

Kontrola djetetova ponašanja u ordinaciji dentalne medicine

Milanović, Marija; Jovanović, Željko

Source / Izvornik: **Paediatrica Croatica, 2021, 65, 136 - 142**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

<https://doi.org/10.13112/PC.2021.23>

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:415982>

Rights / Prava: [Attribution-ShareAlike 3.0 Unported/Imenovanje-Dijeli pod istim uvjetima 3.0](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-09**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



Kontrola djetetova ponašanja u ordinaciji dentalne medicine

Marija Milanović¹, Željko Jovanović^{1,2}

Oralno zdravlje je bitna stavka u čovjekovom cjelokupnom zdravlju. Briga za oralno zdravlje započinje već u najranijoj dobi, te je baš prvi posjet ordinaciji vrlo važan za formiranje pozitivnog djetetovog stava. Upotrebom metoda za kontrolu ponašanja djece u ordinaciji dentalne medicine postiže se postupno privikavanje djeteta na cjelokupno okruženje 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; DIJETE; STOMATOLOGIJA

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 pacijenata, preko onih malo starijih s mliječnom i mješovitom denticijom, pa sve do kraja rasta i razvoja stomatognatskog sustava, odnosno do kraja adolescencije. Nekad 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, obvezno prije pojave problema sa zubima i potrebom za dentalnim liječenjem (1, 2, 3). Svrha ranih pregleda je djetetovo privikavanje na posjete ordinaciji dentalne medicine kad još ne postoji potreba za dentalnim intervencijama, koje potencijalno mogu biti bolne i neugodne, te na taj način mogu pridonijeti pojavi straha i anksioznosti kod djeteta i razvijanju nepoželjnog načina ponašanja. Prilikom prvog posjeta ordinaciji uspostavlja se inicijalni kontakt djeteta i roditelja s dentalnim timom, dijete se upoznaje s prostorom ordinacije i njenim sadržajem, te kroz igru i zabavu stječe pozitivna iskustva (1).

Prilikom rada s djecom vrlo je važno poznavati i poštovati njihov psihosocijalni razvoj te način rada posebno prilagoditi svakom djetetu, kako bi se izbjegao dodatni stres za dijete ali i za cijeli dentalni tim. Mnogi pacijenti, bez obzira na dob, osjećaju strah i anksioznost prilikom posjeta ordinaciji dentalne medicine, te su ona većinom posljedica neugod-

nih iskustava iz najranije mladosti. Kod onih najmlađih novo okruženje, novi mirisi i zvukovi te nepoznate osobe mogu izazvati neugodne osjećaje, stoga je u zavisnosti o cijelom dentalnom timu stvaranje ugodnog i prijateljskog ozračja prilikom posjeta, kako bi se eliminirali uzroci nastanka dentalnog straha i anksioznosti te oblikovalo poželjno ponašanje kod djeteta, tako da ono bude suradljivo i stekne puno povjerenje (1, 2, 3). Razina strpljenja i suradnje kod djece može biti vrlo smanjena, stoga je prilagođeni pristup i ograničavanje trajanja dentalnog tretmana od neizmjerne važnosti prilikom rada s djecom. Na način djetetova ponašanja 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 djetetova ponašanja. Ono prilikom posjeta ordinaciji može biti problematično, stoga u zavisnosti o tome je li primijenjena metoda kontrole djetetova ponašanja bila uspješna ili neuspješna, određuje i samu uspješnost planiranja, izvođenja i daljnju prognozu liječenja (1, 4).

¹ Sveučilište Jurja Dobrile u Puli, Medicinski fakultet, Preddiplomski stručni studij sestrinstva

² Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija, Rijeka

Autor za dopisivanje:

Izv. prof. dr. sc. Željko Jovanović, dr. med., mr. oec., Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija, Katedra za temeljne medicinske znanosti, Viktora Cara Emina 5, Rijeka, e-mail: zeljko.jovanovic@uniri.hr

DENTALNI STRAH I ANKSIOZNOST

Prvi posjet djeteta ordinaciji dentalne medicine trebao bi biti već prilikom navršanja prve godine života. U tom razdoblju prvi mliječni zubi već su izrasli, a vjerojatnost za pojavu karijesa i drugih oralnih bolesti je mala, što dopušta pristup djetetu na opušten način kroz igru, kako bi se dijete posjetima ordinaciji postupno navikavalo na njeno okruženje, sadržaj i dentalni tim. Kad nisu potrebne invazivne dentalne intervencije, pruža se mogućnost postupnog upoznavanja djeteta sa stomatološkim instrumentima i aparatima kroz preventivne intervencije, kao što je četkanje zuba zubnom turbinom, pečenje fisura, navikavanje na sisaljku i igra pusterom. Tako dijete neće povezivati iskustvo posjeta ordinaciji s nečim zastrašujućim, a bolne i neugodne intervencije koje se katkad mogu dogoditi smatrat će izoliranim slučajevima. Prilikom pripreme za djetetov posjet ordinaciji dentalne medicine važno je pristupiti holistički, što znači da valja uzeti u obzir djetetovu dob i psihološki razvoj, prisutnost dentalnog straha i anksioznosti, način djetetovog ponašanja, utjecaj okoline i roditelja na stavove djeteta. Istraživanje *Wellyja i sur.* iz 2012. godine, u vezi s odnosom između liječnika i pacijenta te ugođaja u ordinaciji, dokazalo je da postoje razlike u skupinama djece koja surađuju i one koja odbijaju suradnju, i to na način na koji percipiraju liječnikovu iskrenost i želju da pomogne i njegovu mogućnost objašnjavanja. Kod nesuradljive djece često je prisutan strah od dentalnog okruženja. Skupina djece koja je odbijala suradnju u većoj je mjeri pozornost posvećivala općem ozračju 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 (5). *Aminabadi i sur.* dokazali su da postoji povezanost majčine emocionalne inteligencije i načina na koji se dijete ponaša u ordinaciji, prvenstveno stoga jer emocionalno razvijenije majke pristupaju djetetu tako da ih ohrabruju pa ono pokazuje veći stupanj suradljivosti (6). Istraživanjem koje su u Švedskoj proveli *Klingberg i Broden* na 124-ero djece dokazali su da sramežljivost ili negativno emocionalno raspoloženje kod djece povećava rizik za nastanak DSA-a, pa se njima treba pristupati s dodatnom pozornošću (7). Djeca posjećuju ordinaciju dentalne medicine s raznim pretpostavkama, već proživljenim traumama i naučenim načinima ponašanja, pa je na dentalnom timu da prepozna i primijeni najučinkovitiji način pristupanja i ako je potrebno da objedini nefarmakološke i farmakološke metode kontrole djetetovog ponašanja (8-14). 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 ugro-

ženosti vlastitog života ili tjelesnog integriteta (15-19). Strah kod djece nije nepoznato iskustvo i javlja se već u prvim mjesecima života. Prilikom realnih prijetnji umjerena reakcija na strah je normalna (20). Anksioznost je definirana kao psihološka, odnosno biološka reakcija na opasnost i često je u disproporciji u odnosu na realnu prijetnju (2, 18, 19). Formiranje djeteta u odraslog pacijenta uvelike je uvjetovano 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 (20). Ordinacije dentalne medicine svojim sadržajima visoko kotiraju kao skupni 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, dentalnog liječenja, svega što se nalazi u ordinaciji, liječnika dentalne medicine, njegove asistentice itd. Ovaj specifični oblik straha vezan je za konkretan objekt uz odgovarajuću emocionalnu reakciju na vanjsku prijetnju i ona se smatra normalnom reakcijom na prijeteći sadržaj. Za razliku od straha, dentalna anksioznost je nespecifična generalizirana odbojnost prema boravku u ordinaciji dentalne medicine, primanju dentalnih usluga, liječniku dentalne medicine, njegovom timu itd. (2, 21). Ona nije vezana za određeni objekt, ona je nespecifičan osjećaj straha, vezan za nesvakidašnji predstojeći događaj. Kad govorimo o dentalnom strahu i dentalnoj anksioznosti, govorimo o zajedničkom pojmu označenom kao dentalni strah i anksioznost (DSA) zbog njihove međusobne usporedivosti i istovjetnosti (22).

Etiologija dentalnog straha i anksioznosti

Postoje dvije skupine podražaja odgovornih za pojavu DSA-a. Jedne izravno pridonose njihovom javljanju i one su vezane za sam dentalni tretman, tim u ordinaciji dentalne medicine i samu ordinaciju, te one koje neizravno pridonose i tu pripadaju dob, spol, karakter pacijenta, njegov općeniti strah, ponašanje, shvaćanje, prisutnost nekih drugih medicinskih dijagnoza, kultura i tradicija nekog područja itd. (23). Čimbenici za nastanak DSA-a kategorizirani su s obzirom na invazivnost dentalnog tretmana, pa tu govorimo o invazivnim čimbenicima (ekstrakcija zuba, brušenje zuba upotrebom turbine, primjena anestezije i dr.) i neinvazivnim čimbenicima (dentalni pregled, uklanjanje tvrdih i mekih naslaga, fluoridacija i dr.) (24). Etiološke čimbenike dijelimo u tri skupine: osobne (dob, osobnost i temperament, općeniti strah), vanjske (odgoj, etnička skupina, socijalni status, dentalni strah i anksioznost skrbnika) i dentalne (osoblje u ordinaciji dentalne medicine, prisutnost boli) (20).

Ponašanje i problemi u ponašanju djece u ordinaciji dentalne medicine

S obzirom na djetetovu dob reakcija i ponašanje je vrlo specifično i uključuje niz različitih akcija i reakcija prilikom posjeta ordinaciji dentalne medicine. Osim dobi važnu ulogu ima i tip roditeljstva, kultura u kojoj dijete živi, socijalna očekivanja, opće zdravlje, djetetov temperament itd. Većina djece se normalno ponaša, kod njih se javlja strah i nepovjerenje prema nepoznatom, ali i želja za istraživanjem. Djeca sa suzdržanim ponašanjem mogu podnijeti čak bolan dentalni tretman bez protesta, stoga je vrlo važno pripaziti na to da se ne prijeđe granica djetetove trpeljivosti i dovede u situaciju da ono odbija daljnju suradnju. Djeca s pretencioznim ponašanjem, kad su u skupini i pred publikom, imaju potrebu za isticanjem i dokazivanjem i tada su vrlo hrabra te mogu služiti kao savršeni primjer rada za djecu s problemima u ponašanju. Uplašena djeca su nesuradljiva, nepovjerljiva i uplašena, često uplakana i traže potporu i pomoć roditelja. Većinom dolaze s već formiranim stavom zbog prijašnjeg lošeg iskustva, bilo osobnog ili onog što su im ga drugi ispričali. Najnepovoljniji za rad je tip buntovne djece. Često su razmažena i roditelji im popuštaju u svemu, a pritom nemaju nikakav autoritet nad njima. Naviknuti da im se ispunjavaju sve želje, nedisciplinirani su i žele imati glavnu riječ. Katkad od pomoći u ovakvim situacijama može biti udaljavanje dijela ili cijele pratnje iz ordinacije (25).

Za procjenu djetetovog ponašanja tijekom posjeta ordinaciji dentalne medicine postoje posebno osmišljene ljestvice. Danas se najčešće primjenjuju Franklova ljestvica ponašanja iz 1962. godine i Kategorija ponašanja prema Wrightu iz 1975. godine. Nakon procjene dobiveni rezultati se upisuju u zubni karton pacijenta i pomažu u radu s djecom, stvaranju povjerenja i preveniranju dentalnog straha i anksioznosti (23-26).

Posebno je važno prepoznati stoičko ponašanje, jer ono može (dakako ne uvijek) upućivati na zlostavljanje i zanemarivanje djeteta. Dentalno zanemarivanje podrazumijeva namjerno odbijanje i/ili izbjegavanje dentalnih tretmana koji pridonose poboljšanju oralnog zdravlja te takva djeca često imaju traume na zubima. Prilikom posjeta ordinaciji dentalne medicine takvo je dijete povučeno, šutljivo i tužno te sve predložene intervencije prihvaća bez prigovora. Važnost prepoznavanja zlostavljanog djeteta pruža mogućnost za poduzimanje pravodobnih mjera radi prijavljivanja zlostavljanja nadležnim ustanovama (26-33).

Formiranje djetetovog ponašanja 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 radi oču-

vanja oralnog zdravlja, a ne samo u akutnim stanjima koje će još više pridonijeti pojavi DSA-a. Prilikom planiranja tretmana kod djece nipošto se ne smije postupati na način koji pridonosi pojavi DSA-a i problematičnog ponašanja. Katkad, zbog potrebe obavljanja hitnog dentalnog zahvata iz zdravstvenih razloga, treba ga obaviti pod prisilom, ali u svim ostalim slučajevima prednost treba dati onom načinu rada koji će pridonijeti 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-a, procjeni tipa roditeljstva te stvaranju pozitivnog odnosa s djetetom i roditeljem. Svi članovi osoblja trebaju sudjelovati u stvaranju pozitivnog i ugodnog ozračja punog povjerenja, pa se stoga prilikom rada preporučuje pristup koji smješta dijete u središte zbivanja (34).

Kada dijete dolazi u ordinaciju s već proživljenim traumama i prijašnjim neugodnim iskustvima prilikom dentalnih intervencija, potrebno mu je pružiti psihološku potporu te pristupiti tako da dijete, a i roditelj, ponovo steknu povjerenje u cijeli dentalni tim. To se može postići dobrom komunikacijom i upotrebom metoda reci - pokaži - učini, odvlačenjem pozornosti, potkrjepljivanjem ponašanja, neverbalnom komunikacijom te stvaranjem osjećaja kontrole. Također je potrebno detaljno opisati sve što se planira raditi i način na koji će se odraditi. Pritom pojavu boli prilikom rada treba svesti na minimum te nakon obavljenog tretmana pacijentu treba omogućiti dovoljno vremena da postavlja pitanja i iznese svoje iskustvo (34-38).

Uloga roditelja u formiranju djetetovog ponašanja

Uloga roditelja u formiranju djetetovog ponašanja je velika. Potreban je veliki angažman članova osoblja u ordinaciji dentalne medicine i roditelja da bi se uspostavio pozitivan stav djeteta prema održavanju oralnog zdravlja, posjetima ordinaciji i izvođenju dentalnih tretmana. Zaštita oralnog zdravlja započinje i prije samog rođenja djeteta pravodobnim 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, što može dovesti do pojave DSA-a i problema u ponašanju. 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, ali uz dobru roditeljsku pretpripremu dijete će biti psihološki pripremljenije na potrebne dentalne tretmane (1, 2, 6, 14, 34, 38). Prisutnost jednog roditelja u ordinaciji dentalne

medicine prilikom izvođenja dentalnog tretmana na djetetu je poželjna i preporuča se u svim situacijama dokle god njegova nazočnost ne pridonosi pogoršanju djetetovog ponašanja (34).

KONTROLA PONAŠANJA DJETETA U ORDINACIJI DENTALNE MEDICINE

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

Nefarmakološke metode kontrole ponašanja

Kombiniranom podjelom uputa raznih izvora metode kontrole djetetova ponašanja u ordinaciji dentalne medicine mogu se razdijeliti 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, 2).

U tehnike komuniciranja pripadaju metoda reci - pokaži - učini, metoda kontrole glasa, metoda neverbalne komunikacije, metoda potkrjepljivanja ponašanja te metoda odvlačenja pozornosti.

Reci - pokaži - učini je metoda kojom se pacijent polako uvodi u terapijski tretman. On 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 na drugoj osobi) i nakon toga se učini. Metodom kontrole glasa utječe se na pacijenta kontroliranom promjenom visine, dubine, ritma i jačine glasa, čime se pridobiva pozornost i suradnja uz eliminaciju negativnog ponašanja. Metodom neverbalne komunikacije postiže se pojačana učinkovitost ostalih tehnika komuniciranja, primjenom odgovarajućeg kontakta, govora i držanja tijela te izražaja lica. Potkrjepljivanjem ponašanja određenim stimulansima povećava se njegova mogućnost ponavljanja u sličnim situacijama. Nagrađivanjem pacijenta za ponašanje potiče se ono pozitivno, a eliminacijom neugodnog stimulansa kod prisutnosti nepoželjnog ponašanja otklonit će se i njegov uzrok. Distrakcijom se pacijentova pozornost usmjerava s neugodne na neku ugodnu situaciju. Na taj se način umanjuje pacijentov doživljaj neugode, a time i nepoželjno ponašanje (1, 2, 6, 25, 30, 34).

U tehniku fizičke prisile pripada protektivna stabilizacija, odnosno ograničavanje pacijentove slobode kretanja s njegovim pristankom ili bez njega, i to radi 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, pa se stoga njena upotreba preporučuje samo u onim slučajevima kad ne postoji nijedno drugo alternativno rješenje. Za upotrebu nekih vrsta protektivne stabilizacije potrebna je roditeljska suglasnost. Protektivna stabilizacija se ne smije provoditi kod pacijenata koji zbog općeg zdravstvenog stanja ne smiju biti stabilizirani, te kod onih koji imaju prijašnje iskustvo stabilizacije s psihičkim i / ili fizičkim traumama. Protektivna stabilizacija se prekida kad je tretman završen ili ranije ako kod pacijenta dođe do pojave prevelikog stresa ili histeričnog napadaja (35).

U bihevioralne metode ubrajamo metode postupne desenzibilizacije, ponašanje prema uzoru, stvaranje osjećaja kontrole, hipnozu, strategiju restrukturiranja pamćenja te kontrolu multisenzornog ozračja.

Metoda postupne desenzibilizacije primjenjuje se za prevenciju pojava DSA-a te kod onih pacijenata koji zbog njega već imaju problema u ponašanju. Kada dijete prihvati prethodni stimulans, prelazi se na idući. Metoda ponašanja prema uzoru služi se stvarnom ili izmišljenom osobom, uživo ili preko videa, kao primjerom poželjnog ponašanja u ordinaciji dentalne medicine. Ova metoda može polučiti uspjeh ako dijete obraća pozornost na prikazanu osobu te ako se može poistovjetiti s njom, jer je primjerice iste dobi, spola, statusa itd. Stvaranje osjećaja kontrole pruža djetetu prividan nadzor nad situacijom, radom liječnika i tijekom tretmana uz pomoć unaprijed dogovorenog znaka za zaustavljanje tzv. „stop signala“, dokazano snižava osjet boli prilikom dentalnog tretmana.

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. Hipnozu provodi stručno osposobljeno osoblje. Strategijom restrukturiranja pamćenja pomaže se djeci da bi im se razvilo pozitivno sjećanje na dentalni tretman.

Kontrola multisenzornog ozračja osmišljena je za djecu s poremećajima u razvoju i autizmom. Kod ove se metode služi posebnim prostorijama sa stimulirajućim i umirujućim okruženjem, djelomično su zatamnjene s prisutnim vibrokustičnim i svjetlosnim efektima. U istraživanjima je dokazano da ima pozitivan učinak na djecu tijekom pripreme na dentalni tretman (35).

Farmakološke metode kontrole ponašanja

Kontrolom boli može se kontrolirati djetetovo ponašanje. Iskustvo boli može izazvati pojavu DSA-a i probleme u ponašanju u ordinaciji te odbijanje suradnje. Svi različito reagiramo na bolni podražaj. Kako djeca rastu, povećava se i nji-

hova sposobnost samokontrole boli i snižava prag (2, 9). Farmakološka kontrola boli može se postići minimalnom sedacijom prije početka tretmana, zatim lokalnom anestezijom, dubokom sedacijom i općom anestezijom za vrijeme tretmana te nakon njega radi smanjivanja posttremanske boli analgeticima i nesteriodnim protuupalnim lijekovima (35-47).

Minimalna sedacija, koja se kod pacijenta primjenjuje prije izvođenja tretmana, izaziva opušteno stanje svijesti, s tim da on zadržava sposobnost disanja i gutanja i može reagirati na glasovne naredbe i fizičke stimulanse. U ordinaciji dentalne medicine najčešće su to benzodiazepini. Primjena ove vrste terapije ne bi se smjela provoditi bez konzultacije s pedijatom, da bi se izbjegli neželjeni učinci, i to ne kod mlađih od četiri godine. Osim benzodiazepama za sedaciju se mogu primijeniti sedativi, hipnotici i narkotici, iako mnogo rjeđe (38).

Lokalna anestezija - iako njena primjena može biti bolna, a i sama pomisao na iglu kod mnogih izaziva osjećaj straha, učinkovit je način suzbijanja 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. Desenzibilizacija kod uplašeni i anksioznih pacijenata može se primijeniti tako da se najprije kap topikalnog anestetika kapne na ruku, zatim kap lokalnog anestetika, nakon toga se kapljica topikalnog anestetika primijeni na sluznicu, zatim se primijeni blaga infiltracija i potom se infiltrira lokalni anestetik. Ovaj postupak omogućava bezbolniju primjenu lokalnog anestetika te se sprječava pojava DSA-a i djetetove nesuradnje (38-45). 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. Primjenjuje se zajedno s lokalnom anestezijom, jer sedacija ne utječe na osjet boli. Indikacije za primjenu sedacije su prisutan DSA, izražen nagon na povraćanje te opsežni tretmani. Kontraindicirana je kod alergija na medikamente, neke psihičke i sistemske bolesti te orofacijalnih deformiteta (46). 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. Indikacije za njenu primjenu su djeca s poremećajem u psihičkom i motoričkom razvoju, dugotrajni i opsežni tretmani te kod one djece koja imaju izraženi DSA, odbijaju tretman, pa bi njegovo nasilno izvođenje izazvalo ozbiljne psihičke posljedice (47-49). Analgetici se najčešće primjenjuju nakon obavljene dentalne intervencije radi sprječavanja pojave boli nakon invazivnog zahvata. Prije njihove primjene potrebna je konzultacija s pedijatom. Nestereoidni protuupalni lijekovi djeluju analgetski, protuupalno i antipiretski te je njihova primjena korisna u situacija-

ma kad se, osim boli, nakon obavljenog zahvata može očekivati i upala. Svakako treba izbjegavati acetilsalicilnu kiselinu zbog poznatih nuspojava u mlađoj dobi (50-53).

ZAKLJUČAK

Posjet djeteta ordinaciji dentalne medicine trebalo bi obaviti što prije, kako bi se od najranije dobi pravilnim pristupom formiralo poželjno djetetovo ponašanje. Ordinaciju dentalne medicine posjećuju djeca različitog uzrasta, pa je stoga potrebno poznavati njihov psihosocijalni razvoj i poštivati ga prilikom rada. Ispravnom primjenom metoda za kontrolu ponašanja uspostavlja se dobra komunikacija s pacijentom i roditeljima, prevenira se mogućnost nastanka DSA-a, dijete se postupno senzibilizira na okruženje ordinacije i potrebne tretmane te se postiže njegova suradljivost tijekom dentalnih intervencija.

Kontrolom boli tijekom intervencija nadzire se djetetovo ponašanje, i to radi pridobivanja djetetovog povjerenja i uspostavljanja dobre daljnje suradnje. Pomnim promatranjem i slušanjem djeteta treba ustvrditi i primijeniti najpogodnije metode za kontrolu ponašanja. Budući da roditelji velikim dijelom utječu na ponašanje svoje djece, njihovom edukacijom i informiranjem može se postići suradnja u formiranju pozitivnog djetetovog stava prema oralnom zdravlju.

I sveukupno osoblje u ordinaciji dentalne medicine pridonosi ostvarivanju pozitivnog i ugodnog ozračja kako bi uz ispravnu primjenu metoda za kontrolu ponašanja dijete imalo pozitivno iskustvo prilikom posjeta ordinaciji, tako da bi se uvijek rado vraćalo (1).

LITERATURA

1. Milanović M. Kontrola ponašanja djeteta u ordinaciji dentalne medicine. Pula: Sveučilište u Puli, 2020.
2. Jurić H, ur. Dječja dentalna medicina. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2015; str. 489.
3. American Academy of Pediatric Dentistry, Clinical Affairs Committee-Behavior Management Subcommittee. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. *Pediatr Dent.* 2015;37:57-70.
4. 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;62:207-13.
5. 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;37:195-204.
6. 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:e1089-e1095.
7. Klingberg G, Broberg AG. Temperament and child dental fear. *Pediatr Dent.* 1998;20:237-43.
8. Kazdin AE, ur. *Encyclopedia of Psychology.* USA: Oxford University Press, 2000; str. 4128.

9. Pinkham J, Casamassimo PS, Fields HW, McTigue DJ, Nowak AJ. *Pediatric Dentistry, Infancy through Adolescence*. 4. izd. St. Louis: Elsevier Saunders, 2005; str. 768.
10. Beloica D. *Dečja stomatologija*. Beograd: Elit Medica, 2003; str. 354.
11. Vojinović J. *Dečja stomatologija*. Banja Luka: Medicinski fakultet, 2005.
12. Ivančić Jokić N, Bakarčić D, Hrvatin S, Hristodulova Vidak E, Punoš P. Tipovi ponašanja djeteta u ordinaciji dentalne medicine. *Medicina Fluminensis* [Internet]. 2014;50:288-93. Dostupno na: <https://hrcaak.srce.hr/126281> [pristupljeno 16. kolovoza 2020.]
13. Koch G, Poulsen S. *Pediatric Dentistry – A Clinical Approach*. 1. izd. Munksgaard: Blackwell, 2001;35-51.
14. Mardešić D i sur. *Pedijatrija*. 6. izd. Zagreb: Školska knjiga, 2003;47-66.
15. 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.
16. Pinkham JR. *Pediatric Dentistry Infancy through Adolescence*. 3. izd. Philadelphia: WB Saunders, 1999;132-200.
17. Zarevski P. *Psihologija za stomatologe*. 1. izd. Zagreb: Naklada Slap, 2005;52-78.
18. Longe JL, ur. *Gale Encyclopedia of Medicine*. 2. izd. Detroit: Gale Group, 2002.
19. Strickland BR, ur. *Gale Encyclopedia of Psychology*. 2. izd. Detroit: Gale Group, 2001.
20. Berggren U, Meynert G. Dental fear and avoidance: causes, symptoms and consequences. *J Am Dent Assoc*. 1984;109:247-51.
21. Milgrom P, Weinstein P, Kleinknecht R, Getz T. *Treating Fearful Dental Patients - A Patient Management Handbook*. Reston, Virginia, 1985.
22. Koch G, Paulsen S, ur. *Pedodoncija: Klinički pristup*. Zagreb: Naklada Slap, 2004;482.
23. 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;17:391-406.
24. Rape RN, Bush JP. Development of children's dental fears: an observational study. *J Clin Child Psychol*. 1988;17:345-51.
25. Roberts JF, Curzon ME, Koch G, Martens LC. Review: behaviour management techniques in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2010;11:166-74.
26. Nathan JE. Managing behavior of preoperative children. *Dent Clin North Am*. 1995;39:789-816.
27. 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.
28. Pinkham JR. Behavior management of children in the dental office. *Dent Clin North Am*. 2000;4:71-86.
29. Zadik D, Peretz B. Management of the crying child during dental treatment. *ASDC J Dent Child*. 2000;67:55-8.
30. Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL i sur. Characteristics of child dental neglect: a systematic review. *J Dent*. 2014;42:229-39.
31. Čuković-Bagić I, Verzak Ž, Škrinjarić T. Dentalni nalaz i zanemarivanje djece. *Paediatr Croat*. 2010;54:139-46.
32. Čuković-Bagić I. Uloga doktora dentalne medicine u prepoznavanju zlostavljane djece. *Acta Stomatol Croat*. 2010;44:285-92.
33. Lourenço CB, Saintrain MV, Vieira AP. Child, neglect and oral health. *BMC Pediatr*. 2013;13:188-96.
34. McDonald RE, Avery DR, Dean JA. *Dentistry for the child and adolescent*. 9. izd. St. Louis: Mosby, 2011;704.
35. British Society of Paediatric Dentistry. Update of Non-Pharmacological Behaviour Management Guideline. [Online]. 2010. Dostupno na: <https://www.bspd.co.uk/Professionals/Resources/BSPD-Guidelines>. [Pristupljeno 16. kolovoza 2020.]
36. 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;11:41-7.
37. Abd-Elmeguid A, Yu DC. Dental pulp neurophysiology: Part 1. Clinical and diagnostic implications. *J Can Dent Assoc*. 2009;75:55-9.
38. 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;33:283-8.
39. Wilson JR, Kehl LJ, Beiraghi S. Enhanced topical anesthesia of 4% lidocaine with microneedle pretreatment and iontophoresis. *Northwest Dent*. 2008;87:40-1.
40. 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.
41. Wu SJ, Julliard K. Children's preference of benzocaine gel versus the lidocaine patch. *Pediatr Dent*. 2003;25:401-5.
42. 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;23:265-9.
43. Kreider KA, Stratmann RG, Milano M, Agostini FG, Munsell M. Reducing children's injection pain: lidocaine patches versus topical benzocaine gel. *Pediatr Dent*. 2001;23:19-23.
44. Roghani S, Duperon DF, Barcohana N. Evaluating the efficacy of commonly used topical anesthetics. *Pediatr Dent*. 1999;21:197-200.
45. 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;18:309-18.
46. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on use of nitrous oxide for pediatric dental patients. *Pediatr Dent*. 2011;33(posebno izdanje):181-4.
47. Stapleton M, Sheller B, Williams BJ, Mancl L. Combining procedures under general anesthesia. *Pediatr Dent*. 2007;29:397-402.
48. Messieha Z. Risks of general anesthesia for the special needs dental patient. *Spec Care Dentist*. 2009;29:21-68.
49. Costa LR, Harrison R, Aleksejuniene J, Nouri MR, Gartner A. Factors related to postoperative discomfort in young children following dental rehabilitation under general anesthesia. *Pediatr Dent*. 2011;33:321-6.
50. Wilson S. Pharmacological management of the pediatric dental patient. *Pediatr Dent*. 2004;26:131-6.
51. Hargreaves K, Abbott PV. Drugs for pain management in dentistry. *Aust Dent J*. 2005;50(4 Suppl 2):S14-S22.
52. Becker DE. Pain management: Part 1. Managing acute and postoperative dental pain. *Anesth Prog*. 2010;57:67-80.
53. 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;37:195-204.

SUMMARY

Management of child behaviour in dental office

Marija Milanović, Željko Jovanović

Oral health is an important element in overall human health. Oral health care begins at an early age, therefore the first visit to dental office is very important for the positive child's attitude formation. The use of methods for controlling the behaviour of children in dental office achieves 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 undergo 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 to mutual satisfaction.

Key words: BEHAVIOR; CHILD; DENTISTRY