji psihološki ili biološki odgovor na opasnost koji se često pojavljuje u disproportiji s aktualnom prijetnjom ili opasnosti i subjektivno se doživljava u slučaju odsutnosti objekta koji predstavlja realnu prijetnju ili opasnost. Anksioznost se manifestira uz prateće kognitivne, fiziološke i bihevioralne komponente jer je njezina ekspresija u uskoj vezi s aktivnošću autonomnoga živčanog sustava. (1). Prevalencija dentalne anksioznosti i problem ponašanja u nekim nordijskim zemljama prikazani su u Tablici 1.

Tablica 1. Istraživanje prevalencije dentalnog straha i anksioznosti te problema ponašanja kod djece i adolsecenata u nekim nordijskim zemljama (2)

Zemlja	Autori	Dob (godine)	%
Dentalni strah i anksioznost			
Finska	Tuutti	7 – 10	6
Finska	Alvesalo i sur.	12 – 13	21
Norveška	Neverlien	10 – 13	3,8
Norveška	Skaret i sur.	18	19
Švedska	Klingberg	4 – 11	2,6
Problemi u ponašanju			
Danska	Rudi i Kisling	3 – 9	40
Danska	Kisling i Krebs	3	5
Finska	Tuutti	7 – 10	17
Norveška	Neverlien	10 – 13	3
Švedska	Holst i Crossner	3 – 16	3 – 8
Švedska	Klingberg	4 – 11	10,5

Etiološki, dentalna anksioznost i problem u ponašanju multifaktorski fenomen su iz kojega se mogu izdvojiti tri osnovne grupe etioloških čimbenika (Tablica 2.).

Tablica 2. Etiološki čimbenici dentalnoga straha i anksioznosti

Etiološki čimbenici dentalnog straha i anksioznosti		
Osobni čimbenici	Vanjski čimbenici	Dentalni čimbenici
dob općeniti strah i anksioznost temperament ostali problemi	dentalni strah i anksioznost roditelja socijalni status obitelji pripadnost etničkoj skupini odgoj djeteta i njegova uloga u društvu	bol stomatološko osoblje

Dijete u ulozi pacijenta stječe iskustva koja ga formiraju kao pacijenta u odrasloj dobi. U slučajevima kada početni oblik anksioznosti dovodi do izbjegavanja ili odgode stomatološkoga liječenja pacijent ulazi u tzv. “začarani krug” što s vremenom konačno rezultira s odontofobijom te općenitim zanemarivanjem oralnoga zdravlja (3). Prevencija ovakvoga negativnog slijeda jedna je od glavnih zadaća doktora dentalne medicine u radu s djecom.

2.1 PSIHIČKI RAZVOJ DJETETA

Djeca dolaze u ordinaciju dentalne medicine od prve godine života do punoljetnosti što dovodi do potrebe razumijevanja psihičkoga razvoja djeteta i njegovih potreba. Poznavanje razvoja djeteta važno je zbog dentalnoga straha koji se mijenja tijekom rasta i razvoja djeteta. Postoje različiti načini koji objašnjavaju rast i razvoj djeteta (Tablica 3.). Neki pristupi pojašnjavaju svaki aspekt psihičkoga razvoja kroz pojedine faze, dok se neki fokusiraju na ograničene aspekte samoga razvoja.

Tablica 3. Osnovni pregled teorija psihičkoga razvoja djeteta (1)

Teorija	Sadržaj	Autori
Psihoanalitičke teorije razvoja	Pristup objašnjavanja psihičkoga razvoja temeljen je na teoriji psihoanalize.	Freudova teorija psihoseksualnoga razvoja Eriksonova teorija psihosocijalnoga razvoja
Kognitivne teorije razvoja	Psihički razvoj zasnovan je na prirodi i razvoju ljudske inteligencije.	Piagetova teorija kognitivnoga razvoja Bowlbyjeve i Ainsworthove teorije
Bihevioralne teorije razvoja	U fokusu ovih teorija utjecaj je koji interakcije s okolinom mogu imati na psihički razvoj.	Watsonove, Pavlove i Skinnerove teorije
Socijalne teorije razvoja	Promatra se utjecaj društva na psihički razvoj individue.	Bowlbyjeve, Bandurove, Vygotskove i Bronfenbrennerove teorije

Dob od rođenja do tri godine života (novorođenče, dojenče, malo dijete, Tablica 4.)

Novorođenče je sposobno doživjeti osjećaj bola, dodira i promjene položaja tijela. Prema Mussenu i suradnicima, u prvoj godini života postoje četiri glavna područja kognitivnoga razvoja: percepcija, prepoznavanje informacija, sposobnost kategorizacije i povećanje memorije (4). Emocije djeteta bude se između četvrtoga i desetoga mjeseca života. Dojančad pokazuje plašljivo ponašanje, ali također i ljutnju i frustraciju. Oko prve godine života pojavljuju se tuga, radost i ljubomora. Strah od stranih ljudi gotovo je univerzalan osjećaj od sedmoga do dvanaestoga mjeseca života; strah od odvajanja od roditelja prisutan je od šestoga mjeseca života i doseže vrhunac oko trinaestoga ili osamnaestoga mjeseca te nakon toga pada, ovisno o kulturi i podneblju. U tom periodu također su izraženi negodovanje do odlučnoga neodobravanja, primjerice prilikom pregleda ili održavanjem oralne higijene. Razlog tome može biti činjenica da su djetetova usta u tome periodu jedini prozor u vanjski svijet u čiju se intimu zadire te ju dijete instinktivno i ljubomorno čuva.

Dob od tri do šest godina (predškolska dob, Tablica 4.)

U ovome periodu dolazi do bitnih emocionalnih, socijalnih i spoznajnih promjena. Djeca su sve samostalnija, postižu bolju komunikaciju s okolinom, razvijaju im se osjećaji, kontrola i samokontrola emocija. Djeca se prilagođavaju svojoj okolini kroz sve što mogu interpretirati oko sebe, bilo kroz roditelje ili medije, pogotovo televiziju. Razvija se koncept pripadnosti i samopouzdanja te savjest u slučaju kršenja moralnih normi. Ako ne dođe do postizanja samokontrole u toj dobi dijete može početi iskazivati agresiju. Razvijaju se osjećaji krivnje, tjeskobe, prijateljstva i odbojnosti. Djeca u toj dobi pozitivno reaguju na motivaciju nagradom u slučaju izvršavanja zadaća koje im se postave.

Dob od šeste do dvanaeste godine (školska dob, predpubertalni period, Tablica 4.)

Daljnijim razvitkom mentalnih sposobnosti djeca počinju prihvaćati stvarne i apstraktne informacije. Samokontrola i kontrola emocija prilagođavaju se na sofisticiraniju razinu u odnosu na prethodne periode života. Zbog prilika koje ih okružuju djeca se sve više osamostaljuju i socijaliziraju, osjećaju pripadnost grupi, sklapaju prijateljstva i razvijaju poštovanje prema starijim osobama. Roditelji i učitelji imaju bitnu ulogu u stjecanju toga poštovanja. Također stvaraju svoje idole i počinju maštati. Vanjski im izgled postaje sve važniji, stoga dolazi do prihvaćanja ili odbacivanja među vršnjacima koje može rezultirati izrugivanjem ili odbacivanjem iz društva što može imati posljedice na daljnji emocionalni razvoj. U tome smislu problemi sa zubima (karijes ili malokluzije) počinju im stvarati probleme i često traže rješavanje tih problema.

Dob od dvanaeste do osamnaeste godine (period puberteta i adolescencije, Tablica 4.)

Burne psihološke promjene pod utjecajem hormona karakteriziraju ovaj period. Svijest o moralnim normama i osjećaj vlastitoga identiteta na vrhuncu su. Pojavljuju se uznemirenost, neodlučnost, nezadovoljstvo samim sobom i svojim izgledom. Ako im je slika o vlastitome tijelu pogrešna, može doći do pada samopouzdanja i ugroze osobnoga identiteta, stoga im je potrebno pružiti potporu i razumijevanje. U analiziranju informacija često se ponašaju preispitivački ili buntovnički. Roditeljska uloga autoriteta slabi i sve se više ugledaju u prijatelje ili ostalu rodbinu. Također se pojavljuju osjećaji ljubavi i privlačnosti te popularnosti u društvu.

Tablica 4. Dob djeteta i karakteristike ponašanja (1)

Dob djeteta	Karakteristike u ponašanju
1 – 2 godine	izražen strah od nepoznatoga; nerazumijevanje; strah od razdvojenosti od roditelja
3 godine	izražena radoznalost; manji strah od razdvojenosti od roditelja; bolje razumijevanje i komunikacija
4 godine	poprilično burno razdoblje; taktika odlaganja; strah od nepoznatoga na vrhuncu; strah od tjelesnih ozljeda
5 godina	majka je središte svijeta; gode im pohvale i laskanja
6 – 7 godina	nova prekretnica – škola; samopouzdanje; pojave učitelja; iracionalni strah; potrebne pohvale
8 – 12 godina	osamostaljenje i prilagođavanje; kontrola emocija; dobro podnošenje neugodnih situacija
12 – 18 godina	turbulentan period; „buntovnici bez razloga“

Djeca u ulozi stomatološkoga pacijenta dolaze u različitoj dobi i sukladno s tim različito reagiraju i ponašaju se na specifičan način s nizom različitih akcija u kontaktu s osobljem ordinacije. Postoji nekoliko osnovnih tipova djece s obzirom na njihovo ponašanje (5).

Dijete s normalnim ponašanjem

Ponašanje djeteta u skladu je s dobi i uobičajeno je. Iskazuje određeni strah i nepovjerenje prema nepoznatom, ali ima želju za upoznavanjem nove sredine. Formiranje djetetova stava ovisi o stavu i ponašanju stomatologa i osoblja tijekom terapije.

Dijete sa suzdržanim ponašanjem

Dijete je mirno, slabije komunikativno i teže uspostavlja odnos s okolinom, treba potporu i pomoć roditelja. Takvi pacijenti dobro podnose stomatološke intervencije, čak i one bolne bez protesta, makar se u takvim slučajevima može pojaviti tihi plač. Potreban je dodatan oprez jer, ako se prijeđe granica tolerancije, može doći do nesuradnje s doktorom dentalne medicine i do dodatnoga napora pri uspostavljanju i oblikovanju ponašanja prikladnoga za nastavak terapije.

Dijete s pretencioznim ponašanjem

Takvi su pacijenti pogodni za rad u skupini jer imaju potrebu dokazati se među vršnjacima što se može iskoristiti pri radu s problematičnim pacijentima kojima mogu poslužiti kao uzor. U slučaju dolaska izvan skupine ili samo s roditeljima ovakvi pacijenti mogu pokazivati potpuno drugačije ponašanje u vidu razmaženoga ponašanja i zahtijevaju dodatan napor.

Uplašeno dijete

Dijete s nepovjerenjem i strahom promatra svoju okolinu, traži pomoć i potporu roditelja te često plače. Odbija suradnju, sjedanje na stolac ili bilo kakvu vrstu rada. Često plačući traže napuštanje ordinacije. Obično takvi pacijenti imaju prijašnje negativno iskustvo, obično iz druge ordinacije ili su usmenom predajom dobili informacije koje su izazvale strah.

Buntovno dijete

Takvi su pacijenti najnepovoljniji za rad zbog svojega karakterističnog ponašanja. Takva djeca često su razmažena i roditelji im sve prepuštaju na volju; nemaju disciplinu, vole držati glavnu riječ i naviknuti su da im se ispunjavaju sve želje. Obično dolaze u pratnji više članova obitelji na koje viču, postavljaju zahtjeve i odbijaju ulazak u ordinaciju. Takva djeca su sklona histeričnim ispadima u vidu mlataranja nogama ili rukama i čak valjanjem po podu. S obzirom na to da roditelji nemaju nikakav autoritet, oni očekuju uspostavu autoriteta od doktora dentalne medicine. Ponekad udaljavnje jednoga roditelja ili cijele pratnje zna dovesti do promjene ponašanja takvih pacijenata.

S obzirom na to da je ponašanje djece u stomatološkoj ordinaciji različito, potrebna je kategorizacija.

U Franklovoj podjeli postoje četiri vrste ponašanja koje se dijele na: **definitivno negativno**, **negativno**, **pozitivno** i **definitivno pozitivno** (Tablica 5.). Prve su dvije vrste nepogodne za stomatološku terapiju, dok je kod drugih dviju vrsta terapiju moguće provesti.

Wright je kategorizirao ponašanje djeteta u tri kategorije (Tablica 5.).

Kooperativno ponašanje tip je ponašanja kada je dijete opušteno i surađuje.

Manjak kooperativne sposobnosti pojavljuje se kod male djece s kojom komunikaciju nije moguće uspostaviti ili kod djece s fizičkim ili mentalnim hendikepom.

Potencijalno kooperativno ponašanje javlja se prilikom prvih susreta s doktorom dentalne medicine, postoji potencijal za suradnju, ali zbog prirođenih strahova, koji su subjektivne ili objektivne prirode, u prvim susretima ne dolazi do suradnje.

Tablica 5. Kategorije ponašanja po Franklu i Wrightu (6)

Frankl	Wright
definitivno pozitivno	kooperativno ponašanje
pozitivno	manjak kooperativne sposobnosti
negativno	potencijalno kooperativno ponašanje
definitivno negativno	nekooperativno ponašanje

Nekooperativno ponašanje u djece dijeli se na sljedeći način.

a) **Napeto kooperativno ponašanje**

To je granični oblik ponašanja pacijenta koje je pogodno za suradnju. Dijete se ne opire terapiji, ali napeto iščekuje kada će mu se nešto loše dogoditi.

b) **Stoičko ponašanje**

Takvo se ponašanje može vidjeti kod djece koja su zlostavljana. Pacijenti su kooperativni, šutljivi i pasivno prihvaćaju sve vrste terapije.

c) **Plašljivo ili stidljivo dijete**

Dijete je nepovjerljivo ili prestrašeno, traži pomoć roditelja, ali ipak je moguće ostvariti suradnju.

d) **Plačljivo dijete**

Takvo dijete dopušta terapiju, ali uz stalna negodovanja i uz kraće ili duže prekide.

e) **Prkosno ili tvrdoglavo ponašanje**

Takvo ponašanje može se vidjeti u bilo kojoj dobnoj skupini, a razlozi mogu biti subjektivne ili objektivne prirode.

f) **Histerično ili nekontrolirano ponašanje**

Takvo se ponašanje uglavnom susreće u djece predškolske dobi prilikom prvoga posjeta doktoru dentalne medicine kao najnegativnija razina problema ponašanja.

Ta vrsta podjele nije napravila jasnu distinkciju između kooperativnog i nekooperativnog ponašanja. Razlog je u tome što se uz mnogo rada i truda s djecom ponašanja poput napetog kooperativnog, stoičkog, plašljivog i plačljivog mogu svrstati u potencijalno kooperativno ponašanje. Važno je u radu s pacijentom ne prijeći granicu kako od potencijalno kooperativnog pacijenta ne bismo napravili nekooperativnog pacijenta.

3. KONTROLA I OBLIKOVANJE PONAŠANJA

Dugoročno gledano cilj je doktora dentalne medicine da od djeteta napravi pacijenta koji će se iz navike i potrebe vraćati u ordinaciju radi kontrole i čuvanja oralnoga zdravlja. Svojim postupcima i radom doktor dentalne medicine nikako ne bi smio kod djeteta izazvati strah ili anksioznost te od potencijalno suradljivog pacijenta napraviti traumatizirano dijete. U slučaju da smo dovedeni pred gotov čin, primjerice kod hitnoga slučaja koji vodi prema potrebi za manje ili više invazivnom stomatološkom terapijom, trebamo što pažljivije pristupiti djetetu i težiti najboljem terapijskom učinku bez izazivanja dentalnoga straha i anksioznosti. Kada hitnost zahvata nije čimbenik, treba psihološki procijeniti dijete te na temelju psihološkog stanja djeteta planirati tretman kako u kvantitativnom tako i u kvalitativnom smislu. Zahvat treba biti prilagođen djetetovoj dobi, njegovu orlanomu zdravlju i općem zdravstvenom stanju, npr. pečačenje fisura ili fluoridacija prije ikakvih invazivnih zahvata kod mlađih pacijenata. Takvim pristupom dovodimo do stvaranja ugodne atmosfere. Vrlo je važno da dijete prije nego iskusi bilo kakav potencijalno bolan zahvat ima iskustvo s potpuno bezbolnim zahvatom. Prije bilo kojeg potencijalno bolnog zahvata, neovisno o kontroli boli, doktor dentalne medicine trebao bi reći djetetu što ga očekuje i pripremiti ga na to. Tim činom uklanja se čimbenik iznenađenja i omogućava se kontrola i shvaćanje onoga što slijedi. To sve dovodi do smanjenja osjećaja straha i potencijalno pozitivnim dugoročnim učinkom. Ponavljanjem uspješnih i bezbolnih zahvata može dijete „cijepiti“ protiv dentalne anksioznosti i straha. Za stvaranje osjećaja sigurnosti potrebna su tri osnovna preduvjeta: dobar odnos između djeteta, pratitelja i stomatološkoga tima; kontrola boli ili najmanji bolni podražaj; osjećaj kontrole nad situacijom (2). S roditeljima bi trebala biti uspostavljena dobra komunikacija, dobiti što više informacija o djetetu i njegovim navikama. Također se treba informirati o očekivanjima roditelja i dobiti njihovu suglasnost za suradnju zbog planiranja terapije. U slučaju da nije moguće uspostaviti dobar odnos s djetetom ili roditeljem, ponekad je poželjno prepustiti drugom terapeutu da odradi određeni tretman ili preuzme skrb o djetetu u cijelosti. Mlađa se djeca ne bi trebala odvajati od roditelja za vrijeme prvih posjeta stomatologu zbog fenomena separacijske anksioznosti koji može negativno utjecati na razinu općega stresa i imati negativni utjecaj na uspostavljanje komunikacije.

Zrelija djeca i adolescenti ne smiju se tretirati pretjerano zaštitnički čak i u slučaju da su njihovi stavovi i ponašanje provokativni. Pridržavanjem tih jednostavnih načela u inicijalnoj terapiji, pa i u sljedećim fazama rada s djetetom, pogoduje se stvaranju dobrog psihološkog okruženja u dentalnoj situaciji. Nefarmakološke metode kontrole i oblikovanja ponašanja i njihova uspješna primjena preduvjet su za produbljivanje odnosa terapeuta i pacijenta. One su mnogobrojne i često nisu primjenjive na svakoga pacijenta. Neke se rabe češće od drugih ili se međusobno isprepliću. Prilikom planiranja terapije i kontrole ponašanja potrebno je obratiti pozornost na razinu razumijevanja djeteta i na dobivanje roditeljeva pristanka za primjenu pojedinih metoda. Sljedeće metode koje će se spomenuti mogu se primjenjivati kod psihofizički zdrave djece i kod određenih medicinski kompromitiranih pacijenata. Također, neke od metoda mogu primjenjivati i roditelji u kućnim uvjetima uz prethodni dogovor s doktorom dentalne medicine.

3.1 TEHNIKE KOMUNIKACIJE

Reci, pokaži, učini (tell – show – do)

To je metoda za postupno uvođenje pacijenta u terapijski zahvat. Tretman se razdvaja na više pojedinih postupaka i svaki se korak objašnjava po principu „reci“ (*tell*) gdje se objašnjava o čemu se radi na pacijentu shvatljiv način, „pokaži“ (*show*) gdje se uspostavlja vizualni kontakt s objektom o kojem se govori, „učini“ (*do*) gdje dolazi do uspostavljanja tjelesnoga kontakta s objektom o kojem je riječ. Prije uspostavljanja tjelesnoga kontakta rad s instrumentom može se provesti na modelu, drugoj osobi ili predmetu. Ta metoda nema generalnih kontraindikacija, osim kod pacijenata koji nisu u mogućnosti razumjeti poput pacijenata s posebnim potrebama, jako male djece ili osoba s oštećenim vidom.

Kontrola glasa

Primjenjuje se kontrolirana promjena visine, dubine, ritma i jačine glasa kako bi se utjecalo na ponašanje pacijenta. Primjenom te tehnike moguće je pridobiti pažnju i suradnju pacijenta te eliminaciju negativnoga ponašanja. Potrebno je roditeljima objasniti svrhu te tehnike zbog moguće krive interpretacije prilikom njezine provedbe. Generalnih kontraindikacija nema osim kod pacijenata koji eventualno ne razumiju upute ili imaju posebne potrebe ili poremećaju sluha.

Odvlačenje pažnje

To je tehnika kojom se pacijentova pozornost usmjerava s neugodne situacije na neku ugodnu koja ne treba imati veze s ordinacijom dentalne medicine. Distrakcija osim verbalne može biti na bazi drugih osjeta poput gledanja crtanoga filma ili glazbe. Tom se tehnikom smanjuje percepcija neugodne situacije i izbjegava negativno ponašanje. Generalne kontraindikacije ne postoje, osim u slučajevima gdje se pozornost pacijenta ne može privući ili preusmjeriti, npr. kod male djece ili pacijenata s posebnim potrebama.

Pozitivno ojačanje

Kada je pozitivno ponašanje popraćeno pozitivnom stimulacijom, vjerojatnije je da će se ponoviti u sličnim okolnostima. U slučaju da se pozitivno ponašanje kod pacijenta nagradi, obično verbalno ili poklonom na kraju zahvata, radi se o poticaju na pozitivno ponašanje (*positive reinforcement*). Kada je u pitanju iskazivanje negativnoga ponašanja, prećeno uklanjanjem neugodnog stimulusa, radi se o uklanjanju uzroka negativnoga ponašanja (*negative reinforcement*). Negativno ojačanje ne treba uspoređivati s kažnjavanjem koje je primjena neugodnoga stimulusa kao reakcija na neodgovarajuće ponašanje. Primjer ojačanja ponašanja odlazak je roditelja iz ordinacije prilikom lošega ponašanja i povratak roditelja u slučaju dobrog ponašanja. Nema generaliziranih kontraindikacija osim kod male djece i djece s posebnim potrebama.

Neverbalna komunikacija

Jačanje i vođenje ponašanja kroz kontakt, držanje, govor tijela i izraz lica. Iako neverbalna komunikacija sama po sebi ne pripada tehnikama komunikacije, njezinom se primjenom pojačava učinkovitost drugih tehnika komunikacije i postiže veći osjećaj sigurnosti u pacijenta. Ne postoje generalne kontraindikacije za tu tehniku.

3. 2. TEHNIKE FIZIČKE PRISILE

Protektivna stabilizacija restriksijska je tehnika ograničavanja slobode pacijentova pokreta s pacijentovim pristankom ili bez pacijentova pristanka kako bi se smanjio rizik od povreda i omogućio siguran završetak terapije (7). Restrikcija može biti djelomična (usta, nos ili glava), potpuna (čitavo tijelo), može uključivati druge osobe (roditelji, stomatološki tim) ili može biti kombinacija navedenih postupaka. Primjena protektivne stabilizacije može uzrokovati ozbiljne posljedice fizičkoga ili psihičkoga karaktera, u pojedinim slučajevima može doći do gubitka dostojanstva ili povreda prava djeteta. Prije primjene te tehnike potrebno je dobiti suglasnost roditelja i tom im se prilikom objašnjavaju svrha i način na koji će se postupak izvesti. Kontraindikacije za primjenu te tehnike pacijenti su koji ne mogu biti stabilizirani zbog svoga općeg zdravstvenog stanja, koji imaju posljedice od prethodne psihičke ili fizičke traume uzrokovane stabilizacijom i u slučajevima kada su druge tehnike rada s pacijentom dostupne. Prilikom rada s pacijentom treba paziti da se omoguće optimalna respiracija i cirkulacija. Stabilizacija se prekida čim je zahvat završen ili u slučajevima kada pacijent doživi jak stres ili histerični napadaj kako bi se spriječila moguća fizička ili psihička trauma.

Ruka preko usta tehnika je koja izvrsno funkcionira u rukama vještog kliničara. Primjenjiva je u djece starije od tri godine koja nemaju poteškoća u razvoju a iskazuju prkosno ponašanje i odbijaju liječenje. Prije primjene tehnike potrebno je roditeljima objasniti postupak jer se smatra da metoda nije etična i estetska. Tehnika je brza, efikasna i neškodljiva. Primjenom te tehnike prkosno dijete postaje najbolji pacijent, uči surađivati te uspostavlja blizak odnos s doktorom dentalne medicine. U slučaju neprikladne primjene, primjerice u prestrašenog djeteta može doći do psihološke traume. Kontraindikacije za primjenu ove tehnike su prestrašeno dijete, poteškoće u razvoju i otežano nosno disanje.

3. 3. BIHEVIORALNE TEHNIKE

Bihevioralne tehnike vježbama postupno pripremaju dijete na stomatološki tretman. Prije svakog stomatološkoga zahvata potrebno je djeci oblikovati ponašanje, neovisno o senzibilnosti djeteta prema potencijalnom zahvatu. Većina se djece lagano i brzo prilagođava na tretman, ali s nekom je potrebno potrošiti više vremena i truda u pripremi za rad. Samo oblikovanje ponašanja osnova je za buduće prihvaćanje stomatološke terapije i suradnju. Problemi u ponašanju mogu se u velikoj mjeri prevenirati ako se u incijalnoj terapiji uloži dovoljno truda i vremena. Takvim pristupom dugoročno garantiramo suradnju s pacijentom i uspjeh terapije. Tehnike oblikovanja ponašanja može primijeniti bilo tko iz stomatološkoga tima, ali najbolje u slučajevima kada se radi priprema za restaurativni zahvat ili operativni tretman da terapeut koji izvodi zahvat provede i pripremu pacijenta.

Terapija postepenim izlaganjem (desenzibilizacijom) općenito je najprihvatljivija metoda oblikovanja ponašanja. Pacijent se postupno izlaže potencijalno anksiozno provokativnim čimbenicima pri čemu je svaki sljedeći intenzivniji i provokativniji (Tablica 6.). Djeca se izlažu takvim situacijama dok im se ne smanji razina postojećega straha i stimulus se prihvaća u opuštenom stanju. Najčešći podražaji kojima se provodi ta tehnika jesu nasadnik i instrumenti te injekcijska šprica za lokalni anestetik. Ta se tehnika često kombinira s tehnikom *reci, pokaži, učini* i imaju odličnu sinergiju u prevladavanju osjećaja straha i anksioznosti. Generalnih kontraindikacija nema osim u djece koja imaju problema s razumijevanjem (djeca s posebnim potrebama i mala djeca).

Tablica 6. Oblikovanje ponašanja tehnikom postepenog izlaganja

U stomatološkom stolcu samostalno ili s roditeljem	Profilaksa + fluoridacija lakom
	Klinički pregled
	Sjedenje u stomatološkom stolcu
Prije sjedanja u stomatološki stolac	Puhanje pusterom prvo po ruci pa potom u ustima
	Probno sondiranje nokta na prstu pa potom i zubu
	Pregled zrcalom
	Ulazak u ordinaciju dentalne medicine

Ponašanje prema uzoru temelji se na psihološkom načelu da ljudi uče o svome okruženju promatrajući druge ljude. Tu tehniku moguće je provesti uživo, primjerice nazočnošću pacijenta tijekom rada s drugim pacijentom. Idealno je ako je pacijent kojeg se promatra patio od dentalnoga straha. Drugi je načini promatranje videosnimke. Prilikom promatranja važno je naglasiti pacijentu da osoba koju promatra ima sličan status ili spol kao promatrač. Generalnih kontraindikacija nema, a korisna je kod većine pacijenata.

Stvaranjem osjećaja kontrole omogućuje se djetetu prividni stupanj kontrole nad ponašanjem i radom doktora dentalne medicine. Najčešće se koristi „stop“ signal u vidu podizanja ruke. Dokazano je da ovaj način pristupa snižava percepciju boli tijekom rutinskog stomatološkoga zahvata i davanja lokalne anestezije. Nema posebnih kontraindikacija.

Hipnoza je umjetno izazvano stanje svijesti u kojem osoba postaje sklonija sugestiji. Hipnozom se koristimo kod pacijenata koji mogu komunicirati. Nema posebnih kontraindikacija za njezinu primjenu. Hipnozu provodi stručna osoba.

Strategija restrukturiranja pamćenja koristi se da se stvaraju pozitivna sjećanja na stomatološku terapiju. Koristi se kod pacijenata koji su sposobni komunicirati i nema posebnih kontraindikacija.

Kontrolirano multisenzorno okruženje tehnika je koja je originalno razvijena za tretman osoba s autizmom i poremećajima razvoja. Pacijent je smješten u sobu umirujućeg i stimulirajućeg okruženja gdje se prenose podražaji u vidu boja, zvukova ili glazbe; za stimulaciju odgovarajućih osjetila. Bez posebnih kontraindikacija je, a korisna je kod djece koja su sposobna komunicirati.

4. KONTROLA PONAŠANJA SEDACIJOM

Većina djece nastoji ostvariti suradnju s doktorom dentalne medicine i sklona su kooperativnom ponašanju. Nažalost, jedan broj pacijenata ima neki oblik nekooperativnog ponašanja koji onemogućuje rad s djetetom i provedbu terapije. U slučajevima da prijašnje nabrojane kontrole ponašanja nisu uspješne, pristupa se farmakološkim metodama premedikacije i sedacije.

Sedacija je postupak koji u najmanjoj mogućoj mjeri deprimira središnji živčani sustav s ciljem smirenja pacijenta prije zahvata. Cilj je sedacije kontrola nekooperativnoga pacijentova ponašanja, omogućiti kvalitetnu stomatološku skrb i izazvati pozitivan psihološki odgovor na liječenje i sigurnost pacijenta (8). Tipične su indikacije za sedaciju nezrelost za tretman, strah, medicinski kompromitirani pacijenti, stres uzrokovan tremanom, oralno kirurški zahvati, povećani refleksi na povraćanje i poremećaji mišićnoga tonusa. Kontraindikacije su opstrukcije dišnih putova, alergije na lijekove i psihotična stanja. Za određivanje indikacije primjene sedacije potrebno je poznavanje klasifikacije Američkoga udruženja anesteziologa prema kojoj se vrši evaluacija fizičkoga statusa pacijenta (Tablica 7.).

Tablica 7. Klasifikacija fizičkoga statusa Američkoga udruženja anesteziologa (1)

Stupanj	Fizički status
I.	zdravi pacijent bez sistemskih oštećenja ili poremećaja
II.	pacijent s blagim ili umjerenim sistemskim poremećajem
III.	pacijent s jakim oštećenjem bilo koje etiologije koja znači ograničenje i nemogućnost funkcioniranja
IV.	pacijent s jakim sistemskim oštećenjem koje je stalna prijetnja životu
V.	umirući pacijent koji nema izgleda za preživljavanje
VI.	pacijent kod kojeg je utvrđena moždana smrt

Oralna sedacija u dugogodišnjoj je praksi bila najčešći oblik sedacija pacijenta koji se u zadnje vrijeme sve rjeđe rabi zbog prednosti koje imaju inhalacijska i intravenska sedacija (9). Najčešće se rabe benzodiazepini (specifičnije u novije vrijeme midazolam) koji su velika skupina lijekova slučajno otkrivena 1961. i ubrzo nakon toga zamijenila hipnotike i sedative prije primjenjivane u terapijama (10). Jednostavno se primjenjuju i relativno su siguran način sedacije.

Rektalna sedacija najčešće se primjenjuje kod predškolske djece, najčešće djece mlađe od tri godine kod kojih se primjenjuju rektalni pripravci diazepama (11). Brza apsorpcija u rektalnoj sluznici izaziva najveću moguću koncentraciju u krvi već nakon deset do pentaest minuta.

Inhalacijska sedacija sve se češće koristi u današnje vrijeme sa svrhom postizanja kooperabilnosti pacijenta i umanjivanjem straha i anksioznosti (12). Sedacija dušičnim oksidulom u kombinaciji s kisikom najbolji je izbor s kojim se postižu sedacija i određeni stupanj analgezije s očuvanim laringealnim refleksom. Svijest pacijenta i sposobnost komunikacije očuvani su.

Intravenska sedacija danas je najčešće korištena tehnika sedacije. Prednosti su te tehnike sedacije brzo postizanje učinka, precizno doziranje, ekonomičnost i kratak period oporavka. Željeni i neželjni učinci nastupaju vrlo brzo i zato je neophodno da tu vrstu sedacije provode samo kvalificirane osobe. Poželjno je da dijete bude natašte prije sedacije, zbog toga se obično takva vrsta postupka provodi ujutro. Najčešće se primjenjuju diazepam i midazolam. Intravenskom primjenom dobiva se trostruki učinak: djelomična ili potpuna amnezija, mišićna relaksacija i smanjenje straha i anksioznosti. Nakon postignutoga zadovoljavajuće razine sedacije primjenjuje se lokalni anestetik i započinje se stomatološka terapija. Faza oporavka počinje nakon završetka stomatološke terapije i pacijent provodi vrijeme do potpunoga oporavka pod nadzorom liječnika ili medicinske sestre.

5. RASPRAVA

U formiranju djeteta kao pacijenta doktor dentalne medicine ima veliku ulogu i dostupni su mu razni alati i načini kako da postigne suradnju s djetetom i adekvatnu razinu oralnoga zdravlja. Preporuča se da dijete dođe doktoru dentalne medicine što ranije, tijekom nicanja mliječnih zubi zbog izbjegavanja traumatizirajućih i bolnih stomatoloških zahvata, gdje će se moći primijeniti bihevioralne tehnike u vidu desenzibilizacija postupnim izlaganjem sve stresnijim i traumatičnijim zahvatima. Na početka razgovorom ili komunikacijom (ovisno koliko je moguće zbog starosti djeteta), upoznavanjem terapeuta, djeteta i roditelja. Važan čimbenik u tome periodu igra dobra komunikacija i edukacija roditelja zbog sprječavanja pojave karijesa koji obično dovodi do traumatičnih iskustava i gubitka zuba. Preko igranja s pusterom i instrumentima te upoznavanjem sa stomatološkim timom i ordinacijom, sve do samoga sjedanja u stomatološki stolac s roditeljem ili bez roditelja i provođenjem kliničkoga pregleda. Potom se pristupa profilaktičkim radnjama poput pečaćenja i čišćenja zuba. Nakon više pozitivnih i netraumatskih iskustava dijete bi trebalo imati dobar odnos i suradnju sa stomatologom što uvelike olakšava daljnji rad i umanjuje potencijalno nekooperabilno ponašanje i potrebu uporabe drugih tehnika za kontrolu ponašanja. Nažalost, u neke djece strah postoji otprije i potrebno je mnogo rada i vremena te primjenjivanje različitih tehnika da bi se ostvarila suradnja i ostvarila pomoć djetetu. U slučajevima kada uz sve napore doktora dentalne medicine niti jedan pristup komunikacijom ili bihevioralnom tehnikom nije urodio plodom, trebalo bi se uz dogovor s roditeljima pristupiti nekoj od tehnika sedacije ili, kao krajnjoj mjeri, tehnici fizičke prisile. Tehnike sedacije sve se češće primjenjuju s dobrim rezultatima, ali bi se, prema mome mišljenju, također u najvećoj mogućoj mjeri trebale izbjegavati kao i sve ostale situacije gdje je potrebna primjena medikamenata.

6. ZAKLJUČAK

Kontrola ponašanja djeteta temelji se na znanstvenim principima. Pravilna provedba kontrole ponašanja zahtijeva razumijevanje i pravilnu primjenu tih načela. Kontrola ponašanja više je od čiste znanosti i zahtijeva komunikacijske vještine, empatiju, edukaciju, toleranciju, fleksibilnost i aktivno slušanje.

Ciljevi su kontrole ponašanja uspostava komunikacije, ublažiti anksioznost, isporučiti adekvatnu stomatološku skrb, izgraditi odnos povjerenja između doktora dentalne medicine, djeteta, roditelja i graditi pozitivan stav djeteta prema oralnome zdravlju.

Roditelji također mogu u dosta velikoj mjeri utjecati na ponašanje svoje djece. Edukacija roditelja prije posjeta stomatologu njihova djeteta može biti korisno i promicati pozitivno stomatološko iskustvo.

Potrebno je procijeniti hitnost stanja situacije u usnoj šupljini. Odgoda ili izmjena rutinske terapije ponekad može biti potrebna dok se ne ostvari odgovarajuća kontrola ponašanja i omogući primjerena stomatološka skrb.

Sve odluke u vezi s primjenom tehnika kontrole ponašanja moraju se temeljiti na procjeni rizika što dobivamo, a što gubimo određenim putem. Kao dio procesa dobivanja informiranoga pristanka u vezi s uporabom neke od tehnika kontrole ponašanja potrebno je objasniti s razumijevanjem roditeljima postupke i dobiti njihovo odobrenje.

Osoblje mora surađivati s doktorom dentalne medicine i podržavati ga u naporima i pružiti djetetu i roditeljima ugodno okruženje u kojem će se olakšati kontrola ponašanja i posjet završiti s pozitivnim iskustvom.

Kontrola boli tijekom stomatoloških zahvata ključna je za uspješnu kontrolu ponašanja i jačanje pozitivnih stomatoloških stavova za buduće posjete. Slušanje djeteta i promatranje ponašanja na prvi znak nevolje bit će od pomoći u utvrđivanju problema i olakšavanju izbora pravilne tehnike za kontrolu ponašanja.

7. LITERATURA

1. Jurić H, urednik. Dječja dentalna medicina. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2015. 512 p.
2. Koch G, Paulsen S, urednici. Pedodoncija : Klinički pristup. Zagreb: Naklada Slap; 2004. 482 p.
3. Berggren U, Meynert G. Dental fear and avoidance: causes, symptoms and consequences. J Am Dent Assoc. 1984;109:247-251.
4. Pinkham JR, Casamassimo PS, Fields HW, McTigue DJ, Nowak AJ. Pediatric dentistry : Infancy through adolescence. 4th ed. St. Louis: Elsevier Saunders; 2005. 750 p.
5. Beloica D. Dečja stomatologija. Beograd: Elit Medica; 2003. 354 p.
6. McDonald RE, Avery DR, Dean JA. Dentistry for the child and adolescent. 9th ed. St. Louis: Mosby; 2011. 704 p.
7. Roberts JF, Curzon ME, Koch G, Martens LC. Review: behaviour management techniques in paediatric dentistry. Eur Arch Paediatr Dent. 2010;11(4):166-74.
8. Espíndola AD, Alves VK, Sucasas CP, Rezende CL. Moderate sedation helps improve future behavior in pediatric dental patients : a prospective study. Brazilian Oral Research [Internet]. 2016 [cited 2017 June 27];30(1):[about 9 p.]: Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242016000100304&lng=en. Epub Oct 24, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0107>.
9. Rosenberg M. Oral Midazolam syrup as a safe sedative for pediatric dentistry. Dental News. 2000;7(3):69-71.
10. Catalan J, Gath DH. Benzodiazepines in general practice : time for decision. Br Med J. 1985;290:1374.
11. Jensen B, Schröder U, Mansson U. Rectal sedation with diazepam or midazolam during extractions of traumatized primary incisors: a prospective, randomized, double-blind trial in Swedish children aged 1,5- 3,5 years. Acta Odontol Scand. 1999;57:190-4.

12. Hallonsten A-L. Nitrous oxide- oxygen sedation in dentistry: Academic thesis. Swed Dent J Suppl. 1982;14:5-44.

8. ŽIVOTOPIS

Jurica Rotim rođen je 14. prosinca 1989. godine u Zagrebu gdje je završio Osnovnu školu Matka Laginje i srednju školu Zdravstveno učilište. Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu upisao je u akademskoj godini 2007./2008. Tijekom studiranja član je kluba Rotaract Zagreb-Sesvete. Ljubitelj je automobilizma i motociklizma.