

Kontrola ponašanja djeteta u ordinaciji dentalne medicine

Milanović, Marija

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Pula / Sveučilište Jurja Dobrile u Puli**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:137:367813>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-17**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository Juraj Dobrila University of Pula](#)



Sveučilište Jurja Dobrile u Puli
MEDICINSKI FAKULTET PULA
Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

MARIJA MILANOVIĆ

KONTROLA PONAŠANJA DJETETA U ORDINACIJI
DENTALNE MEDICINE

Završni rad

Pula, 2020.

Sveučilište Jurja Dobrile u Puli
MEDICINSKI FAKULTET PULA
Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

MARIJA MILANOVIĆ

**KONTROLA PONAŠANJA DJETETA U ORDINACIJI DENTALNE
MEDICINE**

Završni rad

JMBAG: 0303078670, izvanredni student

Studijski smjer: Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

Predmet: Zdravstveni odgoj s metodama učenja i poučavanja

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

Mentor: izv. prof. dr. sc. Željko Jovanović, dr. med.

Pula, 2020.



IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Ja, dolje potpisani Marija Milanović, kandidat za prvostupnika sestrinstva ovime izjavljujem da je ovaj Završni rad rezultat isključivo mogega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio Završnog rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz kojega necitiranog rada, te da ikoji dio rada krši bilo čija autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Student 

U Puli, 05.09.2020 godine



IZJAVA
o korištenju autorskog djela

Ja, Marija Milanović dajem odobrenje Sveučilištu Jurja Dobrića u Puli, kao nositelju prava iskorištavanja, da moj završni rad pod nazivom Kontrola ponašanja djeteta u ordinaciji dentalne medicine

koristi na način da gore navedeno autorsko djelo, kao cjeloviti tekst trajno objavi u javnoj internetskoj bazi Sveučilišne knjižnice Sveučilišta Jurja Dobrića u Puli te kopira u javnu internetsku bazu završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice (stavljajući na raspolaganje javnosti), sve u skladu s Zakonom o autorskom pravu i drugim srodnim pravima i dobrom akademskom praksom, a radi promicanja otvorenoga, slobodnoga pristupa znanstvenim informacijama.

Za korištenje autorskog djela na gore navedeni način ne potražujem naknadu.

U Puli, 05.09.2020. (datum)

Potpis

Sadržaj:

1. UVOD	3
2. KARAKTERISTIKE PSIHIČKOG RAZVOJA DJETETA	5
2.1. Psihički razvoj djeteta u prve tri godine života.....	5
2.2. Psihički razvoj djeteta od treće do šeste godine života.....	6
2.3. Psihički razvoj djeteta od šeste do dvanaeste godine života.....	6
2.4. Psihički razvoj djeteta od dvanaeste do osamnaeste godine života.....	7
3. DENTALNI STRAH I ANKSIOZNOST	8
3.1. Definicija dentalnog straha i anksioznosti.....	8
3.2. Etiologija dentalnog straha i anksioznosti.....	9
4. PONAŠANJE I PROBLEMI U PONAŠANJU DJECE U ORDINACIJI DENTALNE MEDICINE	10
4.1. Formiranje ponašanja djeteta u ordinaciji dentalne medicine.....	13
4.2. Uloga roditelja u formiranju djetetovog ponašanja.....	14
5. KONTROLA PONAŠANJA DJETETA U ORDINACIJI DENTALNE MEDICINE	17
5.1. Nefarmakološke metode kontrole ponašanja.....	17
5.1.1. Tehnike komuniciranja.....	17
5.1.2. Tehnika fizičke prisile.....	18
5.1.3. Bihevioralne metode.....	19
5.2. Farmakološke metode kontrole ponašanja.....	20
5.2.1. Predtretmanska kontrola boli.....	20
5.2.2. Kontrola boli za vrijeme tretmana.....	20
5.2.3. Posttretmanska kontrola boli.....	21
6. ZAKLJUČAK	22
7. LITERATURA	24
SAŽETAK	28

Popis kratica:

DSA - Dentalni strah i anksioznost

1. UVOD

Dječja dentalna medicina može biti vrlo uzbudljivo ali i zahtjevno područje rada. Briga za oralno zdravlje djece započinje od najranijeg djetinjstva, od najmlađih bezubih pacijenta, preko malo starijih pacijenata s mliječnom i mješovitom denticijom, pa sve do kraja rasta i razvoja stomatognatskog sustava, odnosno do kraja adolescencije. Nekada se smatralo da prvi posjet ordinaciji dentalne medicine treba biti između treće i četvrte godine djetetovog života, danas je preporuka da bi dijete trebalo posjetiti ordinaciju već oko prvog rođendana, obavezno prije pojave problema sa zubima i potrebom za dentalnim liječenjem (1,2). Svrha ranih pregleda je privikavanje djeteta na posjete ordinaciji dentalne medicine kada još uvijek ne postoji potreba za dentalnim intervencijama, koje potencijalno mogu biti bolne i neugodne, te na taj način mogu doprinijeti pojavi straha i anksioznosti kod djeteta i razvijanju nepoželjnog načina ponašanja. Prilikom prve posjete ordinaciji uspostavlja se inicijalni kontakt djeteta i roditelja s dentalnim timom, dijete se upoznaje s prostorom ordinacije i njezinim sadržajem, te kroz igru i zabavu stječe pozitivna iskustva.

Prilikom rada s djecom vrlo je važno poznavati i uvažavati njihov psihosocijalni razvoj te način rada posebno prilagoditi svakom djetetu, kako bi se izbjegao dodatni stres kako za dijete tako i za cijeli dentalni tim. Mnogi pacijenti, bez obzira na dob, osjećaju strah i anksioznost prilikom posjete ordinaciji dentalne medicine, pri čemu su ona većinom posljedica neugodnih iskustava iz najranije mladosti. Kod onih najmlađih, novo okruženje, novi mirisi i zvukovi, te nepoznate osobe mogu izazvati neugodne osjećaje, stoga je zadatak cijelog dentalnog tima stvaranje ugodnog i prijateljskog okruženja prilikom posjeta. Time će se eliminirati uzroci nastanka dentalnog straha i anksioznosti i oblikovati poželjno ponašanje kod djeteta, tako da ono bude suradljivo i stekne puno povjerenje (1,3). Razina strpljenja i suradnje kod djece može biti vrlo umanjena, stoga je prilagođeni pristup i ograničavanje trajanja dentalnog tretmana od neizmjerne važnosti prilikom rada s djecom.

Na način ponašanja djeteta u ordinaciji dentalne medicine, osim dobi, veliku ulogu ima i tip roditeljstva, kultura u kojoj dijete živi, socijalna očekivanja, njegovo opće zdravlje, temperament itd., te sve to treba uzeti u obzir prilikom rada s djecom.

Važan i neizostavan dio planiranja tretmana kod djece u ordinaciji dentalne medicine je kontrola ponašanja djeteta. Ponašanje djeteta prilikom posjete ordinaciji može biti

problematično. Ovisno je li primjena metoda kontrole ponašanja djeteta bila uspješna ili neuspješna, posljedično utječe i na samu uspješnost planiranja, izvođenja i daljnju prognozu tretmana (1,4).

Cilj ovog rada je analizirati razloge koji određuju djetetovo ponašanje i čimbenike koji doprinose pojavi dentalnog straha i anksioznosti, te pobliže objasniti različite metode za kontrolu ponašanja djece prilikom posjete ordinaciji dentalne medicine. Oralno zdravlje jedan je od hrvatskih javnozdravstvenih prioriteta, a metode zdravstvenog odgoja mogu dati važan doprinos njegovu očuvanju i unaprjeđenju od najranije do zrele životne dobi.

2. KARAKTERISTIKE PSIHIČKOG RAZVOJA DJETETA

Posjet ordinaciji dentalne medicine može se očekivati od djece u različitim fazama psihičkog razvoja, od djetetovog rođenja pa do punoljetnosti, stoga je važno poznavati razvojne faze kako bi se pristup djetetu mogao prilagoditi njegovom stupnju razvoja u svrhu pridobivanja djetetovog povjerenja i uspješnosti dentalnog tretmana.

2.1. Psihički razvoj djeteta u prve tri godine života

Prema najnovijim saznanjima poznato je da je već novorođenče u potpunosti sposobno osjetiti dodir, promjene tjelesnog položaja i bol. Mussen i suradnici navode da tijekom prve godine života dijete prolazi kroz četiri glavne faze kognitivnog razvoja i tu spadaju povećanje memorije, prepoznavanje informacija, sposobnost kategorizacije i percepcija (1). Između četvrtog i desetog mjeseca djetetovog života počinje emocionalno buđenje. Dojenčad općenito može izražavati strah, kao i osjećaj ljutnje i frustraciju. Strah od odvajanja počinje se javljati oko šestog mjeseca života, a već oko sedmog mjeseca i strah od neznanaca. U ovom razdoblju djetetovo ponašanje može varirati od blagog negodovanja pa sve do demonstrativnog neodobravanja pregleda i dodirivanja usne šupljine (1,5-7). U drugoj godini života, koja se naziva još i oralnom fazom, dijete upoznaje svijet stavljajući predmete koji mu dođu pod ruku u usta te u ovoj fazi često liže i grize instrumente prilikom pregleda usne šupljine. U ovoj dobi dijete počinje slagati riječi u rečenice i sklono je verbalno negodovati zbog pregleda, te izrazima lica neverbalno pokazivati svoje nezadovoljstvo nepoznatom situacijom i ljudima. Prilikom prve posjete ordinaciji dentalne medicine dijete se boji nepoznatog. Po prvi put se susreće s novim prostorom, mirisima i zvukovima. Ovdje veliku ulogu može imati majka koja će smiriti dijete, smanjiti mu osjećaj straha i doktora prezentirati kao osobu od pomoći kako bi se kod djeteta razvilo povjerenje. Majka ili neka druga osoba u koju dijete ima povjerenje može sjesti na stolicu i dopustiti djetetu da sjedne u krilo te mu na taj način pružiti dodatnu potporu. U ovom razdoblju može se započeti s provođenjem preventivnih postupaka u svrhu sprječavanja nastanka karijesa i navikavanja djeteta na dentalne intervencije (8-13).

2.2. Psihički razvoj djeteta od treće do šeste godine života

U predškolskom razdoblju javljaju se mnoge emocionalne, spoznajne i socijalne promjene. Samostalnost i komunikacija sa okolinom se poboljšava, razvija se samodisciplina te dolazi do emocionalnog razvoja kontrole, samokontrole i prilagodbe. Razvijaju se osjećaji prijateljstva i odbojnosti kao i krivnje i tjeskobe, te su moguća iskazivanja agresije u situacijama kada dijete nije u stanju postići samokontrolu. U ovom periodu djeca veoma pozitivno reaguju na prezentiranje nagrade za određeno ponašanje (1,5-7). U ovoj dobi moguće je uspostavljanje odnosa povjerenja između djeteta i doktora dentalne medicine te obavljanje prvih dentalnih tretmana. Najveći strah djece je onaj od doživljaja boli, stoga je potreban poseban oprez prilikom obavljanja tretmana koji mogu izazvati bol, kao i kod upotrebe potencijalno zastrašujućih predmeta, primjerice igle, šprice, turbine i sl. U ovom periodu razvija se mogućnost obavljanja dvije radnje istovremeno. Dijete je u stanju mirno sjediti na stomatološkoj stolici i istovremeno držati usta otvorenim, ali mu je sposobnost koncentracije ograničena na svega petnaestak minuta. Dijete ove dobi je vrlo zaigrano i pričljivo što se može iskoristiti za skretanje pažnje prilikom obavljanja tretmana. Posebno mu je važno da njegovo ponašanje bude pohvaljeno i nagrađeno (8,9,11-13). U tu svrhu ordinacije se mogu opskrbiti pohvalnicama za hrabrost i prigodnim igračkama koje mogu poslužiti kao nagrada za uspješno odrađeni tretman.

2.3. Psihički razvoj djeteta od šeste do dvanaeste godine života

Školsko dijete se sve više osamostaljuje i socijalizira, razvija se želja za pripadanjem i stvaranjem prijateljstva te se razvija poštovanje prema starijim osobama. U ovom periodu djeca počinju osvještavati svoj vanjski izgled koji im postaje izuzetno bitan, kao i vršnjačko prihvaćanje. Ukoliko postoje problemi sa zubima, primjerice karijesi ili malokluzije, djeca u ovom periodu sama počinju tražiti da se to riješi. Emocionalna kontrola i samokontrola postaju naprednija u odnosu na prijašnja razvojna razdoblja (1,5-7). Dijete se trudi kontrolirati svoj strah u neugodnoj situaciji i nastoji sve to što bolje prebroditi. I u ovoj dobi djetetovo ponašanje je orijentirano prema osjećaju straha i nepovjerenja, ali uz pridobiveno djetetovo povjerenje i veliku dozu strpljenja i ohrabivanja dentalni tretman se može uspješno odraditi do kraja (8,9,12,13).

2.4. Psihički razvoj djeteta od dvanaeste do osamnaeste godine života

Period puberteta i adolescencije je karakteriziran burnim psihološkim promjenama zbog utjecaja hormonalnih aktivnosti. Javljaju se osjećaji neodlučnosti, uznemirenosti i nezadovoljstva samim sobom i vlastitim izgledom. Ukoliko je doživljaj vlastitog tijela iskrivljen osobni identitet adolescenta i njegovo samopouzdanje mogu biti ozbiljno ugroženi, te im je stoga potrebna podrška i razumijevanje okoline (1,5-7). Adolescenti većinom imaju smanjenu sposobnost kontrole bijesa, pa su stoga mogući agresivni ispadi i prilikom posjete ordinaciji dentalne medicine. Kako bi rad sa adolescentima bio što uspješniji vrlo je važno pokušati razumjeti njihove emocionalne reakcije i naoružati se strpljenjem (8-10,12).

3. DENTALNI STRAH I ANKSIOZNOST

3.1. Definicija dentalnog straha i anksioznosti

Osjećaj straha je jedan od osnovnih mehanizama za preživljavanje. Strah je definiran kao neugodno psihičko iskustvo koje se javlja prilikom suočavanja sa stvarnim prijetnjama vanjskih opasnosti, uz osjećaj ugroženosti vlastitog života ili tjelesnog integriteta (1,14,15). Kod nepostojanja opasnosti neće se ni manifestirati emocija straha. Strah kod djece nije nepoznato iskustvo i javlja se već u prvim mjesecima života. Prilikom realnih prijetnji umjerena reakcija na strah je normalna (1,16). Anksioznost je definirana kao psihološka, odnosno biološka reakcija na opasnost i često je u disproportiji u odnosu na realnu prijetnju (1,14,15). Formiranje djeteta u odraslog pacijenta uvelike je uvjetovana iskustvima iz rane mladosti. Prilikom pojave početnog oblika anksioznosti kod posjeta ordinaciji dentalne medicine može doći do izbjegavanja ili odgađanja dentalnog tretmana, što u konačnici može dovesti do razvoja odontofobije i zanemarivanja oralnog zdravlja, stoga je pristup djetetu od prve posjete ordinaciji posebno važan (16). Ordinacije dentalne medicine zbog svojih sadržaja visoko kotiraju kao grupni stimulans, te često dolazi do specifične vrste emocionalnih reakcija; dentalnog straha i dentalne anksioznosti. Dentalni strah je specifičan oblik straha od boravka u ordinaciji dentalne medicine, primanja dentalnih tretmana, svega onoga šta se nalazi u ordinaciji, doktora dentalne medicine, dentalne asistentice itd. Ovaj specifični oblik straha vezan je uz konkretan objekt uz odgovarajuću emocionalnu reakciju na vanjsku prijetnju i ona se smatra normalnom reakcijom na prijeteći sadržaj. U slučaju izostanka stimulanisa i sama manifestacija straha će izostati. Za razliku od straha, dentalna anksioznost je nespecifična generalizirana odbojnost prema boravku u ordinaciji dentalne medicine, primanju dentalnih usluga, doktoru dentalne medicine, dentalnom timu itd. (1,17). Ona nije vezana za određeni objekt, ona predstavlja nespecifičan osjećaj straha, vezan uz nesvakidašnji predstojeći događaj. Prilikom same pomisli na određeni stimulans javlja se dentalna anksioznost. Kada govorimo o dentalnom strahu i dentalnoj anksioznosti govorimo o zajedničkom pojmu označenom kao dentalni strah i anksioznost (DSA) zbog njihove međusobne usporedivosti i istovjetnosti (1,18).

3.2. Etiologija dentalnog straha i anksioznosti

Postoje dvije skupine podražaja odgovorne za pojavu DSA. Jedne imaju izravan doprinos njihovom javljanju i one su vezane za sam dentalni tretman, tim u ordinaciji dentalne medicine i samu ordinaciju, te one druge koji imaju neizravan doprinos i tu ubrajamo dob, spol, karakter pacijenta, njegov općeniti strah, ponašanje, razumijevanje, prisutnost nekih drugih medicinskih dijagnoza, kultura i tradicija nekog područja itd. (1,3,19). Čimbenici za nastanak DSA kategorizirani su s obzirom na invazivnost dentalnog tretmana, te tu govorimo o invazivnim čimbenicima (ekstrakcija zuba, brušenje zuba upotrebom turbine, primjena anestezije i dr.) i neinvazivnim čimbenicima (dentalni pregled, odstranjivanje tvrdih i mekih naslaga, fluoridacija i dr.) (1,17,20).

Etiološki čimbenici u pojavnosti dentalne anksioznosti te samim time i problema u ponašanju mogu se podijeliti na tri osnovne grupe:

1. Osobne čimbenike: dob, osobnost i temperament, općeniti strah;
2. Vanjske čimbenike: odgoj, etnička skupina, socijalni status, dentalni strah i anksioznost roditelja ili skrbnika;
3. Dentalne čimbenike: osoblje u ordinaciji dentalne medicine, prisutnost boli itd. (16).

4. PONAŠANJE I PROBLEMI U PONAŠANJU DJECE U ORDINACIJI DENTALNE MEDICINE

S obzirom na dob reakcija i ponašanje djeteta je veoma specifično i uključuje niz različitih akcija i reakcija prilikom posjete ordinaciji dentalne medicine. Osim dobi važnu ulogu ima i tip roditeljstva, kultura u kojoj dijete živi, socijalna očekivanja, opće zdravlje, temperament djeteta itd. Razlikujemo pet osnovnih tipova djece i njihova ponašanja prilikom posjete ordinaciji dentalne medicine:

1. Djeca s normalnim ponašanjem – tu ubrajamo djecu s normalnim, očekivanim i uobičajenim ponašanjem s obzirom na njihovu dob i okruženje. Javlja se strah i nepovjerenje prema nepoznatom, ali i želja za istraživanjem. O stavu osoblja ovisi formiranje stava djeteta.

2. Djeca sa suzdržanim ponašanjem – to su djeca koja su mirna i suzdržana, teže uspostavljaju kontakt, slabije komuniciraju, te traže roditeljsku pomoć i potporu. Ovakva djeca su u stanju podnijeti čak i bolan dentalni tretman bez protesta, stoga je vrlo važno pripaziti da se ne prijeđe granica djetetove trpeljivosti i dovede u situaciju da dijete odbija daljnju suradnju.

3. Djeca s pretencioznim ponašanjem – za razliku kada su sami ili u prisustvu svojih roditelja i kada njihovo ponašanje može biti razmaženo i zahtjevno prilikom rada, kada su u skupini i pred publikom ova djeca imaju potrebu za isticanjem i dokazivanjem i tada su vrlo hrabra. Ona mogu služiti kao savršeni primjer rada za djecu s problemima u ponašanju.

4. Uplašena djeca – ova djeca su nesuradljiva, nepovjerljiva i u strahu, često uplakana i traže potporu i pomoć roditelja. Većinom dolaze s već formiranim stavom zbog prijašnjeg lošeg iskustva, bilo osobnog ili prepričanog od strane drugih.

5. Buntovna djeca – ovaj tip djece je najnepovoljniji za rad. Ona su razmažena i roditelji im većinom popuštaju u svemu, a pritom nemaju nikakav autoritet nad njima. Naviknuti da im se ispunjavaju sve želje, nedisciplinirani su i žele imati glavnu riječ. Prilikom posjete ordinaciji često su u pratnji većeg broja članova obitelji, negoduju, naređuju, mogu imati i histerične ispade, mahati rukama i nogama, otimati se, valjati po podu. Ponekad od pomoći u ovakvim situacijama može biti udaljavanje dijela ili cijele pratnje iz ordinacije (1,21).

Za procjenu djetetovog ponašanja tijekom posjete ordinaciji dentalne medicine postoje posebno osmišljene skale za tu namjenu. Danas se najčešće koriste Franklova ljestvica ponašanja iz 1962. godine i Kategorija ponašanja po Wrightu iz 1975. godine (8). Nakon procjene dobiveni rezultati se upisuju u zubni karton pacijenta.

Franklova ljestvica ponašanja kategorizira dijete u jednu od četiri moguće skupine:

1. Jasno negativno ponašanje – sam naziv sugerira da se radi o djetetu koje jasno pokazuje da nije raspoloženo za suradnju, demonstrativno odbija predloženi tretman i nakon razgovora i nakon detaljnog objašnjenja šta će se raditi. Takvo dijete pokazuje ekstremni strah, pruža veliki otpor i histerično plače.

2. Lagano negativno ponašanje – dijete u ovoj skupini je nesuradljivo i suzdržano te se i dalje protivi dentalnom tretmanu, ali u manjoj mjeri, pa je puno pristupačnije za suradnju. DSA i plač su prisutni, ali u manjem opsegu.

3. Lagano pozitivno ponašanje – dijete iz ove skupine je raspoloženo za suradnju, ali uz dozu rezerviranosti. Dopušta odrađivanje planirane intervencije, iako je sklon zapitkivanju i odugovlačenju njegovog odrađivanja.

4. Jasno pozitivno ponašanje – ovakvo dijete je suradljivo, dopušta odrađivanje dentalnog tretmana, nema prisutan DSA, uspostavljena je dobra komunikacija, raspoloženo je, smije se i zabavlja ga nova situacija (8,13).

Kategorija ponašanja po Wrightu svrstava dijete u jednu od tri moguće kategorije:

1. Kooperativno ponašanje – u ovu skupinu spadaju djeca koja nakon razgovora i objašnjenja planirane terapije razumiju i prihvaćaju tretman te slijede dobivene upute. Ova kategorija naziva se još i potencijalno kooperativno ponašanje jer ovisno o pripremljenosti djeteta na planirani tretman pozitivno ponašanje se može zadržati ili pogoršati. Stoga je izrazito važno djetetu detaljno objasniti što se planira raditi na njemu razumljiv način (8,13).

2. Manjak kooperativne sposobnosti – u ovu skupinu svrstavaju se djeca sa slabije razvijenim komunikacijskim vještinama, primjerice vrlo mala djeca i djeca sa psihičkim i fizičkim poteškoćama u razvoju, te se njihovo ponašanje može manifestirati u obliku šutnje, bijega sa stolice, ignoriranjem i plakanjem. Ova kategorija se naziva još i prekooperativna, jer ukoliko se radi o malom djetetu bez

psihofizičkih zastoja u razvoju, uz ispravnu primjenu metoda za kontrolu ponašanja, takvo se dijete može preoblikovati iz nekooperativnog u kooperativno (8,13,22).

3. Potencijalno nekooperativno ponašanje – ovdje spadaju djeca sa izraženim DSA te odbijaju suradnju. Ova kategorija se dijeli u nekoliko potkategorija:

- a. Nekontrolirano (histerično) ponašanje – ovakva vrsta ponašanja primjećuje se kod djece između prve i treće godine života, podjednako kod djevojčica i dječaka. Ponašanje ovakvog djeteta može biti vrlo promjenjivo, ono može jecati ili histerično plakati i vrištati, otimati se, udarati osobe oko sebe, bacati predmete te iz protesta zadržavati dah. Ovakvo ponašanje se često prihvaća kao normalna faza odrastanja, ali ono je najčešće pokazatelj problematičnog ponašanja. Dijete je frustrirano, boji se okruženja u kojem se nalazi, te na ovaj način pokušava privući pažnju na sebe (8,13,23).
- b. Prkosno (tvrdoglavo) ponašanje – ovakvo ponašanje naziva se još i razmaženo ponašanje. Sindrom razmaženog djeteta definiran je kao način ponašanja koje je sebično, egocentrično i nezrelo kao neuspjeh roditeljskog odgoja. Dijete ne poštuje autoritet doktora, odbija suradnju, čvrsto stišće usta te odbija uspostavljanje vizualnog kontakta. Uzrok ovakvom ponašanju mogu biti emocionalni problemi i problemi u obitelji, te je važno, uz objašnjenje uzroka problema, pružiti roditeljima potporu za primjenu metoda za kontrolu ponašanja (8,13,24).
- c. Plašljivo ponašanje – obično se javlja prilikom prve djetetove posjete ordinaciji dentalne medicine. Novo okruženje, nepoznate osobe, novi mirisi i zvukovi izazivaju pojavu straha kod djeteta. Od velike je važnosti pristupiti djetetu na smiren i pažljiv način kako bi se izbjeglo stvaranje DSA te se time razvila uspješna suradnja između pacijenta i doktora.
- d. Napeto kooperativno ponašanje – ovakvo dijete želi surađivati i dopušta odrađivanje dentalnog tretmana, ali ima prisutan DSA. Pažljivo promatra rad doktora, sjedi napeto u stolici, stišće rukohvate stolice, te može i zaplakati ukoliko je potrebna upotreba injekcijske igle. Kod ovakvog djeteta pravilnim pristupom moguće je preoblikovati njegovo ponašanje tako da ono postane potpuno kooperabilno (8,13).
- e. Plačljivo ponašanje – ovakvo dijete plakanjem manifestira prisutan DSA ali želi surađivati. Može biti veliki izazov za doktora te o njegovom pristupu

ovisi uspješnost obavljanja tretmana. Važno je roditelje takve djece, koji se i sami mogu osjećati uplašeno i bespomoćno u takvoj situaciji, informirati o primijenjenim metodama i tehnikama kako bi se ostvario dobar odnos na relaciji doktor – roditelj (8,13,24,25).

- f. Stoičko ponašanje – ovakvo ponašanje može upućivati na zlostavljanje (psihičko, fizičko i / ili emocionalno) i zanemarivanje djeteta. Dentalno zanemarivanje podrazumijeva namjerno odbijanje i / ili izbjegavanje dentalnih tretmana koji doprinose poboljšanju oralnog zdravlja (stanju bez upalnih procesa i bolova te zadovoljavajuće žvačne funkcije), te takva djeca često imaju traume na zubima. Prilikom posjete ordinaciji dentalne medicine takvo dijete je povučeno, šutljivo i tužno te prihvaća sve predložene intervencije bez prigovora. Važnost prepoznavanja zlostavljanog djeteta je mogućnost poduzimanja pravovremenih mjera u svrhu prijavljivanja zlostavljanja nadležnim ustanovama (8,13,26-29).

4.1. Formiranje ponašanja djeteta u ordinaciji dentalne medicine

Dugoročni cilj rada s djecom u ordinaciji dentalne medicine je formiranje pacijenta koji će stvoriti navike redovitog dolaženja na stomatološke preglede i tretmane u svrhu očuvanja oralnog zdravlja, a ne samo u akutnim stanjima koje će još više doprinijeti pojavi DSA. Prilikom planiranja tretmana kod djece ni na koji način se ne smije postupati na način koji doprinosi pojavi DSA i problematičnog ponašanja. Ponekad, zbog potrebe obavljanja hitnog dentalnog tretmana iz opravdanih zdravstvenih razloga, takav se tretman treba obaviti pod prisilom, ali u svim ostalim slučajevima prednost treba dati onom načinu rada koji će doprinijeti poboljšanju i ispravljanju djetetovog ponašanja. Kod planiranja tretmana prvi dio treba rezervirati za procjenu djetetovog psihičkog stanja, načinu na koji se ono ponaša u ordinaciji, procjeni postojanja DSA, procjeni tipa roditeljstva te stvaranju kvalitetnog odnosa s djetetom i roditeljem. S obzirom da, kao što je već navedeno, ordinacija dentalne medicine kotira kao visoki stimulans za pojavu DSA, svi članovi tima trebaju sudjelovati u stvaranju pozitivnog i ugodnog okruženja punog povjerenja, te se u tu svrhu prilikom rada preporučuje pristup koji smješta dijete u središte zbivanja (1,2,5,21,30,31).

Kada dijete dolazi u ordinaciju s već proživljenim traumama i prijašnjim neugodnim iskustvima prilikom dentalnih intervencija, potrebno mu je pružiti psihološku potporu te pristupiti na način da dijete, kao i roditelj, ponovno steknu povjerenje u cijeli dentalni tim. To se može postići kvalitetnom komunikacijom, te upotrebom metoda „reci - pokaži –učini“, odvlačenjem pažnje, potkrepljivanjem ponašanja, neverbalnom komunikacijom te stvaranjem osjećaja kontrole. Također je potrebno detaljno opisati sve šta se planira raditi i način na koji će se odraditi, dok tijekom rada mogućnost pojave boli treba svesti na minimum te nakon obavljenog tretmana pacijentu treba omogućiti dovoljno vremena da postavlja pitanja i podijeli svoje iskustvo (32).

4.2. Uloga roditelja u formiranju djetetovog ponašanja

Uloga roditelja u formiranju djetetovog ponašanja je velika. Potreban je veliki angažman, kako članova tima u ordinaciji dentalne medicine, tako i samih roditelja da bi se uspostavio pozitivan stav djeteta prema održavanju oralnog zdravlja, posjetama ordinaciji, te izvođenju dentalnih tretmana. Zaštita oralnog zdravlja započinje i prije samog rođenja djeteta pravovremenim informiranjem roditelja o riziku i načinu prijenosa kariogenih bakterija s majke na dijete i poduzimanjem preventivnih postupaka. Kada dijete dobije mliječne zube, potrebna je briga za njihovo održavanje kako se ne bi pojavili problemi koji će zahtijevati potencijalno bolne i neugodne dentalne intervencije koji mogu dovesti do pojave DSA i problema u ponašanju. Zbog nedostatka motoričkih i mentalnih sposobnosti djeca u prvih desetak godina svog života nisu u stanju sama brinuti za svoje oralno zdravlje i odgovornost za njihovo održavanje isključivo je na roditeljima ili skrbnicima. Kako se karijesi nastali na mliječnim zubima mogu prenijeti i na trajne zube te dovesti do puno bolnijih i zastrašujućih dentalnih intervencija, potrebna je pravovremena informiranost roditelja i provođenje preventivnih postupaka kako bi se prvenstveno spriječio njihov nastanak te ukoliko i nastanu saniraju dok su još u početnoj fazi kako bi sam postupak bio manje invazivan, a samim time i manje bolan. Osim brige za održavanje higijene i dobrog oralnog zdravlja na roditeljima je i odgovornost psihološke pripreme djeteta za posjet ordinaciji dentalne medicine. Mnogi roditelji smatraju da je ta odgovornost isključivo na dentalnom timu u ordinaciji, međutim uz dobru djetetovu predpripremu i od strane roditelja ono će biti psihološki pripremljenije na potrebne dentalne tretmane (1,5,6,30).

Na pripremljenost djeteta na dentalni tretman utječe i tip roditeljstva. Razlikujemo balansirani, strogi, popustljivi i neuključeni tip.

Balansirani tipovi roditeljstva vrlo su odgovorni ali i zahtjevni prema svojoj djeci. Imaju postavljene jasne standarde i granice ponašanja, kazne su dosljedne i primjerene situaciji bez upotrebe nasilja, a od svoje djece očekuju odgovorno i zrelo ponašanje u skladu s njihovom dobi. Na taj način pomažu razvijanju samostalnosti kod svoje djece te su takva djeca samopouzdanija, sretnija i uspješnija. Većinom takva djeca pokazuju normalno ponašanje prilikom posjete ordinaciji dentalne medicine, adekvatno su pripremljena na tretman te je suradnja dentalnog tima s takvim djetetom i roditeljem kvalitetna i uspješna.

Strogi tip roditeljstva postavlja velike zahtjeve i očekivanja prema djetetu uz izostanak odgovornosti spram vlastitog ponašanja i potrebe za objašnjenjem svojih postupaka i diskusijom. Kazne su obično bez obrazloženja. Takva djeca imaju slabije razvijeno samopouzdanje, vrlo su poslušna i pokoravaju se svojim roditeljima. Većinom takva djeca pokazuju suzdržano, ponekad i uplašeno ponašanje prilikom posjete ordinaciji dentalne medicine. Takvi tipovi roditelja imaju velika očekivanja od djeteta i tima u ordinaciji dentalne medicine uz minimalni vlastiti angažman.

Popustljivi tip roditeljstva, za razliku od strogog tipa, postavlja niske zahtjeve i očekivanja prema djetetu uz postavljanje velike vlastite odgovornosti. Takvoj djeci roditelji sve dopuštaju, nemaju postavljene jasne granice, te svu odgovornost preuzimaju na sebe. Većinom takva djeca pokazuju nekontrolirano ponašanje prilikom posjete ordinaciji dentalne medicine, naučena da dobiju sve što požele i da im se uvijek udovoljava, znaju biti zahtjevna skupina djece za rad. Kod takve djece oralno zdravlje često zna biti narušeno.

Neuključeni tip roditeljstva nema postavljene zahtjeve i očekivanja prema djetetu niti vlastitu odgovornost spram svog ponašanja. Djeca nemaju postavljene granice, uključenost roditelja u odgoj djece je mala, emocionalno ih zanemaruju neuvazavajući njihove osjećaje, stavove i mišljenje. Takva djeca su zanemarena, bez samopouzdanja i samokontrole. Većinom takva djeca pokazuju suzdržano, uplašeno ili pretenciozno ponašanje prilikom posjete ordinaciji dentalne medicine. Rad sa takvim roditeljima je težak jer oni smatraju da su svoju obavezu ispunili samim time

šta su dijete doveli na tretman, što dodatno otežava situaciju jer i kod djece ovakvog tipa roditelja oralno zdravlje je često narušeno (1,30).

Prisutnost jednog od roditelja u ordinaciji dentalne medicine prilikom izvođenja dentalnog tretmana na djetetu je poželjna i preporuča se u svim situacijama dokle god njegova nazočnost ne doprinosi pogoršanju djetetovog ponašanja (1,5,30).

5. KONTROLA PONAŠANJA DJETETA U ORDINACIJI DENTALNE MEDICINE

Metode za kontrolu ponašanja djeteta u ordinaciji dentalne medicine mogu se podijeliti na nefarmakološke i farmakološke metode.

5.1. Nefarmakološke metode kontrole ponašanja

Kombiniranom podjelom uputa raznih izvora metode kontrole ponašanja djeteta u ordinaciji dentalne medicine mogu se podijeliti na tehnike komuniciranja, tehnike fizičke prisile i na bihevioralne tehnike. One se mogu primjenjivati kod djece koja su psihički i fizički zdrava te kod određenih medicinski kompromitiranih osoba (1).

5.1.1. Tehnike komuniciranja

Pod tehnike komuniciranja spadaju metoda „reci - pokaži – učini“, metoda kontrole glasa, metoda neverbalne komunikacije, metoda potkrepljivanja ponašanja te metoda odvlačenja pažnje.

„Reci - pokaži – učini“ je metoda kojom se pacijent polagano uvodi u terapijski tretman. Tretman se raščlanjuje na manje segmente te se na primjeren način objašnjava što će se raditi, zatim se pokazuje (može se pokazati primjerice na modelu zuba ili drugoj osobi) i nakon toga se učini. Ova metoda se može provoditi kod svih pacijenata i generalnih kontraindikacija nema, osim kod osoba sa oštećenim vidom i sa slabijom mogućnosti razumijevanja, primjerice jako mala djeca i pacijenti s posebnim potrebama.

Metodom kontrole glasa se utječe na pacijenta kontroliranom promjenom visine, dubine, ritma i jačine glasa. Na taj je način moguće pridobivanje pacijentove pažnje i suradnje uz istovremenu eliminaciju negativnog ponašanja. Može se provoditi kod svih pacijenata i generalnih kontraindikacija nema, osim kod osoba sa oštećenim sluhom i sa slabijom mogućnosti razumijevanja, primjerice jako mala djeca i pacijenti s posebnim potrebama.

Primjenom metode neverbalne komunikacije postiže se pojačana učinkovitost ostalih tehnika komuniciranja, primjenom odgovarajućeg kontakta, govora i držanja tijela te

izraza lica. Pomaže u pružanju sigurnosti pacijentu, te pridobivanja njegove pažnje i suradnje. Za ovu metodu generalnih kontraindikacija nema.

Potkrepljivanjem ponašanja određenim stimulansima povećava se njegova mogućnost ponavljanja u sličnim situacijama. Nagrađivanjem pacijenta za njegovo ponašanje potiče se pozitivno ponašanje, a eliminacijom neugodnog stimulansa kod prisutnosti nepoželjnog ponašanja otkloniti će se i uzrok takvog ponašanja.

Distrakcijom se pacijentova pažnja usmjerava s neugodne na neku drugu ugodnu situaciju koja može, a i ne mora, imati veze sa ordinacijom dentalne medicine. Na taj se način umanjuje pacijentov doživljaj neugodne situacije, a samim time i nepoželjno ponašanje. Ova metoda se može provoditi kod svih pacijenata i generalnih kontraindikacija nema, osim kod osoba kod kojih je slabija mogućnost privlačenja pažnje, primjerice jako mala djeca i pacijenti s posebnim potrebama (1,2,21,31).

5.1.2. Tehnika fizičke prisile

U tehniku fizičke prisile spada protektivna stabilizacija, odnosno ograničavanje pacijentove slobode pokreta sa ili bez njegova pristanka, a u svrhu smanjenja rizika od ozljeda i sigurnog obavljanja dentalnog tretmana. Ona može biti djelomična ili potpuna, uz pomoć drugih osoba ili naprava, primjerice metalnog prstena, a može biti i njihova kombinacija. Upotrebom ove metode potencijalno se mogu prouzročiti ozbiljne psihofizičke posljedice i povreda djetetovog dostojanstva, te se stoga njena upotreba preporučuje samo u onim slučajevima kada ne postoji ni jedno drugo alternativno rješenje. Za upotrebu nekih vrsta protektivne stabilizacije potrebna je roditeljska suglasnost uz objašnjenje svrhe i načina njenog provođenja. Ova metoda se primjenjuje kod urgentnih stanja kada je ugroženo opće zdravlje pacijenta te u situacijama kada se procijeni da potreba za tretmanom premašuje moguće posljedice. Protektivna stabilizacija se ne smije provoditi kod pacijenata koji zbog svog općeg zdravstvenog stanja ne smiju biti stabilizirani, te kod onih pacijenata koji imaju prijašnje iskustvo stabilizacije sa psihičkim i / ili fizičkim traumama. Protektivna stabilizacija se prekida kada je tretman završen ili ranije ukoliko kod pacijenta dođe do pojave prevelikog stresa ili histeričnog napadaja (1,2,21,31).

5.1.3. Bihevioralne metode

Ovdje se ubrajaju metode postepene desenzibilizacije, ponašanje prema uzoru, stvaranje osjećaja kontrole, hipnoza, strategija restrukturiranja pamćenja te kontrola multisenzornog okruženja.

Metoda postepene desenzibilizacije se koristi kako bi se prevenirala pojava DSA te kod onih pacijenata koji već imaju problema u ponašanju zbog prisutnosti DSA. Ona se izvodi na način da se dijete postepeno izlaže podražajima koji potencijalno izazivaju DSA, najčešće su to injekcije za primjenu anestezije te razni stomatološki instrumenti i nasadnici. Kada dijete prihvati prethodni stimulans, prelazi se na sljedeći. Ova metoda najčešće se koristi u kombinaciji sa metodom „reci - pokaži – učini“, te se ona može provoditi kod svih pacijenata, osim kod osoba sa slabijom mogućnosti razumijevanja.

Ponašanje prema uzoru koristi stvarnu ili izmišljenu osobu, bilo uživo ili preko videa, kao primjer poželjnog ponašanja u ordinaciji dentalne medicine. Ova metoda može polučiti uspjehom ukoliko dijete obraća pažnju na prikazanu osobu te ukoliko se može poistovjetiti s njom, primjerice ista dob, spol, status itd. Ova metoda se može provoditi kod svih pacijenata i generalnih kontraindikacija nema, iako kod većine pacijenata ona neće biti od pretjerane koristi.

Stvaranje osjećaja kontrole pruža djetetu prividnu kontrolu nad situacijom, radom doktora i tijekom tretmana uz pomoć unaprijed dogovorenog znaka za zaustavljanje tzv. „stop signala“. Ova metoda dokazano snižava osjet boli tijekom dentalnog tretmana. Može se provoditi kod svih pacijenata s mogućnošću komuniciranja.

Hipnozom se umjetno izaziva promjena u stanju svijesti u kojem osoba postaje sugestibilnija te je dokazano da mlađa djeca pod utjecajem hipnoze pokazuju smanjenu pojavu problematičnog ponašanja tijekom dentalnog tretmana. Hipnozu provodi stručno osposobljeno osoblje i ona se može provoditi kod svih pacijenata s mogućnošću komuniciranja.

Strategijom restrukturiranja pamćenja se pomaže djeci kako bi razvila pozitivno sjećanje na dentalni tretman. Može se provoditi kod svih pacijenata s mogućnošću komuniciranja, bez generalnih kontraindikacija.

Kontrola multisenzornog okruženja je prvenstveno bila osmišljena za djecu s poremećajima u razvoju i autizmom. Kod ove metode koriste se posebne prostorije sa stimulirajućim i umirujućim okruženjem, djelomično su zatamnjene uz prisutne vibroakustične i svjetlosne efekte. U dostupnim istraživanjima dokazano je da takve prostorije imaju pozitivan učinak na djecu tijekom pripreme na dentalni tretman (1,2,21,31).

5.2. Farmakološke metode kontrole ponašanja

Kontrolom boli može se kontrolirati djetetovo ponašanje. Iskustvo boli može izazvati pojavu DSA te posljedično tome i probleme u ponašanju u ordinaciji dentalne medicine i odbijanje suradnje. Svaka osoba će različito reagirati na bolni podražaj. Kako djeca rastu povećava se i njihova sposobnost samokontrole boli te se snižava njen prag (1,5).

Farmakološka kontrola boli, odnosno ponašanja, može se postići minimalnom sedacijom pacijenta prije započinjanja tretmana, zatim lokalnom anestezijom, dubokom sedacijom i općom anestezijom za vrijeme tretmana te nakon tretmana u svrhu smanjivanja posttretmanske boli analgeticima i nesteroidnim protuupalnim lijekovima.

5.2.1. Predtretmanska kontrola boli

Minimalna sedacija izvodi se kod pacijenta prije izvođenja tretmana. Njome se izaziva opušteno stanje svijesti, s tim da pacijent zadržava sposobnost disanja i gutanja te je u stanju reagirati na glasovne naredbe i fizičke stimulanse. U ordinaciji dentalne medicine najkorištenija sredstva za sedaciju su benzodiazepini. Primjena ove vrste terapije ne bi se smjela provoditi bez konzultacije s pedijatrom, kako bi se izbjegli neželjeni učinci i ne kod djece mlađe od četiri godine. Osim benzodiazepina u svrhu sedacije pacijenta mogu se primijeniti i drugi sedativi, hipnotici i narkotici, iako se oni puno rjeđe koriste (1,5,33).

5.2.2. Kontrola boli za vrijeme tretmana

Lokalna anestezija – iako njena primjena sama po sebi može biti bolna, a i sama pomisao na iglu kod mnogih osoba izaziva osjećaj straha, učinkovit je način suzbijanja pojave boli tijekom invazivnih dentalnih tretmana. Kako bi se primjena

lokalne anestezije izvela na što ugodniji i bezbolniji način važna je psihološka priprema djeteta s obzirom na njegovu dob, te davanje što detaljnijih uputa kad god je to moguće. Primjena desenzibilizacije kod uplašениh i anksioznih pacijenata može se primijeniti na način da se prvo kap topikalnog anestetika kapne na ruku, zatim kap lokalnog anestetika, nakon toga se kapljica topikalnog anestetika primjeni na sluznicu, zatim se provede blaga infiltracija i potom se infiltrira lokalni anestetik. Ovaj način omogućava bezbolniju primjenu lokalnog anestetika te se sprječava pojava DSA i djetetove nesuradnje (1,34-41).

Dubokom sedacijom, koja može biti izvedena inhalacijski, oralno, intramuskularno ili intravenozno, pacijentova svijest je očuvana, prag boli mu je podignut, te on slobodno i samostalno diše. Koristi se zajedno s lokalnom anestezijom jer sedacija ne utječe na osjet boli. Pacijenti su relaksirani, DSA je smanjen ili potpuno uklonjen te je dijete u mogućnosti odraditi dentalni tretman. Indikacije za primjenu sedacije su izraženi DSA, izražen nagon na povraćanje te opsežni tretmani. Kontraindicirano je kod prisustva alergija na medikamente, neke psihičke i sistemske bolesti te orofacijalni deformiteti (1,42).

Opća anestezija, kao i inhalacijska i duboka sedacija, koristi se kao metoda kontrole ponašanja za vrijeme dentalnog tretmana. Općom anestezijom se pacijent uvodi u uspavano stanje uz pomoć anestetičkih sredstava najčešće inhalacijskim i intravenskim putem. Dišni put se održava prohodnim nazotrahealnom intubacijom kako bi omogućio nesmetani rad doktora. Indikacije za njenu primjenu su djeca s poremećajem u psihičkom i motornom razvoju, dugotrajni i opsežni tretmani, te kod one djece koja imaju izraženi DSA, odbijaju tretman te bi izvođenje tretmana na silu izazvalo ozbiljne psihičke posljedice (1,43-45).

5.2.3. Posttretmanska kontrola boli

Analgetici se najčešće koriste nakon obavljene dentalne intervencije u svrhu sprječavanja pojave boli nakon invazivnog zahvata. Prije njihove primjene potrebna je konzultacija s pedijatrom.

Nestroidni protuupalni lijekovi djeluju analgetski, protuupalno i antipiretski te je njihova primjena korisna u situacijama kada se osim boli može očekivati i upala nakon obavljenog zahvata (1,5,30,46-48).

6. ZAKLJUČAK

Posjet djeteta ordinaciji dentalne medicine trebao bi biti što ranije, kako bi se od najranije dobi pravilnim pristupom formiralo poželjno djetetovo ponašanje. Posjet ordinaciji dentalne medicine može se očekivati od djece različitih uzrasta, stoga je potrebno poznavati njihov psihosocijalni razvoj i uvažavati ga prilikom rada. Ispravnom upotrebom metoda za kontrolu ponašanja uspostavlja se dobra komunikacija s pacijentom i roditeljima, prevenira se mogućnost nastanka DSA, dijete se postepeno senzibilizira na ambijent ordinacije i potrebne tretmane te se postiže njegova suradljivost tijekom dentalnih intervencija.

U periodu navršenja prve godine života prvi mliječni zubi već su izrasli, a vjerojatnost pojavnosti karijesa i drugih oralnih bolesti je mala, što uvelike dopušta pristup djetetu na opušten način kroz igru, kako bi se dijete postepeno kroz posjete navikavalo na ambijent ordinacije, njezin sadržaj i dentalni tim. Kada nisu potrebne invazivne dentalne intervencije, koje u većini slučajeva uključuju upotrebu stomatoloških instrumenata i aparata, a mogu biti neugodne i bolne, pruža se mogućnost postepenog upoznavanja djeteta sa stomatološkim instrumentima i aparatima kroz preventivne intervencije, tipa četkanje zuba zubnom četkicom preko turbine, pečačenje fisura, navikavanje na sisaljku i igra pusterom. Na taj način dijete, od najranije dobi, neće povezivati iskustvo posjete ordinaciji dentalne medicine s nečim zastrašujućim, a bolne i neugodne intervencije koje se ponekad mogu zadesiti smatrat će kao izolirane slučajeve, koja nisu prijatna da će se događati pri svakoj posjeti.

Prilikom pripreme i pristupanju djetetu kod posjete ordinaciji dentalne medicine važno je pristupiti holistički, što uključuje pristupanje djetetu s obzirom na njegovu dob i psihološki razvoj, prisutnost DSA, načinu djetetovog ponašanja, utjecaju okoline i roditelja na stavove djeteta. Ponašanje djeteta je također uvelike pod utjecajem cjelokupne atmosfere u ordinaciji dentalne medicine. Istraživanje koje su Welly i sur. napravili 2012. godine vezanu za odnos na relaciji doktora i pacijenta te ugođaja u ordinaciji, dokazali su da postoje razlike u grupama djece koja surađuju i ona koja odbijaju suradnju, i to na način na koji percipiraju doktorovu iskrenost i želju za pomoći te njegove mogućnosti objašnjavanja (49). Nesuradljiva djeca često su ona koja imaju prisutan strah od dentalnog okruženja. Ona grupa djece koja je odbijala

suradnju u većoj mjeri je pažnju pridavala općoj atmosferi u ordinaciji, mirisima i zvukovima iz okoline te načinu na koji im se pristupa. Djeca često ne surađuju zbog probuđenog interesa prema nepoznatom okruženju, zbog čega percipiraju cijelo okruženje kao neugodno (49). Aminabadi i sur. dokazali su da postoji povezanost majčine emocionalne inteligencije i načina na koji se dijete ponaša u ordinaciji, prvenstveno jer emocionalno razvijenije majke pristupaju djetetu na ohrabrujući način te takvo dijete pokazuje veći stupanj suradljivosti (50). Također u istraživanju koje su proveli Klingberg i Broden na 124 djece u Švedskoj dokazali su da sramežljivost ili negativno emocionalno raspoloženje kod djece povećava rizik od nastanka DSA, te se preporučuje takvoj djeci pristupiti s dodatnom pažnjom (51).

Kontrolom boli tijekom intervencija kontrolira se djetetovo ponašanje i u svrhu pridobivanja djetetovog povjerenja i uspostavljanja dobre daljnje suradnje pažljivim promatranjem i slušanjem djeteta potrebno je utvrditi i primijeniti najpogodnije metode za kontrolu ponašanja. S obzirom da roditelji velikim dijelom utječu na ponašanje svoje djece, njihovom edukacijom i informiranjem, većim stupnjem zdravstvene pismenosti može se postići suradnja u formiranju pozitivnog djetetovog stava prema oralnom zdravlju.

Svaki kontakt s pacijentom trebao bi biti pun empatije i suosjećanja. Djeca posjećuju ordinaciju dentalne medicine s raznoraznim pretpostavkama, već proživljenim traumama i naučenim načinima ponašanja, na dentalnom timu je da prepozna najučinkovitiji način pristupanja i da ga učinkovito primijeni, te ukoliko je potrebno da objedini nefarmakološke i farmakološke metoda kontrole djetetovog ponašanja.

Cjelokupni tim u ordinaciji dentalne medicine odgovoran je i doprinosi ostvarivanju pozitivnog i ugodnog ambijenta kako bi, uz ispravnu upotrebu metoda za kontrolu ponašanja, dijete imalo pozitivno iskustvo prilikom posjete ordinaciji i uvijek se rado vraćalo, te na taj način cjeloživotno osiguralo očuvanje i unaprjeđenje oralnog zdravlja.

7. LITERATURA

1. Jurić H, ur. Dječja dentalna medicina. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2015. 489 str.
2. American Academy of Pediatric Dentistry, Clinical Affairs Committee-Behavior Management Subcommittee. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. *Pediatr Dent*. 2015;37(5):57-70.
3. Rantavuori K, Lahti S, Hausen H, Seppä L, Kärkkäinen S. Dental fear and oral health and family characteristics of Finnish children. *Acta Odontol Scand*. 2004;62(4):207-213.
4. Kazdin AE, ur. *Encyclopedia of psychology*. USA: Oxford University Press; 2000. 4128 str.
5. Pinkham J, Casamassimo PS, Fields HW, McTigue DJ, Nowak AJ. *Pediatric dentistry, Infancy through adolescence*. 4. izd. St. Louis: Elsevier Saunders; 2005. 768 str.
6. Beloica D. *Dečja stomatologija*. Beograd: Elit Medica; 2003. 354 str.
7. Vojinović J. *Dečja stomatologija*. Banja Luka: Medicinski fakultet; 2005.
8. Ivančić Jokić N, Bakarčić D, Hrvatin S, Hristodulova Vidak E, Punoš P. Tipovi ponašanja djeteta u ordinaciji dentalne medicine. *Medicina Fluminensis* [Internet]. 2014 [pristupljeno 16.kolovoza 2020.];50.(3):288-293. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/126281>
9. Koch G, Poulsen S. *Pediatric Dentistry-a clinical approach*. 1. izd. Munksgaard: Blackwell, 2001;35-51.
10. Mardešić D i sur. *Pedijatrija*. 6 izd. Zagreb: Školska knjiga, 2003;3:47–66.
11. Nelson HD, Nygren P, Walker M, Panoscha R. Screening for speech and language delay in preschool children: systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*. 2006;117:298-319.
12. Pinkham JR. *Pediatric dentistry Infancy through adolescence*. 3. izd. Philadelphia: WB Saunders, 1999; 132-200.
13. Zarevski P. *Psihologija za stomatologe*. 1. izd. Zagreb: Naklada Slap, 2005;52–78.

14. Longe JL, ur. Gale Encyclopedia of Medicine. 2. izd. Detroit: Gale Group; 2002.
15. Strickland BR, ur. Gale Encyclopedia of Psychology. 2. izd. Detroit: Gale Group; 2001.
16. Berggren U, Meynert G. Dental fear and avoidance: causes, symptoms and consequences. J Am Dent Assoc. 1984;109:247-251.
17. Milgrom P, Weinstein P, Kleinknecht R, Getz T. Treating fearful dental patients-A patient management handbook. Reston, Virginia: 1985.
18. Koch G, Paulsen S, urednici. Pedodonticija: Klinički pristup. Zagreb: Naklada Slap; 2004. str. 482.
19. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. Int J Paediatr Dent. 2007;17(6):391-406.
20. Rape RN, Bush JP. Development of Children's Dental Fears: An Observational Study, J Clin Child Psychol. 1988; 17(4):345-351.
21. Roberts JF, Curzon ME, Koch G, Martens LC. Review: behaviour management techniques in paediatric dentistry. Eur Arch Paediatr Dent. 2010;11(4):166-74.
22. Nathan JE. Managing behavior of preoperative children. Dent Clin North Am. 1995;39:789-816.
23. Newton JT, Buck DJ. Anxiety and pain measures in dentistry: A guide to their quality and application. J Am Dent Assoc. 2000;131:1449-57.
24. Pinkham JR. Behavior management of children in the dental office. Dent Clin North Am. 2000;(44)4:71-86.
25. Zadik D, Peretz B. Management of the crying child during dental treatment. ASDC J Dent Child. 2000;67:55-8.
26. Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL, et al. Characteristics of child dental neglect: a systematic review. J Dent. 2014;42(3):229-239.
27. Čuković-Bagić I, Verzak Ž, Škrinjarić T. Dentalni nalaz i zanemarivanje djece. Paediatr Croat. 2010;54:139-46.
28. Čuković Bagić I. Uloga doktora dentalne medicine u prepoznavanju zlostavljane djece. Acta stomatol Croatica. 2010;44:285-92.

29. Lourenço CB, Saintrain MV, Vieira AP. Child, neglect and oral health. *BMC Pediatr.* 2013;13:188-96.
30. McDonald RE, Avery DR, Dean JA. *Dentistry for the child and adolescent.* 9. izd. St. Louis: Mosby; 2011. str. 704.
31. The British society of paediatric dentistry. Update of non-pharmacological behavior management guideline. [Online]. 2010 [Pristupljeno 16. kolovoza 2020]. Dostupno na: <https://www.bspd.co.uk/Professionals/Resources/BSPD-Guidelines>.
32. Arhakis A, Athanasiadou E, Vlachou C. Social and Psychological Aspects of Dental Trauma, Behavior Management of Young Patients Who have Suffered Dental Trauma. *Open Dent J.* 2017;11:41-47.
33. Abd-Elmeguid A, Yu DC. Dental pulp neurophysiology: part 1. Clinical and diagnostic implications. *J Can Dent Assoc.* 2009;75(1):55-59.
34. Aminabadi NA, Farahani RM. The efficacy of a modified omega wire extension for the treatment of severely damaged primary anterior teeth. *J Clin Pediatr Dent.* 2009;33(4):283-288.
35. Wilson JR, Kehl LJ, Beiraghi S. Enhanced topical anesthesia of 4% lidocaine with microneedle pretreatment and iontophoresis. *Northwest Dent.* 2008;87(3):40-41.
36. Bågesund M, Tabrizi P. Lidocaine 20% patch vs lidocaine 5% gel for topical anaesthesia of oral mucosa. *Int J Paediatr Dent.* 2008;18(6):452-60.
37. Wu SJ, Julliard K. Children's preference of benzocaine gel versus the lidocaine patch. *Pediatr Dent.* 2003;25(4):401-405.
38. Kohli K, Ngan P, Crout R, Linscott CC. A survey of local and topical anesthesia use by pediatric dentists in the United States. *Pediatr Dent.* 2001;23(3):265-269.
39. Kreider KA, Stratmann RG, Milano M, Agostini FG, Munsell M. Reducing children's injection pain: lidocaine patches versus topical benzocaine gel. *Pediatr Dent.* 2001;23(1):19-23.
40. Roghani S, Duperon DF, Barcohana N. Evaluating the efficacy of commonly used topical anesthetics. *Pediatr Dent.* 1999;21(3):197-200.
41. Houpt MI, Heins P, Lamster I, Stone C, Wolff MS. An evaluation of intraoral lidocaine patches in reducing needle-insertion pain. *Compend Contin Educ Dent.* 1997;18(4):309-318.

42. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on use of nitrous oxide for pediatric dental patients. *Pediatr Dent*. 2011;33(posebno izdanje):181-4.
43. Stapleton M, Sheller B, Williams BJ, Mancl L. Combining procedures under general anesthesia. *Pediatr Dent*. 2007;29(5):397-402.
44. Messieha Z. Risks of general anesthesia for the special needs dental patient. *Spec Care Dentist*. 2009;29(1):21-68.
45. 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(4):321-326.
46. Wilson S. Pharmacological management of the pediatric dental patient. *Pediatr Dent*. 2004;26(2):131-136.
47. Hargreaves K, Abbott PV. Drugs for pain management in dentistry. *Aust Dent J*. 2005;50(4 Suppl 2):S14-S22.
48. Becker DE. Pain management: Part 1: Managing acute and postoperative dental pain. *Anesth Prog*. 2010;57(2):67-80.
49. Welly A, Lang H, Welly D, Kropp P. Impact of dental atmosphere and behaviour of the dentist on children's cooperation. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2012;37(3):195-204.
50. Aminabadi NA, Pourkazemi M, Babapour J, Oskouei SG. The impact of maternal emotional intelligence and parenting style on child anxiety and behavior in the dental setting. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012;17(6):e1089-e1095.
51. Klingberg G, Broberg AG. Temperament and child dental fear. *Pediatr Dent*. 1998;20(4):237-243.

SAŽETAK

Oralno zdravlje je bitna stavka u cjelokupnom zdravlju čovjeka. Briga za oralno zdravlje započinje već u najranijoj dobi, te je upravo prvi posjet ordinaciji veoma važan za formiranje pozitivnog djetetovog stava. Upotrebom metoda za kontrolu ponašanja djece u ordinaciji dentalne medicine postiže se postupno privikavanje djeteta na cjelokupni ambijent ordinacije i njegov sadržaj, smanjuje se mogućnost pojave dentalnog straha i anksioznosti, te se oblikuje ponašanje djeteta koje je suradljivo i spremno na obavljanje dentalnih intervencija. Ostvarenom dobrom komunikacijom s djetetom i roditeljima, te empatijom i ispravnim pristupom prilikom rada postiže se uspjeh u liječenju najmlađih pacijenata na obostrano zadovoljstvo.

Ključne riječi: ponašanje, djeca, dentalna medicina.

SUMMARY

Oral health is an important element in overall human health. Oral health care begins at an early age, therefore the first visit to the office is very important for the positive child's attitude formation. The use of methods for controlling the behavior of children in the dental office achieves a gradual habituation of the child to the overall environment of the office and its content, reduces the possibility for appearing of dental fear and anxiety, and shapes the child's behavior that is cooperative and willing to perform dental interventions. Achieving good communication with the child and parents, using empathy and the right approach at work achieves success in the treatment of the youngest patients for the mutual satisfaction.

Keywords: behavior, children, dentistry.