

Tipovi ponašanja djeteta u ordinaciji dentalne medicine

Child behavior types in dental office

Nataša Ivančić Jokić^{1*}, Danko Bakarčić¹, Sandra Hrvatinić¹, Elena Hristodulova Vidak¹,
Paula Punoš²

¹Katedra za dječju stomatologiju i ortodontiju, Studij Dentalne medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka

²Privatna ordinacija dentalne medicine, Zadar

Primljeno: 17. 11. 2013.

Prihvaćeno: 28. 4. 2014.

Sažetak. Djeca se pri stomatološkim zahvatima ponašaju na najrazličitije načine te svaki liječnik dentalne medicine mora poznavati djetetov emocionalni, mentalni i tjelesni razvoj. U dječjoj stomatologiji najvažnije mjesto zauzima psihološki aspekt rada, a razumijevanje i poznavanje doživljaja djeteta liječniku olakšava rad. Liječnik mora biti profesionalno spretn i emocionalno angažiran, jer se njegov posao svodi na rad s jako osjetljivim i emocionalno ranjivim pacijentom koji ne može percipirati liječnika kao osobu koja mu želi pomoći. Emocionalni i tjelesni razvoj djeteta dijeli se na dojenačku dob, mlađu predškolsku, predškolsku i školsku dob te adolescenciju. U svakoj od tih životnih faza djeca pokazuju specifična ponašanja u ordinaciji dentalne medicine te zahtijevaju poseban pristup. Za lakše prepoznavanje tipova ponašanja djece u ordinaciji dentalne medicine koristimo Franklovu ljestvicu ponašanja i kategorije ponašanja po Wrightu.

Ključne riječi: dentalna medicina; ponašanje djeteta

Abstract

Children, as patients in dental office, behave in different ways so every doctor of dental medicine should know the child's emotional, mental and physical development. In pediatric dentistry, the psychological moment is the most important aspect of the work. The physician must be professionally deft and emotionally engaged, because he works with a very sensitive and emotionally vulnerable patient who cannot perceive the doctor as a person who wants to help him. Emotional and physical development of children is divided into infancy, young preschool, preschool, school age and adolescence. Each of these life phases is characterized by specific children behavior in the dental office and requires a special approach. To facilitate the identification of types of children behavior in the dental office we use Frankl scale and Wright behavior categories.

Key words: child behavior; dentistry

*Dopisni autor:

Prof. dr. sc. Nataša Ivančić Jokić,
dr. med. dent.

Katedra za dječju stomatologiju
Studij Dentalne medicine

Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci
Krešimirova 40, 51 000 Rijeka

e-mail: natasa.ivancic.jokic@medri.uniri.hr

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

UVOD

Liječnici dentalne medicine u svojem svakodnevnom radu primjećuju kako se djeca pri stomatološkim zahvatima ponašaju na najrazličitije načine, stoga bi svaki liječnik dentalne medicine morao poznavati emocionalni, mentalni i tjelesni razvoj djeteta. Tako bi na što bolji način pristupio djetetu, uspostavio dobru suradnju bez traumatskih iskustava koja kod djeteta izazivaju strah od ponovnog odlaska u ordinaciju dentalne medicine. U dječjoj stomatologiji najvažnije mjesto zauzima psihološki aspekt rada. Razumijevanje i poznavanje doživljaja djeteta liječniku dentalne medicine uvelike olakšava rad¹. Uspješno uspostavljanje odnosa liječnik – dijete najvažniji je čimbenik za provođenje kvalitetnog dentalno-medicinskog liječenja. Važnu ulogu u ostvarivanju kvalitetnog odnosa ima i suradnja pacijentove obitelji, pogotovo majke^{2,3}. Dijete pristaje na daljnji rad u onom trenutku kad stekne povjerenje u liječnika. Za postizanje takvih rezultata ponekad je potrebno puno vremena, ali moramo biti svjesni da je to jedini način koji donosi uspješne rezultate^{2,4}. Od liječnika se očekuje profesionalna spretnost, edukacija i emocionalno angažiranje jer se njegov posao svodi na rad s jako osjetljivim, zbunjenim i prestrašenim pacijentom koji često ne može percipirati liječnika kao osobu koja mu želi pomoći^{2,4}.

EMOCIONALNI I TJELESNI RAZVOJ DJETETA

Dojenačka dob je razdoblje od rođenja do kraja prve godine života, a termin koji se koristi za prva četiri tjedna djetetova života je novorođenče. Karakteristika tog razdoblja je simbiotska faza, tj. zajednica između majke i djeteta. Ovaj stadij doseže svoj vrhunac u šestom mjesecu života i u tom je periodu vrlo velik strah od odvajanja od majke^{3,5}. U osmom mjesecu života dijete počinje povezivati slova u slogove, guguće i unosi emocije u svoje glasanje, polako se počinje odvajati iz simbioze pronalazeći nekakav objekt, najčešće igračku, koji će mu nadomjestiti majku. S dvanaest mjeseci najčešće progovori i prvu riječ koja ima određeno značenje^{5,6}. U ovom periodu dolazi do nicanja prvih mliječnih zuba te prvog pregleda djeteta koji će učiniti liječnik dentalne medicine, čime započinje suradnja između liječnika i djeteta

kao pacijenta. U ordinaciji dentalne medicine dijete se u prvoj godini života po prvi put susreće s određenim zvukovima, mirisima i predmetima. Boji se nepoznatog, nikome ne vjeruje i želi samo sebi pomoći u nevolji u koju je dovedeno protiv svoje volje. Majka može pomoći u smanjivanju straha i prikazati liječnika kao osobu koja mu želi pomoći. Dijete na taj način polako razvija povjerenje u liječnika. U ovom periodu potrebno je započeti provođenje preventivnih postupaka radi sprječavanja karijesa rane dječje dobi^{3,7}.

U dječjoj stomatologiji najvažnije mjesto zauzima psihološki aspekt rada. Poznavanje emocionalnog, mentalnog i tjelesnog razvoja djeteta omogućava što bolji pristup djetetu, uspostavu dobre suradnje bez traumatskih iskustava koja kod djeteta izazivaju strah od ponovnog odlaska u ordinaciju dentalne medicine.

Mlađa predškolska dob je ona u koju svrstavamo dijete u drugoj godini života. Naziva se i oralnom fazom jer dijete otkriva svijet, najčešće stavljajući predmete u usta. Počinje polako spajati riječi koje je usvojilo i od njih slaže rečenice^{3,5,6}. Razvojem vokabulara dijete je sklono verbalno odbijati zahvat te neverbalno grimasama iskazivati nezadovoljstvo i strah od ljudi koje ne poznaje. Kako je u oralnoj fazi, često liže i grize instrumente. Ovaj period je izrazito važan za formiranje prvih stomatoloških iskustava. Liječnik majci, ili nekom drugom članu obitelji, mora dopustiti da sjedne u stolicu skupa s djetetom i time mu pružiti potporu, ohrabriti ga i umiriti^{3,5-8}.

Predškolska dob obuhvaća razdoblje u životu djeteta između njegove treće i šeste godine života⁵. U tom periodu prisutna je kompletirana mliječna denticija⁵. Liječnik dentalne medicine mora znati da je dijete u dobi od tri godine veselo, zaigrano, pričljivo te da se lakše odvajava od majke. Voli ljubazne riječi i pohvale^{5,7}. U toj dobi, nakon uspješno uspostavljenog odnosa s liječnikom, temeljenom na povjerenju, dijete najčešće dopušta prve stomatološke zahvate³. Ranije je ta činjenica utjecala na stav kako dijete s tri godine treba po prvi put doći u ordinaciju dentalne medicine. Danas znamo da to nije ispravno jer se do te dobi može razviti kompleksna patologija

tvrdih zubnih tkiva i patoloških procesa u zubnoj pulpi.

Djetetova koncentracija ograničena je na petnaestak minuta, ali ono stječe i sposobnost koncentracije na dvije radnje paralelno, pa je u stanju otvoriti usta i sjediti u stomatološkoj stolici. Vrlo je razigrano i upućeno u sve crtane filmove, što liječnik može iskoristiti za skretanje djetetove pozornosti tijekom rada^{3,6,8}.

U četvrtoj godini raspoloženje djeteta često je promjenjivo. Prisutna je cijela paleta ponašanja

Za pravilan pristup djetetu potrebno je utvrditi tip ponašanja djeteta. U praksi se najviše koriste Franklova ljestvica ponašanja i kategorije ponašanja po Wrightu. Psihološkim pristupom u strategiji upravljanja dječjim ponašanjem izbjegava se i smanjuje potreba za farmakoterapijskim metodama u kliničkom radu te ostvaruje uspješna suradnja liječnika i djeteta.

koje se može izmijeniti u jednom posjetu. Dijete iskorištava svoju prikljivost i simpatičnost u svrhu pridobivanja liječnika na svoju stranu i odgode zahvata. Boji se doživljavanja bola. Radi toga treba biti oprezan pri zahvatima koji su bolni, te pri korištenju predmeta koji izazivaju strah (turbina, igla, šprica i sl.). Dijete koje se uplaši sklono je naglim trzajima, skakanju iz stolice, psovanju i vikanju. Pažljivim i smirenim pristupom može se agresivno i uplašeno dijete pretvoriti u kooperabilnog pacijenta^{3,7,8}.

U petoj godini dijete se vidno manje boji liječnika nego u mlađoj dobi. Odvaja se od roditelja bez većih problema i najčešće vrlo dobro surađuje. U težnji za odrastanjem, trudi se ponašati na način koji bi urodio pohvalama. Potrebno je djetetu dati pohvale koje su mu vrlo bitne i na koje je ponosno, pogotovo ako se temelje, primjerice, na njegovoj odjeći ili izgledu^{3,6-8}.

Period života od trenutka kad dijete krene u školu pa sve do njegove dvanaeste godine života naziva se **školska dob**. Što se tiče zuba, u toj dobi počinje izmjena mliječne denticije trajnom. To je krajnje vrijeme za pridobivanje djeteta kao pacijenta. Ovaj period povezan je sa snalaženjem djeteta u školi i nadovezuje se na samo snalaženje u ordinaciji. Ponašanje je opet orijentirano prema po-

većanom strahu, nepovjerenju, agresivnosti i samodostatnosti. Liječnici koji raspolažu velikom dozom strpljenja s puno riječi ohrabivanja mogu uspješno privesti stomatološki zahvat kraju^{3,7,8}.

S djetetom od devet godina relativno je lakše raditi jer se ono trudi kontrolirati svoj strah te nastoji čim bolje podnijeti neugodnu situaciju. Raspoloženo je za pričanje i razmjenu mišljenja, posjeduje širok vokabular i poštuje liječnika kao osobu nadmoćniju od njega^{3,7}. Za razliku od toga, dijete od dvanaest godina manje uvažava autoritete, a s time i lako upada u konflikt. Traži objašnjenje svakog koraka postupka koji se izvodi. U ovom periodu ponekad je potrebna intervencija roditelja da bi se zahvat priveo kraju^{3,5,7}.

U ordinaciji dentalne medicine tinejdžer je u stanju pokazati i vrlo agresivno ponašanje. Kako su tinejdžeri skloni slabijoj kontroli bijesa, tako su skloni i proturječiti liječniku te osporavati njegov autoritet. Tinejdžeri slabijeg samopouzdanja i povećane buntovnosti češće imaju lošije stanje zuba, što je rezultat lošijeg održavanja higijene usne šupljine. Za rad s ovom skupinom pacijenata vrlo je važno imati puno strpljenja te pokušati shvatiti njihove emocionalne istupe. Oni koji naginju narcisoidnom ponašanju vrlo često posjećuju liječnika dentalne medicine i pretjerano drže do oralne higijene. Takvim pacijentima treba pristupiti kao i odraslim osobama^{3,5-8}.

KLASIFIKACIJA PONAŠANJA DJETETA U ORDINACIJI DENTALNE MEDICINE

Za pravilan pristup djetetu potrebno je utvrditi tip ponašanja djeteta. Iako se svako dijete ponaša na svoj način, može se sumirati nekoliko tipova ponašanja. Važno je nakon pravilnog određivanja tipa ponašanja unijeti procjenu u dentalni karton pacijenta. U praksi se najviše koriste Franklova ljestvica ponašanja i Kategorije ponašanja po Wrightu^{2,3,7,8}.

Franklova ljestvica ponašanja razlikuje četiri stupnja ponašanja:

1. Jasno negativno ponašanje

Pacijent nije kooperabilan, tj. nakon razgovora s liječnikom dentalne medicine ne dopušta i odbija izvođenje zahvata uz snažan plač, otpor i ekstreman strah. Moguće je i da se pacijent povuče u sebe i izolira⁷.

2. Lagano negativno ponašanje

Dijete pruža manji otpor i protivi se liječniku, ali je pristupačno za liječenje. Suzdržanost, nekooperativnost, dentalni strah i anksioznost ili plač prisutni su u umjerenom količini⁷.

3. Lagano pozitivno ponašanje

Dijete je kooperativno, ali s određenom rezerviranošću. Sklono je taktici odlaganja, zapitkivanju, ali i spremnosti da popusti uputama liječnika⁷ (slika 1).

4. Jasno pozitivno ponašanje

Dijete je kooperativno i ima dobar odnos sa svojim liječnikom, nije prisutan dentalni strah, uspostavlja dobru komunikaciju, smije se i uživa u novoj situaciji⁷.

Kategorije ponašanja po Wrightu razlikuju tri kategorije ponašanja:

1. Kooperativno ponašanje

Kooperativno dijete je ono koje nakon komunikacije s liječnikom dentalne medicine razumije što mu se govori i ponaša se u skladu s uputama. Za ovakvu djecu postoji još i naziv potencijalno kooperativna, što znači da se trenutno ponašanje koje imaju može zadržati ili pogoršati. Stoga je izrazito važno dijete pripremiti na postupak i objasniti mu idući korak rječnikom koji razumije^{7,9}.

2. Manjak kooperativne sposobnosti

Manjak kooperativne sposobnosti imaju ona djeca čije su komunikacijske vještine slabije razvijene pa se u tom slučaju njihova trenutna reakcija može očitovati šutnjom, ignoriranjem, plakanjem ili bijegom sa stolca. To su najčešće vrlo mala djeca, djeca s poteškoćama u tjelesnom i mentalnom razvoju te socijalno i emocionalno deprivirane osobe. Mala djeca s normalnim psihofizičkim razvojem spadaju još i u prekooperativnu, što znači da ih se pravovaljanim tehnikama kontrole ponašanja može modelirati u kooperativnu djecu^{3,7,9}.

3. Potencijalno nekooperativno ponašanje

Potencijalno nekooperativna djeca imaju izražen dentalni strah koji ih sprječava da surađuju s liječnikom tijekom zahvata. U skupini potencijalno nekooperativne djece razlikujemo nekoliko oblika ponašanja: nekontrolirano („histerično“), prkosno (tvrdooglavo), bojažljivo, napeto kooperativno, plačljivo i stoičko ponašanje⁷.



Slika 1. Kooperativno dijete koje je još uvijek na oprezu

4. Nekontrolirano ponašanje

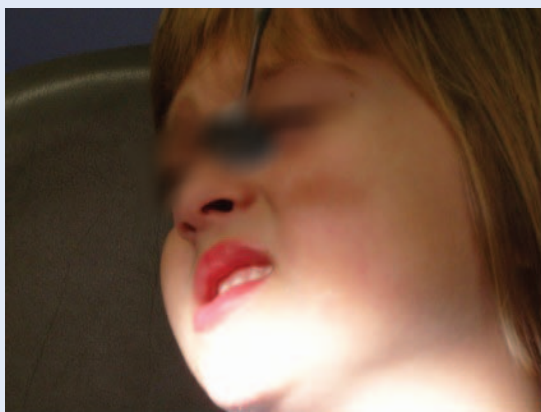
Kod nekontroliranog (histeričnog) ponašanja dijete u svom ponašanju varira od jecajućeg do plačljivog, vrišti, dere se, udara ljude u svojoj okolini, baca predmete i zadržava dah u znak protesta. Spomenuto se podjednako javlja i kod dječaka i kod djevojčica u dobi od jedne do tri godine. Promjene raspoloženja su jako izražene. Ponekad se ovakvo ponašanje uzima kao normalni dio razvoja, ali češće je pokazatelj problematičnog ponašanja. Djeca ne razumiju razloge, uzroke i posljedice pa se ne moraju suzdržavati u reakcijama kao odrasli. Dijete na ovaj način najčešće traži pažnju, nije mu ugodno u okruženju u kojem se nalazi i frustrirano je cijelim svijetom kad ne dobije što poželi. U dobi od dvije godine djeca razvijaju vokabular, ali je on nedovoljno velik u usporedbi s riječima koje razumiju, a koje ne znaju izgovoriti. To je za njih izrazito frustrirajući period u kojem ne mogu objasniti svoje potrebe. Razvojem vokabulara ovakvo ponašanje je u vidnom opadanju^{7,10}.

5. Prkosno ili tvrdooglavo ponašanje

Dijete s takvim ponašanjem naziva se još i razmaženim djetetom (engl. *spoiled child*). Taj naziv izaziva polemike jer pojedini liječnici ne misle da dijete može biti razmaženo. *Spoiled child* sindrom je definiran kao oblik ponašanja koji karakterizira



Slika 2. Čvrsto stisnuta usta kod tvrdoglavog ponašanja djeteta



Slika 3. Izbjegavanje vizualnog kontakta kod tvrdoglavog ponašanja djeteta



Slika 4. Plačljivo ponašanje

ju egocentrično, sebično i nezrelo ponašanje djeteta kao rezultat neuspjelog roditeljskog odgoja. Autoritet liječnika dovodi se u pitanje, a nekooperabilno ponašanje očituje se odbijanjem tretmana, stiskanjem zuba (slika 2) i izbjegavanju vizualnog kontakta (slika 3). Ovakav oblik ponašanja često je povezan s problemima u obitelji i ozbiljnim emocionalnim problemima koji se mogu manifestirati u školi ili kod kuće. Liječnik može predvidjeti problem, ali je izrazito važno roditelju objasniti etiologiju problema i ohrabriti ga u poduzimanju mjera za kontrolu i ponašanje^{7,11}.

6. Plašljivo ponašanje

Ovakvo ponašanje često je kod male djece pri prvom posjetu liječniku dentalne medicine. Ona se najviše boje nepoznatog, odvajanja od majke, naglih pokreta, nepoznatih mirisa i jakog svjetla. Ako liječnik dentalne medicine pristupi pažljivo i smireno, dijete neće razviti dentalni strah i dentalnu anksioznost. Ovaj korak bitan je za daljnju suradnju na razini djeteta – liječnik dentalne medicine⁷.

7. Napeto kooperativno ponašanje

Očituje se kod djeteta koje želi surađivati, ali je prisutna velika količina dentalnog straha. Dijete prati rad liječnika, steže naslone za ruke, ali prihvaća liječenje. Najčešće zaplače u trenutku kad se susreće s injekcijskom iglom. Ovisno o pristupu samog liječnika, ovakvo dijete tijekom vremena može postati potpuno kooperabilno, ali može i prestati surađivati⁷.

8. Plačljivo ponašanje

Ovakvo ponašanje velika je poteškoća za liječnika i za roditelja. Roditelji se osjećaju bespomoćno i preplašeno, a liječnik dentalne medicine mora prihvatiti izazov i potencijalno nekooperativno dijete provesti kroz tretman. Plačljivo dijete je kooperativan pacijent i svojim ponašanjem oslobađa se dentalne anksioznosti. Vrlo je važan odnos roditelj – liječnik u kojem će roditelj biti informiran o svim metodama postupka i u kojem će razviti povjerenje u liječnika^{7,12} (slika 4).

9. Stoičko ponašanje

Karakteristično je kod zlostavljane i zanemarene djece. Zlostavljanje se opisuje u četiri kategorije: zanemarivanje (dentalno zanemarivanje), emocionalno zlostavljanje, fizičko zlostavljanje i seksu-

alno zlostavljanje. Dentalno zanemarivanje je oblik namjernog izbjegavanja i/ili odbijanja provođenja dentalno-medicinskog liječenja nužnog kako bi se poboljšalo oralno zdravlje u smislu zadovoljavajuće žvačne funkcije i stanja bez bolova i upale. Takva djeca vrlo često imaju traume zuba. U tom slučaju važna je anamneza i heteroanamneza, a razlike među navedenim govore u prilog zlostavljanju. Emocionalno zlostavljanje je trajno loše postupanje s djetetom u mjeri koja uzrokuje teške i trajne negativne posljedice na emocionalni razvoj. Takva djeca često kasne s intelektualnim i socijalnim razvojem, zaostaju u razvoju, u školi su neuspješna, nemaju socijalnu odgovornost, mogu biti agresivna, nekritično su prijateljski raspoložena, problematično se ponašaju i imaju poteškoće s pozornošću. U ordinaciji dentalne medicine dijete pasivno prihvaća sve postupke, šutljivo je i tužno. Važno je prepoznati ovakvo ponašanje i poduzeti potrebne mjere koje će dovesti do prijavljivanja zlostavljanja^{7,13-16}.

ZAKLJUČAK

Jedna od najvećih poteškoća u praksi dentalne medicine je liječnikova maksimalna odgovornost spram svih pacijenata podjednako s obzirom na razne obrasce ponašanja i specifičnost stanja oralnog zdravlja. Ne postoji univerzalna metoda pristupa za svaku situaciju, već je svakom djetetu potreban zaseban pristup temeljen na statusu bolesti, fizičkom i mentalnom razvoju i karakteristikama roditelja. Psihološki pristup u strategiji upravljanja dječjim ponašanjem izbjegava i smanjuje potrebu za farmakoterapijskim metodama u kliničkom radu.

Procjenu tipa ponašanja djeteta može ostvariti samo onaj liječnik koji je zainteresiran za svog pacijenta, koji pokazuje empatiju i koji kontinuirano ulaže u svoju stručnost, znanje i spretnost iz područja dječje stomatologije, dječje psihologije i komunikacije. Osim pacijenta i terapeuta, uloga roditelja/skrbnika nezaobilazna je, primarno u

smislu zainteresirane suradnje s liječnikom za dobro djeteta. Odnos između pacijenta, njegove obitelji i dentalnog osoblja dinamičan je proces s ciljem uspostave dobre suradnje u svrhu očuvanja oralnog zdravlja i općeg zdravlja djeteta.

Izjava o sukobu interesa: autori izjavljuju da ne postoji sukob interesa.

Napomena: pacijenti su potpisali informirani pristanak za objavu.

LITERATURA

1. Anić N, Rajić Z. Kako školska djeca percipiraju stomatološku ambulantu. Zbornik radova Simp stom Slavonije i Baranje, 1975;43-7.
2. Vančura I. Utjecaj određenih činitelja na ponašanje djece u stomatološkoj ambulanti. Rijeka: Medicinski fakultet, 1981;1-51. PhD thesis.
3. Koch G, Poulsen S. Pediatric Dentistry-a clinical approach. 1st Edition. Munksgaard: Blackwell, 2001;35-51.
4. Freud A. Normalnost i patologija djece. 1st Edition. Zagreb: Biblioteka Svijet dječje psihe, Prosvjeta, 2000;29-79.
5. Mardešić D i sur. 6th Edition. Pedijatrija. Zagreb: Školska knjiga, 2003;3:47-66.
6. 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.
7. Zarevski P. Psihologija za stomatologe. 1st Edition. Zagreb: Naklada Slap, 2005;52-78.
8. Pinkham JR. Pediatric dentistry Infancy through adolescence. 3rd Edition. Philadelphia: WB Saunders, 1999; 132-200.
9. Nathan JE. Managing behavior of pre-cooperative children. Dent Clin North Am 1995;39:789-816.
10. 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.
11. Pinkham JR. Behavior management of children in the dental office. Dent Clin North Am 2000;44:471-86.
12. Zadik D, Peretz B. Management of the crying child during dental treatment. ASDC J Dent Child 2000;67:55-8.
13. Lourenço CB, Saintrain MV, Vieira AP. Child, neglect and oral health. BMC Pediatr 2013;13:188-96.
14. Čuković-Bagić I. Uloga doktora dentalne medicine u prepoznavanju zlostavljane djece. Acta stomatol Croatica 2010;44:285-92.
15. Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL, Hunter ML, Harris JC, Tempest V et al. Characteristics of child dental neglect: A systematic review. J Dent 2013; Forthcoming.
16. Čuković-Bagić I, Verzak Ž, Škrinjarić T. Dentalni nalaz i zanemarivanje djece. Paediatr Croat 2010;54:139-46.