

# PSIHOLOŠKI PRISTOPI K ZOBOZDRAVSTVENI OSKRBI OTROK

## Psychological approaches to paediatric dental care

J. Kodrič

### Izvleček

Sodelovanje otrok in mladostnikov pri zobozdravniku je pomembno za zagotavljanje njihove kakovostne zobozdravstvene oskrbe. Mnogo otrok občuti strah pred obiski zobozdravnika, zaradi česar se ga izogibajo, njihovo sodelovanje pri zobozdravniku je nezadostno ali je njihovo vedenje za zobozdravstveno osebo težavno. Težavno vedenje je pogosto posledica strahu pred zobozdravnikom, lahko pa je povezano tudi z otrokovimi razvojnimi ali vedenjskimi značilnostmi. Tako strah pred zobozdravnikom kot težavno vedenje otrok pri zobozdravniku sta povezana z nižjo ravno zobnega zdravljenja otrok, saj ovirata zagotavljanje pravočasne in ustrezne zobozdravstvene oskrbe ter vodita k napotitvam otrok na zdravljenje na specialistično raven. Za zmanjševanje strahu in težavnega vedenja pri zobozdravniku je pomembno, da tudi zobozdravstveni delavci poznajo osnovne značilnosti njenega razvoja, dejavnike, ki prispevajo k njenemu ohranjanju, ter osnovne vedenjske pristope za spreminjanje otrokovega vedenja in povečevanje njegovega sodelovanja pri zobozdravniku. Zobozdravstveno osebo z uporabo vedenjskih pristopov in ustrezno poučitvijo staršev o načinih spoprijemanja z otrokovim težavnim vedenjem lahko doseže spremembo otrokovega vedenja v zobozdravstveni ordinaciji in poskrbi za ustrezno zdravljenje. Kadar otrokove težave, povezane s strahom pred zobozdravnikom in težavnim vedenjem, zahtevajo intenzivnejšo obravnavo, je priporočljiva napotitev k otroškemu kliničnemu psihologu, usposobljenemu za izvajanje vedenjsko-kognitivne terapije, in sodelovanje zobozdravstvenega oseba z njim.

**Ključne besede:**  
strah pred  
zobozdravnikom,  
težavno vedenje  
pri zobozdravniku,  
vedenjski pristopi,  
otroci z  
zmanjšanimi  
zmožnostmi

### Abstract

Good cooperation of children and adolescents during dental visits is essential for ensuring quality dental care. Many children are afraid of the dentist. Dental fear may lead to avoidance of dental treatment, inadequate cooperation with the dentist, and dental behaviour management problems causing difficulties to the dental team. Dental behavioural management problems are a common consequence of dental fear, but it may also be related to the child's development and personal characteristics. Both dental fear and dental behavioural management problems in the dental office have an adverse effect on the level of dental health of the child because they interfere with the timely provision of appropriate dental care and may necessitate referrals for specialist treatments. Dental professionals must be aware of factors involved in the development and maintenance of dental fear and dental behaviour management problems during dental visits. They should also be familiar with basic behaviour management techniques. With the use of these techniques, along with parental instruction, the dental team can help children overcome their fear and modify their behaviour. Children requiring more intensive and flexible approaches should be referred to a clinical psychologist trained in cognitive-behavioural therapy, who must work in close collaboration with the dental team.

**Key words:**  
dental fear,  
dental behaviour  
management  
problems,  
behaviour  
management,  
children with  
disabilities

### Težavna vedenja otrok pri zobozdravniku

Otrokovo težavno vedenje pri zobozdravniku je, ne glede na vrsto ali vzrok takšnega vedenja, dejavnik, ki onemogoča ali podaljšuje stomatološko zdravljenje (Klingberg in Broberg, 2007). Z izrazom težavna vedenja opisujemo tako otrokovo nesodelovanje pri pregledih in posegih kot tudi moteča vedenja, kot so npr. jok, kričanje, upiranje. Dejavniki, ki prispevajo k pojavi težavnih vedenj, so različni. Težavno vedenje je pogosto posledica strahu pred zobozdravnikom, lahko pa je povezano tudi z otrokovimi razvojnimi ali vedenjskimi značilnostmi.

Pri otrocih z razvojnimi motnjami, kot so npr. motnje pozornosti s hiperaktivnostjo, avtizem, zmanjšane intelektualne zmožnosti, razpoloženjske ali vedenjske motnje, lahko otrokovo težavno vedenje pri zobozdravniku predstavlja tudi del značilnosti, povezanih z razvojno motnjo (Klingberg, 2008; Weinstein, 2008). Z različnimi psihološkimi pristopi zmanjševanja težavnih vedenj in strahu pred zobozdravnikom lahko učinkovito povečamo sodelovanje otroka pri zobozdravniku. Zobozdravniki, ki v svoji praksi uporabljajo različne vedenjske pristope za zmanjševanje težavnih vedenj, so pri zdravljenju uspešnejši in redkeje napotujejo otroke na zdravljenje na specialistično raven (Weinstein, 2008).

### Strah pred zobozdravnikom

Strah predstavlja normalen odziv posameznika na ogrožanje njegovega dobrega počutja, varnosti in zdravja. Vključuje več dimenzij: spoznavno (presoja, kako zelo sta dražljaj ali položaj nevarna), čustveno (zaskrbljenost, napetost, nelagodje), fiziološko (avtonomno vzburjenje, ki pripravi organizem na boj ali beg), vedenjsko (napad ali umik) in odnosno (socialni kontekst, npr. prisotnost staršev, sorojencev, vrstnikov). Strahovi, ki temeljijo na ustreznih presoji ogroženosti, imajo za človeka prilagoditveno funkcijo, strahovi, ki temeljijo na neustreznih presoji ogroženosti, pa onemogočajo učinkovito prilagajanje posameznika (Carr, 2006). Tudi strah pred zobozdravnikom predstavlja normalen čustveni odziv na enega ali več specifičnih ogrožajočih dražljajev, povezanih z zobozdravstveno oskrbo (Klingberg in Broberg, 2007). Kadar strah izgubi svojo zaščitno vlogo varovanja pred morebitno nevarnostjo in temelji na neustreznih (pretirani) oceni grožnje, zmanjšuje

posameznikovo zmožnost prilagajanja. Takrat govorimo o tesnobi (anksioznosti) (Carr, 2006).

Tesnoba, povezana z obiskom zobozdravnika, je povezana s pričakovanjem, da se bo v povezavi s pregledom zobozdravnika ali z zobozdravstveno oskrbo zgodilo nekaj neprijetnega, čemur je pridružen občutek pomanjkanja nadzora. Hudo in vztrajno obliko anksioznosti, ki vodi v izogibanje zobozdravstvene oskrbe, imenujemo fobija pred zobozdravnikom. Fobija je lahko povezana tako z odnosom do posameznih posegov ali predmetov (npr. svedra, injekcije) kot z izkušnjo pri zobozdravniku na splošno (Klingberg in Broberg, 2007). V prispevku za vse oblike močnih negativnih čustev, povezanih z zobozdravstveno oskrbo, uporabljamo izraz strah pred zobozdravnikom. Strah pred zobozdravnikom je značilen za ljudi v vseh starostnih obdobjih, večinoma se razvije v otroštvu in mladostništvu (Porritt in sod., 2012).

Glede na otrokove spoznavne in socialne sposobnosti v različnih razvojnih obdobjih strahove izzovejo različni dražljaji, ki jih lahko povežemo tudi z doživljanjem strahu pri zobozdravniku. Dojenčki in malčki se bojijo močnih senzornih dražljajev, neznancev, domišljjskih bitij, zapustitve staršev itd., mlajši otroci se bojijo bolezni, poškodb ipd., v mladostništvu pa so strahovi pogosto povezani s socialno sprejetostjo. Malčka je pri zobozdravniku lahko strah že neznanega okolja, določenih vonjev ali zvokov in drugih dražljajev, osebe v uniformi z zaščitno masko in očali, mlajši otrok se boji neprijetne ali boleče izkušnje na osnovi lastnega doživetja ali pripovedovanja drugih, mladostnik pa je občutljiv na zaznane kritike, povezano z njegovim videzom (npr. ob pogovoru o ustni higieni ali prehrani) (Chapman in Kirby-Turner, 1999).

Blag strah pred zobozdravnikom je pričakovan in značilen za normalen otrokov razvoj. Prisoten je pri skoraj polovici otrok. Od 6 do 20 odstotkov otrok pa ima hud strah pred zobozdravnikom, ki se kaže s težavnim vedenjem. Pogostejši je pri deklakah in pri predšolskih otrocih, po šestem letu pa se otroci bolje spoprijemajo s strahom in le-ta postopoma upada (Carrillo-Diaz in sod., 2012; Klaassen in sod., 2008; Klingberg in Broberg, 2007; Milsom in sod., 2003; Porritt in sod., 2012).

Strah pred zobozdravnikom je lahko posledica neposredne negativne izkušnje ali posredne izkušnje zaradi izpostavljenosti ogrožajočim informacijam

(pripovedovanje prijatelja, staršev, informacije iz medijev) ali opazovanja pomembne druge osebe v določenem položaju (Rachman, 1977). Neposredna negativna izkušnja pri zobozdravniku je pogosto povezana z nelagodjem ali bolečino. Strah je s klasičnim pogojevanjem naučen odziv na bolečino, s katero so povezani sočasno prisotni zunanji dražljaji (npr. zdravniški pripomočki, vonji) ali notranji dražljaji (npr. misli, vznburjenje). Ob ponovitvah ti dražljaji že sami izzovejo nelagodje in vodijo k izogibanju. Vedenja izogibanja (npr. odpovedovanje ali prestavljanje pregleda, predčasna prekinitve pregleda, pobeg iz ordinacije ...) predstavljajo negativne krepitve, ki strah in nelagodje še povečujejo (Blount in sod., 2009).

Strah pri otrocih najpogosteje izzovejo npr. pogled na iglo ali zobozdravniški sveder, občutek, povezan z njima, ali strah pred bolečino. Nekatero otroke je strah specifičnih posegov, drugi izražajo bolj splošen strah, povezan z zobozdravstvenim okoljem ali zdravljenjem. Poznavanje narave otrokovega strahu je zelo pomembno za načrtovanje obravnave (Porritt in sod., 2012).

Strah pred zobozdravnikom ni le psihološka, temveč tudi zobozdravstvena težava. Poleg tega, da povzroča stisko otroku in staršem, je strah pred zobozdravnikom povezan tudi s slabšim ustnim zdravjem otrok in odraslih (pogostejšim nezdravljenim kariesom, slabšim parodontalnim stanjem in večjo verjetnostjo manjkajočih zob), izogibanjem zdravljenju in nesodelovanjem pri zdravljenju, dolgoročno pa povečuje potrebo po izvajanju dragih specialističnih zobozdravstvenih storitev (Carrillo-Diaz in sod., 2012; Porritt in sod., 2012).

### Ocenjevanje strahu pred zobozdravnikom

Za ocenjevanje strahu pred zobozdravnikom in težav, povezanih z uravnavanjem vedenja pri zobozdravniku, uporabljamo neposredno opazovanje otrokovih reakcij oz. vedenja med zdravljenjem in različne psihometrične ocenjevalne lestvice, s katerimi svoje doživljanje opisujejo otrok sam ali njegovi starši (Klingberg in Broberg, 2007). Najbolj zanesljive in veljavne so samoocenjevalne lestvice, ki morajo biti prilagojene otrokovi razvojni stopnji (Porritt in sod., 2013). Obstajajo številne samoocenjevalne lestvice strahu pred zobozdravnikom: Children's Fear Survey Schedule – Dental Subscale (CFSS–DS), njena krajša oblika Dental Fear

Schedule Subscale – short form (DFSS–SF), Dental Anxiety Scale (DAS) in Modified DAS, Modified Child Dental Anxiety Scale (MCDAS), Facial Image Scale (FIS), Venham Picture Scale (VPS), Dental Fear Survey (DFS) in Modified DFS, Smiley Faces Program (SFP) in Revised SFP, kratka oblika Dental Anxiety Inventory (S–DAI) (Porritt in sod., 2013). Izbor lestvice za ocenjevanje strahu pred zobozdravnikom je odvisen od namena uporabe (klinična praksa, raziskovanje) in starosti oz. razvojne ravni otroka.

V klinični praksi so za ocenjevanje stopnje otrokovega strahu uporabne predvsem preproste grafične ali številne lestvice. Lestvice z obraznimi izrazi so primernejše predvsem za mlajše otroke, številne lestvice (npr. »termometer strahu«) pa so uporabne za ocenjevanje strahu pri starejših otrocih.

### Dejavniki, povezani s strahom pred zobozdravnikom in težavnim vedenjem

Na otrokov strah in/ali težavno vedenje pri zobozdravniku vpliva kombinacija različnih osebnih in kontekstualnih dejavnikov, kot so otrokova starost in raven spoznavnega razvoja, temperamentne oz. osebnostne značilnosti, raven anksioznosti in strahu, reakcija na neznane osebe, predhodne izkušnje z zobozdravnikom in strah staršev pred zobozdravnikom (AAPD, 2012; Carr, 2006). Raziskave pa kažejo tudi medkulturne razlike v izražanju strahu pred zobozdravnikom, ki je manj prisoten pri otrocih zahodnih kultur (Klaassen in sod., 2008).

Otrokov temperament, posameznikov značilni način odzivanja na okolje, vpliva tudi na otrokovo odzivanje pri zobozdravniku. Na bolečino se bolj odzivajo otroci, ki se teže prilagajajo, so bolj negativno razpoloženi, se počasneje približujejo novostim in so bolj čustveno odzivni (Blount in sod., 2009), strah pred zobozdravnikom pogosteje kažejo otroci s temperamentnimi potezami sramežljivost, inhibiranost in negativno čustvovanje, težavna vedenja pa so pogostejša pri otrocih, ki so bolj aktivni in impulzivni (Klingberg in Broberg, 2007). Strah pred zobozdravnikom in težavno vedenje pri zobozdravniku sta povezana s splošno ravno strahu, internaliziranimi težavami (anksioznost, depresivnost, psihosomatske težave) in eksteraliziranimi težavami (vedenjske motnje, opozicionalno vedenje) (Klingberg in Broberg, 2007).

Izsledki ugotovitev o povezanosti med vrsto zdravljenja in strahom pred zobozdravnikom niso enotni. Invazivnost posega ali bolečina pri posegu nista edina dejavnika, ki prispevata k razvoju strahu, saj je le-ta odvisen od otrokove subjektivne zaznave položaja (Klaassen in sod., 2008).

Nekatere raziskave ne ugotavljajo razlik v doživljanju strahu glede na vrsto zdravljenja pri dvanajstletnikih (plomba ali ekstrakcija zob) (Carrillo-Diaz in sod., 2012), medtem ko druge ugotavljajo triinpolkrat pogostejši strah pred zobozdravnikom pri predšolskih otrocih z izkušnjo ekstrakcije zob kot pri otrocih brez te izkušnje, kar naj bi bilo posledica travmatičnega doživljanja izkušnje splošne anestezije (Milsom in sod., 2003). Drugo možno razlago predstavlja začarani krog, ki se ustvari z nerednim obiskovanjem zobozdravnika zaradi strahu, pogostejšimi bolečinami zaradi odlaganja zdravljenja in več neprijetnimi izkušnjami z zdravljenjem, ki vključujejo tudi ekstrakcijo zob in splošno anestezijo (Klaassen in sod., 2008; Milsom in sod., 2003).

Pri otrocih, ki redno obiskujejo zobozdravnika in so vključeni v preventivne programe, je strah pred zobozdravnikom redkejši (Carrillo-Diaz in sod., 2012; Milsom in sod., 2003). Pri tem gre tako za neposredni učinek učenja kot tudi za učinek kognitivnih dejavnikov; ob rednih obiskih, nespodbujenih s simptomi, je verjetnost neprijetne izkušnje manjša, zato je manjša tudi pričakovana verjetnost prihodnje neprijetne izkušnje (Carrillo-Diaz in sod., 2012).

Prisotnost staršev in njihovo vedenje med zobozdravstvenimi posegi lahko na otroka deluje pozitivno, zmanjšuje njegovo stisko in povečuje njegove zmožnosti spoprijemanja s položajem, lahko pa deluje negativno in njegovo stisko povečuje. Učinek prisotnosti staršev na vedenje otroka med obiskom pri zobozdravniku je odvisen od odziva staršev na otrokove znake doživljanja bolečine ali nelagodja in njihove ravni anksioznosti ter njihovih odzivov na znake stiske pri otroku. Otroci staršev, ki se sami bojijo zobozdravnika, se zobozdravnika bojijo dvakrat pogosteje kot otroci staršev brez strahu pred zobozdravnikom (Milsom in sod., 2003).

Raven strahu staršev pred zobozdravnikom je povezana s strahom otrok zlasti pri otrocih, mlajših od 8 let (Themessi-Huber in sod., 2010). Vedenja

staršev, ki so namenjena preusmerjanju otrokove pozornosti na druge, s posegom nepovezane, stvari ali distrakcija (npr. humor ali pogovor o stvareh, nepovezanih z bolečim postopkom) ali navodila, namenjena uporabi strategij spoprijemanja, zmanjšujejo otrokovo stisko med bolečimi posegi, medtem ko izkazovanje empatije, kritiziranje, opravičevanje, prenašanje nadzora na otroka in pomirjanje povečujejo otrokovo stisko (Blount in sod., 2009; McMurtry in sod., 2006).

Pomirjanje otroka z izjavami, kot so npr. »Ne skrbi.«, »Nič hudega.« ipd. predstavlja za otroka opozorilo, da starši vedo, da se lahko zgodi kaj neprijetnega, s tem pa se otrokova stiska veča. Takšne izjave staršev, ki so pogoste, ko pri otroku opazijo prve znake stiske, predstavljajo tudi usmerjanje pozornosti staršev na otrokovo stisko (McMurtry in sod., 2006). S tem starši otroku ne pomagajo pri iskanju in uporabi strategij spoprijemanja s položajem in zmanjševanja strahu, temveč otrokovo stisko s svojim odzivom še povečujejo. Starši izražajo večje zadovoljstvo z otrokovim obiskom zobozdravnika, imajo pozitivnejši odnos do zobozdravnika in obiska pri njem ter pozitivnejše zaznavajo otrokov odziv na obisk, če so njihove želje, da so ali niso prisotni pri zobozdravstvenih posegih, upoštevane, kot takrat, ko njihove želje niso upoštevane (Kim in sod., 2012).

### **Psihološki pristopi zmanjševanja strahu in spremenjanja otrokovega vedenja pri zobozdravniku**

Raziskave potrjujejo dolgoročno učinkovitost psiholoških pristopov pri zmanjševanju strahu in težavnega vedenja pri zobozdravniku, z njihovo uporabo pa se lahko zmanjša tudi potreba po farmakološkem zdravljenju. Usmerjeni so na povečevanje zaupanja, povečevanje občutka nadzora in razvijanje strategij spoprijemanja s strahom pred zobozdravnikom (Porritt in sod., 2012).

Strategije zmanjševanja težavnega vedenja izhajajo iz vedenjsko-kognitivnega terapevtskega (VKT) pristopa. VKT-model temelji na medsebojno povezanih sistemih kognicij (misli, prepričanj ...), čustev, fizioloških sprememb in vedenja (kaj posameznik reče ali stori), ki so v stalni interakciji z okoljem (Westbrook in sod., 2011). Z VKT-modelom lahko razložimo nastanek in vzdrževanje strahu in težavnega vedenja pri zobozdravniku ter ga uporabimo pri njunem zmanjševanju oz. zdravljenju.



V zobozdravniški praksi lahko za doseganje otrokovega večjega sodelovanja učinkovito uporabljamo posamezne tehnike, ki izhajajo iz VKT-pristopa. Nobena izmed tehnik ni najbolj primerna in uporabna za vse otroke. Uporaba tehnik mora biti prilagojena otrokovim značilnostim (ravni njegovega spoznavnega razvoja, razvojnim posebnostim, osebnostnim značilnostim ...) in odzivom, sicer je manj verjetno, da bo učinkovita. Fleksibilna uporaba tehnik zmanjševanja težavnega vedenja zahteva od celotnega zobozdravstvenega tima več časa, napora in izkušenj (Roberts in sod., 2010).

Nekateri otroci zaradi narave svojih težav in drugih značilnosti zahtevajo intenzivnejšo, celovitejšo in fleksibilnejšo obravnavo, kot jo lahko zagotovi zobozdravstveno osebje. Kadar gre pri otroku za intenziven strah (fobijo), izrazito težavno vedenje ali pridružene motnje, je priporočljiva tudi napotitev k otroškemu kliničnemu psihologu, ustrezno usposobljenemu za izvajanje vedenjsko-kognitivne terapije (Porritt in sod., 2012).

Pred samim pregledom ali postopkom pri zobozdravniku je pomembno zagotoviti ustrezne pogoje, ki vključujejo tako otroku prilagojeno okolje kot ustrezne komunikacijske spretnosti osebja za učinkovito vzpostavitev odnosa z otrokom in starši. Stres staršev in otrok zmanjšamo z informacijami o poteku pregleda oz. posega (zaporedju dogodkov, kaj bo otrok verjetno čutil). Raziskave kažejo, da otroci in starši, ki so o neprijetnem ali bolečem posegu bolje poučeni, na splošno kažejo manj strahu in se med posegom in po njem bolje prilagajajo.

Pomembno je, da so količina informacij, njihova vsebina in čas informiranja (ne prezgodaj in ne tik pred posegom v čakalnici) prilagojeni otrokovi starosti in pričakovanemu posegu (Blount in sod., 2009). K povečevanju zaupanja do zobozdravstvenega osebja in občutka nadzora nad položajem prispevajo poleg informacij o postopkih tudi jasna navodila in dogovori o tem, kako naj otrok izrazi svoje neprijetne občutke, (npr. z dvigom roke) in ustrezne povratne informacije, s katerimi krepimo otrokovo zeleno vedenje (Weinstein, 2008).

Pri zmanjševanju otrokovega težavnega vedenja zaradi strahu ali drugih dejavnikov najpogosteje uporabljamo vedenjske in kognitivne tehnike, s katerimi neposredno spreminjamo vedenje, ali

vedenje spreminjamo posredno, z učinkom na posameznikove misli, telesne odzive in čustva. Čeprav so najpogosteje uporabljene in dokazano učinkovite tehnike v nadaljevanju predstavljene ločeno, se v praksi njihova uporaba medsebojno prepleta.

- Najpogosteje uporabljena tehnika je *distrakcija* (ang. *distraction*), ki pomeni preusmeritev pozornosti od neprijetnega ali bolečega dražljaja. Je preprosta in časovno nezahtevna tehnika, za uporabo ni potrebna nobena dodatna oprema. Lahko je pasivna, pri čemer je otrok tiho in ga s svojim početjem (npr. govorjenjem, petjem, branjem) zamotijo drugi (starši, zobozdravstveno osebje), ali aktivna, pri čemer spodbujamo otroka k sodelovanju (Srouji in sod., 2010). Najpreprostejša oblika distrakcije je, da otroku govorimo o stvareh, ki niso povezane s samim postopkom, lahko pa zanjo uporabimo tudi različne pripomočke ali dodatno opremo, npr. risanke. Distraktor mora biti prilagojen otroku, dovolj privlačen, da pritegne njegovo pozornost, obenem pa naloga ne sme biti prezahtevna, ker ima to lahko nasproten učinek (Maclaren in Cohen, 2007; Srouji in sod., 2010).

- Preprosta in v zobozdravstvu pogosto uporabljena vedenjska tehnika je tudi tehnika *povej-pokaži--naredi* (ang. *tell--show--do*), pri kateri otroku najprej povemo, kaj bomo naredili, mu pokažemo instrumente (njihov zvok, občutek) in jih neposredno potem uporabimo za poseg (ten Berge, 2008). Med posegom lahko otroku govorimo, kaj počnemo, s tem pa zmanjšujemo njegov strah in povečujemo zmožnost spoprijemanja in nadzora.

- *Pozitivna krepitev* (ang. *positive reinforcement*) otrokovega zelenega vedenja (nagrajevanje) poveča verjetnost pojavljanja tega vedenja v prihodnje. Za zeleno vedenje otroka pohvalimo ali mu damo kakšno nagrado (npr. štampiljko, nalepko ...). Nagrajevanje lahko izvedemo tudi skupaj s starši, ki otroku za zeleno vedenje pri zobozdravniku pozneje omogočijo kakšno dejavnost (npr. igro na priljubljenih igralih).

- Otroka lahko pričakovanih ali zelenih vedenj učimo tudi tako, da jih opazuje pri drugi, njemu pomembni, osebi (npr. starših, sorojencu, prijatelju, učitelju) ali z mediji (npr. posnetek, zgodba). To imenujemo *učenje po modelu* (ang. *model learning*). Model lahko pokaže tako učinkovito spoprijemanje s strahom kot druga

pričakovana vedenja ali načine učinkovitega spoprijemanja z novim položajem. V zobozdravstveni ordinaciji so s svojim vedenjem modeli tudi starši in osebje, ki dajejo otroku zgled z mirnostjo in zaupljivostjo. Takšno učenje pa ima lahko tudi negativen učinek, kadar otrok od drugih dobi napačne informacije ali prisotni starši kažejo visoko stopnjo anksioznosti itd. Raziskave potrjujejo enako učinkovitost učenja po modelu v živo ali s posnetkov (Roberts in sod., 2010).

- *Sistematična desenzitizacija (ang. systematic desensitization)* pomeni izpostavljanje posameznika zaporedju izkušenj, povezanih z zobozdravstveno oskrbo, ki si sledijo v zaporedju od tiste, ki je za otroka subjektivno najmanj ogrožajoča, do tiste, ki je zanj najbolj ogrožajoča. Ko otrok doseže sproščenost na eni stopnji, nadaljujemo izpostavljanje na naslednji. Za doseganje sproščenosti lahko uporabimo tudi različne sprostivne tehnike. Izpostavljanje lahko poteka v živo ali s predstavljanjem, v enem ali več zaporednih srečanjih (ten Berge, 2008).

- Otrokovo pozornost od neprijetnih ali bolečih dražljajev lahko preusmerimo tudi s *sprostivnimi tehnikami (ang. relaxation techniques)*, med katerimi se v praksi najpogosteje uporablja tehnika globokega trebušnega dihanja, *predstavljanjem (ang. imagination)* (otroka spodbudimo, da si predstavlja prijetne stvari ali izkušnje, npr. igranje na plaži), njegovo zmožnost spoprijemanja z neprijetnim položajem pa lahko povečamo z učenjem *spodbudnih stavkov (ang. self-talk)* (npr. »Zmorem.«), ki jih otrok uporabi med postopkom.

Strategij učinkovitega spoprijemanja z neprijetnimi dražljaji in položaji učimo tudi starše, s čimer zmanjšamo njihovo stisko in jih naučimo, kako naj učinkovito pomagajo otroku. Starši lahko otroka na obisk zobozdravnika pripravijo tudi z uporabo *igre vlog (ang. role play)* (igro pretvarjanja, v kateri skupaj z otrokom preigrajo obisk pri zobozdravniku) ali obiščejo stavbo in prostor, kjer bo pregled potekal (Maclaren in Cohen, 2007; Srouji in sod., 2010).

Pri pripravi mlajših otrok na zobozdravstveni pregled lahko zobozdravnik sodeluje tudi z vrtcem. Obisk zobozdravnika v vrtcu ali obisk otrok skupaj z vzgojitelji v zobozdravstveni ordinaciji predstavlja priložnost, da otroci spoznajo zobozdravnika, njegove sodelavce, opremo, pripomočke, postopke, potek pregleda ... Ob tem

lahko za pripravo otrok na zobozdravstveni pregled uporabimo igro vlog in/ali učenje po modelu (npr. vzgojitelj in zobozdravnik pokažeta pričakovana vedenja med pregledom) in ob tem prikažemo tudi druge učinkovite strategije spoprijemanja z obiskom zobozdravnika.

### Otroci z zmanjšanimi zmožnostmi

Otrokov razvojni zaostanek, njegove zmanjšane telesne in/ali umske zmožnosti in akutne ali kronične bolezni so lahko razlog za otrokovo nesodelovanje pri zobozdravniku (AAPD, 2012). Izsledki raziskav iz tujine (Hallberg in sod., 2004) kažejo, da predstavlja zobozdravstvena oskrba otrok z zmanjšanimi zmožnostmi za zobozdravnike običajno neznan položaj, v katerem predvsem splošni zobozdravniki poročajo o visoki ravni strokovne negotovosti.

Strah pred zobozdravnikom in pogostost motečih vedenj pri zobozdravniku se pri otrocih z zmanjšanimi zmožnostmi pojavljajo pogosteje kot v splošni populaciji. Z nižjo ravno posameznikovega funkcioniranja se povečuje pogostost motečih vedenj, upada pa motivacija za zdravljenje ter zmožnost uvida in razumevanja procesa zdravljenja (Rudy in Davis III, 2012).

Težavno vedenje pri otrocih z zmanjšanimi zmožnostmi ima lahko različne funkcije. Lahko predstavlja način izražanja potreb, želja ali čustev, izogibanja neprijetnim izkušnjam, pridobivanja pozornosti drugih ali stimulacije idr. (Whitaker, 2001). Zaradi težav pri izvajanju dnevne ustne higiene, pogostejšega bruksizma in drugih stereotipnih funkcij ustne votline ter drugih vzrokov so bolezni in poškodbe ustne votline pri ljudeh z zmanjšanimi zmožnostmi, posebno ob pridruženem motečem vedenju, pogostejše kot v splošni populaciji (Blomqvist in sod., 2006; Luscre in Center, 1996; Newton, 2009).

Postopki obvladovanja bolečine, zmanjševanja strahu in težavnega vedenja, ki so učinkoviti pri otrocih s tipičnim razvojem, pri otrocih z zmanjšanimi zmožnostmi (zmanjšanimi intelektualnimi zmožnostmi, avtizmom in drugimi razvojnimi motnjami) ne delujejo nujno na enak način. Prilagoditi jih je treba ravni otrokovega spoznavnega razvoja, komunikacijskim sposobnostim ter posebnostim in/ali drugim vedenjskim posebnostim.

Raven posameznikovega intelektualnega delovanja določa tudi izbor postopkov za zmanjševanje strahu in motečih vedenj. Učinkoviti so konkretni in vizualno predstavljeni postopki zmanjševanja strahu (izpostavljanje v živo po načelih instrumentalnega pogojevanja in učenja po modelu), pri čemer morajo biti koraki napredovanja majhni, vsakemu uspešno opravljenemu koraku pa mora slediti nagrada (Rudy in Davis III, 2012). Program izvedemo v več zaporednih kratkih obiskih, ob vsakem obisku izvedemo en korak (npr. otrok pride v ordinacijo; usede se na stol; položi roke na naslonjalo in jih mirno drži, dokler ne preštejemo do tri, pri čemer štejemo tako, da mu kažemo prste; odpre usta in jih drži odprta, dokler ne preštejemo do tri ...). Z otrokom se vnaprej dogovorimo, kaj mora narediti, da bo dobil nagrado, pri čemer lahko uporabimo slikovne pripomočke (npr. s sliko posameznega koraka in nagrade, ki mu sledi).

Positivni pristopi spreminjanja vedenja in učenja želenih oblik vedenja, ki temeljijo na učenju po modelu in pozitivnih krepitvah, ki so priporočljivi v zobozdravstveni ordinaciji pri zobozdravstveni oskrbi, so uporabni tudi v vsakdanjem življenju pri skrbi za ustno higieno. Ti pristopi so sprejemljivi tako za otroka kot tudi za starše in zobozdravstveno osebje (Newton, 2009). Študije potrjujejo učinkovitost tehnik sistematične desenzitizacije, učenja po modelu in pozitivnih krepitev pri osebah z zmanjšanimi intelektualnimi zmožnostmi (Newton, 2009; Rudy in Davis III, 2012)

Pri otrocih z avtizmom, za katere so značilne posebnosti pri socialni interakciji, komunikaciji in imaginaciji, so pogosto pridružene druge čustvene in vedenjske motnje (npr. anksioznost, depresivnost, moteča vedenja ...), pretirana ali premajhna občutljivost na različne zaznavne dražljaje, siloviti odzivi na določene dražljaje, ponavljajoča se vedenja, umik in/ali težave pri prilagajanju na spremembe rutin. Otroci z avtizmom se lahko burno ali neobičajno odzovejo na nekatere vonje, zvoke, svetlobo ali dotike med zobozdravstvenim pregledom, obenem pa je uporaba nekaterih sicer učinkovitih pristopov (npr. distrakcija s humorjem, uporaba gest kazanja) zaradi značilnosti njihove motnje pri njih lahko neustrezna. Pri otrocih z avtizmom moramo zato tehnike zmanjševanja strahu in motečega vedenja prilagoditi njihovim vedenjskim in razvojnim značilnostim. Priporočljiva je uporaba konkretnih, vidno predstavljenih tehnik in vključitev staršev.

Uporaba otrokovih specifičnih interesov lahko služi za vzpostavljanje odnosa, povečuje motivacijo in pomaga ohranjati pridobljene spretnosti tudi po zdravljenju (Rudy in Davis III, 2012). Konkretna priporočila za zobozdravnike o obravnavi oseb z avtizmom so dostopna na spletnih straneh organizacij za avtizem iz tujine (npr. <http://www.autism.org.uk/working-with/health/information-for-dentists.aspx>) (NAS, 2013).

Težavna vedenja so pogosta tudi pri otrocih z motnjami pozornosti in hiperaktivnostjo, blažjimi motnjami pozornosti in učnimi težavami. Med 2. in 10. letom se pojavijo pri več kot polovici otrok z motnjami pozornosti in učnimi težavami pri vsaj enem od obiskov zobozdravnika (Blomqvist in sod., 2004). Prilagoditve pri obisku zobozdravnika in uporabo tehnik zmanjševanja strahu in težavnega vedenja potrebujejo tudi otroci z blažjimi razvojnimi motnjami, saj so težavna vedenja pri zobozdravniku zaradi narave njihove motnje pri njih pogostejša kot v splošni populaciji.

### Zaključek

Obisk zobozdravnika je lahko za otroka neprijetna ali stresna izkušnja, tudi če ni povezan z bolečim posegom. Vedenje nekaterih otrok pri zobozdravniku je lahko težavno in moteče za izvedbo pregleda ali določenih postopkov, kar je lahko povezano s strahom pred zobozdravnikom ali otrokovimi splošnimi razvojnimi in vedenjskimi značilnostmi, ki so lahko povezane z določeno razvojno motnjo pri otroku. Zaradi strahu in težavnega vedenja je ovirano zagotavljanje pravočasne in ustrezne zobozdravstvene oskrbe, kar lahko vodi k nižji ravni zobnega zdravja otrok s strahom pred zobozdravnikom in težavnim vedenjem.

Zobozdravstveni delavci v povezavi s starši lahko veliko prispevajo k zmanjševanju otrokovega strahu in težavnega vedenja. Pri tem je poleg preventivnih ukrepov, kot so npr. redni preventivni zobozdravstveni pregledi, pomembna tudi ustrezna usposobljenost zobozdravstvenih delavcev, ki morajo za učinkovito spoprijemanje z vedenjskimi težavami otrok poznati osnovne vedenjske pristope spreminjanja vedenja. Z uporabo teh pristopov in ustrezno poučitvijo staršev o načinih spoprijemanja z otrokovim težavnim vedenjem lahko dosežejo spremembo otrokovega vedenja v zobozdravstveni ordinaciji in poskrbijo za ustrezno zdravljenje.

## Reference

- AAPD. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatr Dent* 2012; 34: 170–82.
- Blomqvist M, Holmberg K, Fernell E, Dahllof G. A retrospective study of dental behavior management problems in children with attention and learning problems. *Eur J Oral Sci* 2004; 112: 406–11.
- Blomqvist M, Holmberg K, Fernell E, Ek U, Dahllof G. Oral health, dental anxiety, and behavior management problems in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Eur J Oral Sci* 2006; 114: 385–90.
- Blount RL, Zervitsky WT, Jaaniste T, Evans S, Cohen LL, Devine KA, Zeltzer LK. Management of pediatric pain and distress due to medical procedures. In: Roberts MC, Steele RG, eds. *Handbook of pediatric psychology*. 4<sup>th</sup> ed. New York: The Guilford Press; 2009: 171–88.
- Carr A. *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Routledge; 2006.
- Carrillo-Diaz M, Crego A, Armfield JM, Romero-Maroto M. Treatment experience, frequency of dental visits, and children's dental fear: A cognitive approach. *Eur J Oral Sci* 2012; 120: 75–81.
- Chapman HR, Kirby-Turner NC. Dental fear in children – a proposed model. *Br Dent J* 1999; 187: 408–12.
- Hallberg U, Strandmark M, Klingberg G. Dental health professionals' treatment of children with disabilities: A qualitative study. *Acta Odontol Scand* 2004; 62: 319–27.
- Kim JS, Boynton JR, Inglehart MR. Parents' presence in the operatory during their child's dental visit: A person-environmental fit analysis of parents' responses. *Pediatr Dent* 2012; 34: 407–13.
- Klaassen MA, Veerkamp JS, Hoogstraten J. Changes in children's dental fear: A longitudinal study. *Eur Arch Paediatr Dent* 2008; 9(Suppl 1): 29–35.
- Klingberg G. Dental anxiety and behaviour management problems in paediatric dentistry – a review of background factors and diagnostics. *Eur Arch Paediatr Dent* 2008; 9(Suppl 1): 11–5.
- 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.
- Luscre DM, Center DB. Procedures for reducing dental fear in children with autism. *J Autism Dev Disord* 1996; 26: 547–56.
- Maclaren JE, Cohen LL. Interventions for paediatric procedure-related pain in primary care. *Paediatr Child Health* 2007; 12: 111–6.
- McMurtry CM, McGrath PJ, Chambers CT. Reassurance can hurt: Parental behavior and painful medical procedures. *J Pediatr* 2006; 148: 560–1.
- Milsom KM, Tickle M, Humphris GM, Blinkhorn AS. The relationship between anxiety and dental treatment experience in 5-year-old children. *Br Dent J* 2003; 194: 503–6.
- NAS. Dental care and autism. Available from: URL: <http://www.autism.org.uk/working-with/health/information-for-dentists.aspx>, accessed Sept 2013
- Newton JT. Restrictive behaviour management procedures with people with intellectual disabilities who require dental treatment. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2009; 22: 8.
- Porritt J, Buchanan H, Hall M, Gilchrist F, Marshman Z. Assessing children's dental anxiety: A systematic review of current measures. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013; 41: 130–42.
- Porritt J, Marshman Z, Rodd HD. Understanding children's dental anxiety and psychological approaches to its reduction. *Int J Paediatr Dent* 2012; 22: 397–405.
- Rachman S. The conditioning theory of fear-acquisition: A critical examination. *Behav Res Ther* 1977; 15: 375–87.
- Roberts JF, Curzon ME, Koch G, Martens LC. Review: Behaviour management techniques in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent* 2010; 11: 166–74.
- Rudy BM, Davis III TE. Interventions for specific phobia in special populations. In: Davis III TE, Ollendick TH, O'st L-G, eds., *Intensive one-session treatment of specific phobias*. New York: Springer; 2012: 177–93.
- Srouji R, Ratnapalan S, Schneeweiss S. Pain in children: Assessment and nonpharmacological management. *Int J Pediatr*, 2010; 2010.
- ten Berge M. Dental fear in children: Clinical consequences. Suggested behaviour management strategies in treating children with dental fear. *Eur Arch Paediatr Dent* 2008; 9(Suppl 1): 41–6.
- Themessl-Huber M, Freeman R, Humphris G, MacGillivray S, Terzi N. Empirical evidence of the relationship between parental and child dental fear: A structured review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent* 2010; 20: 83–101.
- Weinstein P. Child-centred child management in a changing world. *Eur Arch Paediatr Dent* 2008; 9(Suppl 1): 6–10.
- Westbrook D, Kennerley H, Kirk J. *An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications*. Los Angeles: Sage; 2011.
- Whitaker P. *Challenging behaviour and autism – making sense – making progress*. London: The National Autistic Society; 2001.
- asist. dr. Jana Kodrič, univ. dipl. psih., spec. klinične psihologije; UKC Ljubljana, Pediatrična klinika, Bohoričeva 20, Ljubljana