

«ТРУДНЫЙ РЕБЕНОК» НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА - СТОМАТОЛОГА

Леонович О.М.

Белорусский государственный медицинский университет, г.Минск

Достижения современной стоматологии связаны с разработкой средств и методов профилактики и лечения стоматологических заболеваний у детей, при их использовании можно существенно снизить распространенность стоматологических заболеваний. Однако выполнить необходимые манипуляции в полости рта маленького ребенка иногда бывает практически невозможно. Причина в негативном отношении детей к посещениям стоматолога и к проведению любых действий во рту, даже в домашних условиях. Приверженность взрослых к собственным моделям заботы о себе и своем здоровье, связанная с «детским» опытом лечения зубов, выраженная дентофобия, неустойчивость эмоциональной сферы настолько доминируют в поведении близких им взрослых, что мотивация детей к лечению и профилактике кариеса зубов оказывается незначительна. Важное значение в формировании и развитии мотивации к лечению и получению результата от его реализации имеет личность врача, его профессиональная компетентность в вопросах психопрофилактики и психокоррекции страха у детей, а также

способность врача управлять поведением ребенка и взрослого, приведшего его на стоматологический прием. Важность психологического аспекта в детской стоматологии очень точно сформулировал d.McElroy (2001г. США): «Даже если стоматологическое вмешательство выполнено безупречно, посещение врача-стоматолога можно считать неудачным, если ребенок выходит из кабинета врача в слезах».

Управление поведением пациента – это средство, способствующее быстрому и эффективному проведению манипуляций врачом и одновременно формированию позитивного отношения маленького пациента к стоматологическому приему. Рассматривая общественно-детерминированную деятельность термином «поведение» оценивают действия человека по отношению к обществу и другим людям, на соответствие их общественным нормам нравственности и права. Единицами поведения являются поступки, в которых формируется и демонстрируется позиция личности и ее моральные убеждения. Для оценки поведения маленького пациента и выбора метода управления им нужно знать основы психологии развития ребенка, учитывать социальную ситуацию в которой происходит его развитие ведущую деятельность, с которой преимущественно оно связано мотивационно-потребностную и интеллектуальную сферу личности.

В возрасте до двух лет дети имеют малый словарный запас и слабое представление о предстоящих стоматологических манипуляциях. Человек в белом халате чаще всего ассоциируется у них с прививкой сдачей анализа, или еще с чем-то неприятным. Адекватное общение с ребенком этого возраста невозможно (первый тип по Франклу), но все же возможно проведение диагностических и лечебных манипуляций без седации, а следовательно именно на этом этапе нужно начинать формирование позитивного отношения к стоматологическому вмешательству.

Способность к сотрудничеству с двух летнего возраста детей варьирует в зависимости от их словарного запаса, который активно пополняется. Дети ещё слишком малы, чтобы управлять ими только словами, они стесняются новых людей, мест. Всякий новый предмет детям нужно осмотреть и потрогать, чтобы понять для чего он; не причинит ли он вред и не обусловит ли боль. В новой ситуации они ищут защиты у родителей и не воспринимают уговоров посторонних. Дети этой возрастной группы должны находиться в кабинете врача вместе с родителями, оставлять ребенка моложе трех один на один с врачом допустимо только в критических случаях.

Дети раннего возраста, как правило, больше других, боятся неожиданных движений, резких звуков и незнакомых людей. Лечение, сопровождающееся необычными звуками, запахами, ярким светом, связанное с применением инструментов, может усилить чувство страха. Так как словарный запас ребенка ограничен, его страх проявляется в громком плаче и мимике. Дети в большей мере реагируют не на слова, а на невербальные характеристики обращения: громкость голоса и интонацию, улыбку врача или его нахмуренное лицо.

Результативность посещения ребенком врача-стоматолога зависит не только от технических навыков врача. Поведенческие реакции ребенка на стоматологическом приеме определяются стилем организации приема врачом, количеством и качеством негативных раздражителей, психологическим состоянием уровня тревожности и эмоциональной реактивности ребенка и его родителей.

Для выбора того или иного стиля взаимодействия с малышом на стоматологическом приеме врач должен оценить уровень тревожности маленького пациента и возможности контроля над его поведением. При диагностике уровней тревожности используют разные методы: методы, основанные на определении физиологических параметров тревожности, методы опроса, проективные методы, а также методы, базирующиеся на наблюдении за поведением ребенка. Например, при использовании рейтинговой шкалы Франкла выделяют четыре типа поведения детей:

F1 – абсолютно негативное; ребенок отказывается от лечения: плачет, полон страха;

F2 – негативное; ребенок с неохотой принимает лечение, имеются некоторые признаки негативизма, но они не выражены явно;

F3 – позитивное; ребенок принимает лечение, с настороженностью, но он выполняет требования врача;

F4 – абсолютно позитивное: хороший контакт с врачом, ребенок проявляет интерес к проводимым процедурам, смеется, радуется.

Дети до трех лет, как правило, соответствуют в классификации Франкла типам поведения F1 и F2.

Существует много способов влияния на поведение детей. По нашему мнению, при работе с детьми раннего возраста, наиболее приемлемы предварительная модификация поведения, целенаправленное формирование поведения (тактика «рассказываю – показываю – делаю», «теорией стимул-ответ»); материальное подкрепление.

Предварительная модификация поведения маленького пациента нужна чтобы позитивно настроить его на визит к стоматологу и подготовить к предстоящему визиту. Предварительная модификация поведения имеет важное значение, так как первый визит ребенка к врачу формирует его отношение к стоматологии. Благополучное первое посещение первый шаг к дальнейшему успеху.

Существует несколько методик предварительной модификации поведения ребенка: показ видеофильмов, мультфильмов, мотивирующих пособий, демонстрация муляжей и живых моделей (пример других детей).

Формирование поведения (устойчивой мотивации к лечению) – это общепринятая немедикаментозная методика постепенного формирования желаемого поведения ребенка посредством закрепления и усиления его положительных проявлений до тех пор, пока поведение не станет подходящим. Она основана на установлении связи между стимулом и ответной реакцией. Иногда эту методику называют «теорией стимул – ответ». Врач учит ребенка,

как себя вести: разъясняет ребенку основную цель процедуры; объясняет ему необходимость проведения этой процедуры; объяснение разделяет на несколько частей, так как детям не всегда удается сразу понять суть процедуры. Чтобы ребенок понимал доктора, все объяснения должны соответствовать уровню его развития. Врачу необходимо находиться в постоянном контакте с пациентом, усиливать и закреплять желаемое поведение, давая незамедлительно и положительную оценку проявлениям желаемого поведения. Нужно игнорировать незначительные проявления нежелательного поведения (они исчезнут сами по себе, если не акцентировать на них внимания ребенка).

В методике формирования поведения ребенка, кроме стремления к усилению признаков желаемого поведения, допускается целесообразность возвращения назад, если ребенок снова начинает вести себя неправильно. Например, если ребенку показывают какой-либо инструмент, а он на него не смотрит, необходимо сделать шаг назад и вернуться к объяснениям. Если врач спешит, отклоняется от рекомендуемой модели общения, пропускает некоторые этапы и начинает лечение, не добившись от ребенка желаемого поведения, то вероятность плохого поведения ребенка значительно увеличивается. Данная методика влияния на поведение ребенка приемлема приблизительно с двух летнего возраста.

Желательное поведение ребенка можно закрепить поощрением. Наиболее эффективным видом поощрения является материальное подкрепление – подарок, который должен быть использован как выражение благодарности врача за хорошее поведение ребенка, а не как подкуп в целях получения от ребенка обещания, о хорошем поведении в будущем. Подарок остается у ребенка приятным воспоминанием о визите к стоматологу. Метод эффективен во всех возрастных периодах.

Целью нашего исследования является анализ возможности немедикаментозного управления поведением детей младшего возраста (до трех лет) на стоматологическом приеме.

Основные задачи, которые решались в ходе работы, таковы:

- выявление распределения детей этой возрастной группы по поведенческой шкале Франкла;
- выбор и апробация различных методов коррекции поведения у детей указанного возраста на стоматологическом приеме;
- Оценка эффективности использованных методов коррекции поведения.

Нами проанализировано поведение 85 детей в исходном возрасте от одного года до трех лет.

К типу F1 по Франклу отнесено 50 детей (из них 90 % – дети до двух лет); к типу F2 по Франклу – 35 детей (большинство старше 2 лет).

По истечении двух лет работы с этим детьми самым младшим из них было около 3 лет, самым старшим около 5 лет, и ни один ребенок из детей уже не соответствовал типам F1 или F2 по Франклу. Дети приблизительно поровну распределились по типам F3 и F4. Ни один ребенок не был отправлен на

лечение зубов под наркозом. Эти результаты можно трактовать как доказательство достаточно высокой эффективности используемых техник влияния на поведение и его формирования.

Для иллюстрации общения врача с пациентом выделим частный клинический случай. Виталику 2 года. В первое посещение, в силу возраста, тип его поведения по шкале Франкла F2. Во время этого визита объяснили маме, что нашей целью должно стать не только лечение зубов, но и налаживание с малышом хороших отношений. Мама соглашается на то, чтобы первые два визита стали профилактическими. Далее мы осматриваем малыша, обозначаем проблемы, поражены верхние центральные резцы – вестибулярная и оральная поверхности; неудовлетворительна гигиена полости рта; сообщаем информацию о раннем детском кариесе, выдаем памятку, просим прийти на следующий прием со средствами гигиены, указанными в памятке, а также подарком для малыша. Общение при первом посещении продолжалось 10 мин.

Второй визит начался с обучения малыша уходу за полостью рта. Мама показывает, как она чистит зубы ребенку, мы исправляем и дополняем. Сидящему в кресле малышу предложили выбрать игрушку (он выбрал резиновую игрушку) и надеть солнцезащитные очки. В это посещение данному малышу мы вылечили один зуб с использованием ART-технологии, и вручили подарок. Продолжительность визита составила 20 минут. При этом: солнцезащитные очки не только защищали глаза ребенка от яркого света, но и служили своеобразным отвлечением: малыш ощущал себя «спрятанным» и более спокойно отнесся к лечению зубов. Старшие дети так и говорили: «Как будто нас тут нет». Сжатие резиновой игрушки в руках также способствовало отвлечению ребенка от основного события.

В третье посещение мы вылечили все остальные пораженные кариесом зубы с использованием ART-технологии: оральные и вестибулярные поверхности всех центральных резцов. Продолжительность визита составила 20 минут. Вручили подарок, все остались довольны. Следующий визит запланировали через 2 месяца.

В дальнейшем кратность визитов была близкой к одному визиту раз в 3 месяца; в работе с мальчиком активно использовались все методы домашней и профессиональной профилактики. Сегодня Виталику почти 4 года состояние его зубов характеризуется индексом (кпу=5), и поведение по шкале Франкла соответствует типу F4 – он хорошо идет на контакт в врачом.

Таким образом, можно утверждать, что сегодня детский стоматолог может оказывать эффективную стоматологическую помощь детям раннего возраста, применяя в сочетании различные немедикаментозные методы управления поведением ребенка и щадящие, не травматичные методы лечения.