

На правах рукописи

Фалько Евгения Николаевна
Психологическая подготовка ребёнка
на приёме у детского врача-стоматолога

14.01.14 – Стоматология (мед. науки)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2014

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России)

Научный руководитель: ЕЛИЗАРОВА Валентина Михайловна – Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор кафедры детской стоматологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова

Научный консультант: СИРОТА Наталья Александровна - доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой клинической психологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова

Официальные оппоненты:

Севбитов Андрей Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики стоматологических заболеваний ГБОУ ВПО «Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Косырева Тамара Фёдоровна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГАОУ ВПО «Российского университета дружбы народов» Министерства образования Российской Федерации.

Ведущее учреждение: ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Министерства здравоохранения РФ

Защита состоится «_03_» марта_ 2014г. в 10 часов на заседании диссертационного совета Д 208.041.03, созданного на базе ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России по адресу: 127473, Москва, ул. Долгоруковская, д.4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова (127206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 10а) и на сайте университета

<http://dissov.msmsu.ru>

Автореферат разослан _____ 2014 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук,
профессор

Гиюева Юлия Александровна

Актуальность

Проблема коррекции тревожности у детей на сегодняшний день приобрела особую значимость, поскольку каждый второй ребёнок в возрасте от 2 до 9 лет испытывает страх (Арефьева Т.А., Галкина Н.И., 2009; Krikken J.B., Veerkamp J.S., 2008). Наиболее остро данная проблема стоит в практике врача-стоматолога детского: ряд российских и зарубежных исследователей показали, что для 86-90,9% детского населения в возрасте от 3 до 7 лет лечение зубов является психоэмоциональным стрессом и сопровождается негативными поведенческими реакциями. В будущем это приводит к отказу от лечения на многие годы (Выгорко В.Ф., 2001; Киселёва Е.Г., 2006; Сосильникова Е.А., 2010; Tanabe Y. et al., 2002; Rantavuori K., 2009). Однако имеются немногочисленные данные о возрастных различиях нуждаемости в психологической коррекции тревожности и страха у детей на стоматологическом приёме.

Данные литературных источников показывают, что для купирования стресса и тревожности перед проведением стоматологического лечения у детей часто используются медикаментозные препараты, например: транквилизаторы бензодиазепинового ряда (Выгорко В.Ф., 2001; Кридон Р.Л., 2003; Стош В.И., Рабинович С.А., 2007; Васянина А.А., 2008; Золотусский А.Г., 2012; Primosch R.E., Bender F., 2001; Aitken J.C., 2002; Farhat-McHayleh N., Harfouche A., Souaid P., 2009); препарат «Тенотен детский» (Сосильникова Е.А., 2010). Нефармакологические методики коррекции поведения на стоматологическом приёме в основном исследованы зарубежными авторами (Райт Дж. и соавт., 2008; Faule S.A. et al., 2003; Folyan M.O., 2003; Ten Berge M., 2008; Ram D. et al., 2010). В нашей стране таких исследований недостаточно.

Психологи и психиатры предупреждают родителей относительно негативного эффекта обсуждения врачей, в частности стоматологического профиля в присутствии впечатлительных маленьких детей. Истории, переданные от взрослых детям, могут годами работать как источник их плохого поведения (Айке Д., 1998; Захаров И.А., 2000; Гиппенрейтер Ю.Б., 2002; Wright G.Z. et al.,

1983; Crossley M.L., Josi G., 2002; Rantavuori K. et al., 2009; America L. et al., 2012). Ребенок, по словам В.И. Гарбузова (1994), неразрывно связан со своими родителями, и на него распространяется личностная психологическая защита родителей. Неблагоприятны последствия высокой тревожности матери в отношении здоровья ребенка. Отсюда слишком обременительный контроль над ребёнком, внушение, передача ему своей тревожности и страхов (Сатир В., 2000; Ларенчина Е.В., 2003; Johnson R., Baldwin D.C., 1968; Bailey P. et al., 1973; Wright et al., 1980; Bankole O.O. et al., 2004; Crowley E. et al., 2005; Lara A. et al., 2012).

На сегодняшний день сохраняется необходимость нефармакологической коррекции поведения ребёнка на стоматологическом приёме. Остаётся открытым вопрос влияния стереотипа поведения родителей на поведение ребёнка у детского врача-стоматолога.

Цель исследования: снижение уровня страха и тревожности на стоматологическом приёме при помощи психологических методов, используемых у детей дошкольного возраста с разным уровнем сотрудничества.

Задачи исследования

1. Изучить особенности эмоционального состояния и поведения детей от 3 до 7 лет перед визитом к врачу-стоматологу и на стоматологическом приёме.
2. Разработать подход к психологической подготовке ребёнка на стоматологическом приёме на основе метода игрокуклотерапии и оценить его эффективность.
3. Внедрить психологические методики, позволяющие поддерживать эффективный уровень сотрудничества с ребёнком.
4. Исследовать особенности влияния родителей на поведение ребёнка на стоматологическом приёме.

Научная новизна

Выполнена оценка эмоционального состояния и особенности поведения детей в возрасте от 3 до 7 лет на стоматологическом приеме.

Оценена эффективность метода игрокуклотерапии, как компонент психологической подготовки ребёнка к стоматологическому осмотру и дальнейшему стоматологическому лечению.

Предложена оценочная шкала поведения родителей на приёме у врача-стоматолога детского.

На основе влияния родителя на поведение ребёнка установлена необходимость присутствия или отсутствия родителя в стоматологическом кабинете во время лечения.

Теоретическая и практическая значимость

Внедрение игрокуклотерапии, а также психологических методов поддержания эффективного уровня сотрудничества с ребёнком на стоматологическом приеме позволит повысить качество оказания стоматологических услуг, мотивацию пациентов к посещению врача-стоматолога.

Определение степени влияния родителей на поведение ребёнка позволит стоматологической команде грамотно и эффективно выстраивать отношения с маленькими пациентами.

Разработанные рекомендации для врачей-стоматологов детских по применению психологических способов коррекции поведения ребёнка на стоматологическом приёме приведут к более качественному выполнению лечебных манипуляций.

Разработанная аудиовидеопрезентация позволит подготовить родителей к предстоящему лечению их ребенка, что в свою очередь приведет к снижению уровня тревожности как родителя, так и пациента-ребёнка.

Внедрение результатов исследования

Результаты, полученные в ходе исследования, внедрены в работу в отделение детской терапевтической стоматологии Центра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МГМСУ имени А.И.Евдокимова и детской

стоматологической клиники «Дентал Фэнтази». Материалы исследования включены в лекции и практические занятия кафедры детской терапевтической стоматологии МГМСУ имени А.И.Евдокимова для студентов, врачей-слушателей ФПДО и для повышения квалификации преподавателей ВУЗов.

Основные положения, выносимые на защиту

- 1.** Тревожность и страх у детей 3-7 лет перед посещением врача-стоматолога, негативно влияет на качество оказываемых стоматологических услуг и подчеркивает необходимость психологической подготовки ребенка и сопровождающего его лица на стоматологическом приёме с целью установления контакта «врач – маленький пациент» и формирования долгосрочных доверительных отношений.
- 2.** Игроуклотерапия, являясь эффективным психотерапевтическим средством в условиях детского стоматологического приёма, позволяет подготовить ребёнка к предстоящему лечению, снизить уровень тревожности и негативного отношения к стоматологическим процедурам.
- 3.** Выявление типа поведения родителя на стоматологическом приёме, оценка взаимоотношений «ребёнок-родитель» позволят врачу-стоматологу детскому оценить необходимость присутствия или отсутствия родителя во время проведения лечебных и профилактических мероприятий.

Апробация работы

Материалы диссертации доложены и обсуждены на: конференции молодых ученых на КДТС МГМСУ, Москва, 29 марта 2013; межкафедральной конференции молодых ученых МГМСУ, Москва, 23 апреля 2013; IX научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии детского возраста и профилактики стоматологических заболеваний», Санкт-Петербург, 15 мая 2013; 24 конгрессе международной Ассоциации детской стоматологии, Сеул, Южная Корея (24th Congress of the International Association of Paediatric Dentistry,

Seul, June 12-15, 2013); конференции молодых ученых на КДТС МГМСУ, Москва, 27 февраля 2014; межкафедральной конференции молодых ученых МГМСУ, Москва, 17 марта 2014; 12 конгрессе Европейской Академии детской стоматологии, Сопот, Польша, июнь 2014 (12-th Congress of the European Academy of Pediatric Dentistry, Poland, Sopot, 5-8 June 2014).

Апробация диссертации была проведена 03 июля 2014г. на совместном заседании сотрудников кафедры детской терапевтической стоматологии, кафедры детской челюстно-хирургической стоматологии МГМСУ имени А.И.Евдокимова.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 8 печатных работ в научных сборниках и журналах, в том числе 3 статьи в журналах, рекомендованных перечнем ВАК Минобрнауки РФ.

Личное участие

Автором принимал непосредственное участие в диагностическом обследовании 200 детей: проведение психологического теста «Паровозик», 100 обследований по системе H.Sarnat, санации полости рта этих детей. Проведено анкетирование 100 родителей по методике А.И.Марковской. Автором разработана оценочная шкала типов поведения родителей на стоматологическом приеме. Автором самостоятельно проанализированы полученные результаты и сделаны выводы с помощью методов статистической обработки полученных данных.

Структура диссертации и объём

Диссертация состоит введения, 5 глав: обзор литературы, материалы и методы, 2 главы собственных исследований, заключение с обсуждением результатов; содержит выводы, практические рекомендации и список литературы. Текст диссертации изложен на 174 страницах, иллюстрирован 26 рисунками и 1 схемой, содержит 29 таблиц. Указатель литературы включает 195 источников, из них 79 источников иностранных авторов.

Основное содержание работы. Методология и методы исследования

На базе поликлиники кафедры детской стоматологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова и клиники «Дентал Фэнтези» (г. Москва) нами проведено обследование 200 детей и 100 родителей, которые обратились за стоматологической помощью с детьми в возрасте от 3 до 7 лет. Дети были разделены на 2 группы исследуемую, в которой проводился метод игрокуклотерпии в комплексе с психологическими методиками, и группу сравнения (перед лечением проводилась ознакомительная предварительная беседа, игрокуклотерапия не использовалась).

Критерии включения: возраст детей от 3 до 6 лет 11 месяцев; дети с разным уровнем сотрудничества; дети 1,2,3 группы здоровья; регион проживания детей – Москва и Московская область; первичное обращение за стоматологической помощью или повторное через 8 месяцев после предыдущего; необходимость санации полости рта, индекс кпу/КПу – 3 и более.

Критерии невключения: пациенты младше 3 лет, старше 6 лет 11 месяцев и 29 дней; дети, которым требовалось оказание неотложной стоматологической помощи; наличие психоневрологических заболеваний, ограничивающих участие в исследовании; наличие декомпенсированных соматических заболеваний; отказ родителей от участия в исследовании.

Перед консультацией родителям предлагалась анкета М.А. Панфиловой с вопросами, по которым они оценивали состояние ребёнка на момент посещения врача. Цель анкетирования – анализ понимания родителями эмоционального развития ребёнка, его привязанностей, особенностей воспитания в семье.

Оценка взаимоотношения и взаимодействия родителей с детьми проводилась на основании анкетирования по методике И.М. Марковской, разработанной для родителей дошкольников и младших школьников. Согласно этой методике, родителям было предложено 60 высказываний, и предлагалось оценить степень согласия с каждым утверждением по пятибалльной системе.

Подсчёт баллов проводился врачом уже после первого приёма к следующему посещению.

До посещения врача и после первой встречи с врачом для определения уровня тревожности ребёнка нами проводился тест «Паровозик» - модификация теста М.Люшера для детей в возрасте от 2,5 лет.

Перед лечением и во время лечения была выполнена оценка поведения детей по системе Сарнат (Sarnat Н.В., 1972), согласно которой выделяется 5 типов поведения: *активное сотрудничество, пассивное сотрудничество, нейтральное поведение, протестное поведение, абсолютное отсутствие сотрудничества.*

В ходе работы нами разработана оценочная шкала поведения родителей на стоматологическом приёме. Согласно оценочной шкале типы поведения родителей распределяются следующим образом: **1-й тип поведения: родитель, отбирающий у ребёнка инициативу.** Сопровождающий ребёнка родитель отвечает вместо ребёнка, не давая маленькому пациенту самому отвечать на вопросы; повторяет «не больно, не страшно», иногда обманывает ребёнка словами «тебе ничего делать не будут»; может перебивать врача. **2-й тип поведения: родитель, обеспечивающий чрезмерную опеку ребёнку.** Сопровождающий ребёнка родитель (в большинстве случаев, мама), жалеет его («мой маленький, ничего не бойся, мама с тобой»), во время рассказа врача вмешивается, перебивает, пытается донести ту же информацию своими словами, зачастую искажая смысл. **3-й тип поведения: родитель, торгующийся с ребёнком.** Родитель пытается договориться с ребёнком, торгуясь, обещая поощрение, подарки, не слушая объяснения врача, по-своему интерпретирует слова врача, иногда меняя и заметно искажая смысл слов, сказанных врачом. **4-й тип поведения: молчаливый наблюдатель.** Родитель ничего не говорит, не вмешивается в разговор, не комментирует слова своего ребёнка, наблюдает за тем, как происходит общение врача с ребёнком. **5-й тип поведения: родитель, обеспечивающий поддержку ребёнку.** Родитель доверяет врачу, передаёт ему инициативу; повторяет ребёнку: «ты молодец!», игнорирует плохое поведение

ребёнка, кратковременный плач, капризы, поддерживает ребёнка словами: «ты герой, ты справишься!». **6-й тип поведения: родитель, полностью доверяющий врачу.** Родитель покидает кабинет врача сразу после согласования плана лечения. Психологическая подготовка детей исследуемой группы проводилась при помощи игрокуклотерапии в комплексе с психологическими методиками – знакомство ребёнка со стоматологической обстановкой, инструментами, их звуками и действием через игру посредством пластмассовой куклы Doctor Drill”n fill, у которой широко открывается рот, имеются крупные зубы (фирма «Play Doh»). В набор куклы входят пластмассовые инструменты, которые похожи на реальные стоматологические.

Комплекс психологической подготовки ребёнка к стоматологическому приёму включал следующие техники: язык принятия, активное слушание, язык метафор, внушение, каталепсия руки, игнорирование проблемного поведения, техника замешательства, голосовой контроль.

Регламент пребывания ребёнка в стоматологическом кабинете не менее 30 и не более 60 минут. За этот период налаживался контакт между врачом и пациентом, врач мог более чётко понять степень готовности ребёнка к лечению.

Критерием эффективности игрокуклотерапии в комплексе с психологическими методиками служила готовность ребёнка к проведению не инвазивных, а в дальнейшем инвазивных методов лечения зубов. В случае отказа ребёнка от инвазивных методов лечения после троекратного проведения игрокуклотерапии принималось решение о необходимости выполнения санации полости рта в условиях общего обезболивания.

Методы статистической обработки данных: статическая обработка полученных данных проведена с использованием метода критериев знаков G, критерия для сравнения независимых выборок – ϕ^* Фишера, метода наименьших квадратов, t-критерия Стьюдента.

Результаты собственных исследований

В ходе нашего исследования мы выявили, что чаще всего в предварительной психологической подготовке нуждались дети в возрасте 4 и 5 лет, причём в наибольшей степени подготовка требовалась мальчикам. Для девочек чаще психологическая коррекция поведения требовалась в 5 лет (таблицы 1,2).

Таблица 1

Распределение обследованных детей по полу и возрасту в исследуемой группе

возраст	3 года		4 года		5 лет		6 лет	
	м	д	м	д	м	д	м	д
Число человек	9	11	19	1	19	15	6	11
итого	20		29		34		17	

Таблица 2

Распределение обследованных детей по полу и возрасту в группе сравнения

возраст	3 года		4 года		5 лет		6 лет	
	м	д	м	д	м	д	м	д
Число человек	12	7	20	14	18	12	10	7
итого	19		34		30		17	

Анализ индекса интенсивности кариеса зубов - «кпу з» у детей 3-5 лет и «кпу+КП з» у детей 6 -7 лет выявил среднее значение **6,13+-0,94**.

Результаты оценки психического состояния детей исследуемой группы, полученные с помощью психологического теста «Паровозик», выполненного перед встречей с врачом-стоматологом детским в комнате ожидания приёма, представлены в таблице 3.

Таблица 3

Число детей исследуемой группы по возрасту в зависимости от эмоционального состояния

Возраст	Этапы обследования эмоционального состояния детей	
	до встречи с врачом	после встречи с врачом и игрокуклотерапии в комплексе с психологическими методиками

		высокий негатив	средний негатив	лёгкий негатив	ПОЗИТИВ	высокий негатив	средний негатив	лёгкий негатив	ПОЗИТИВ
3 года	n	1	11	8	0	1	1	6	11
	%	5	55	40		5	5	30	55
4 года	n	3	14	12	0	0	3	14	12
	%	10,34	48,27	41,37			10,34	48,27	41,37
5 лет	n	8	11	15	0	2	6	14	11
	%	23,52	32,35	44,11		5,88	17,64	41,17	32,35
6 лет	n	1	6	10	0	0	1	7	9
	%	5,88	35,29	58,82			5,88	41,17	52,94
Итого		13	42	45	0	3	11	43	43

Перед встречей с врачом большинство детей исследуемой группы (55%) были тревожно настроены: 13 детей продемонстрировали высокий уровень сопротивления (негативного настроения), 42 человека имели негативный настрой средней степени; лёгкую степень негатива имели 45 человек. Среди всех детей в исследуемой группе не было выявлено ни одного ребенка с позитивным настроением перед встречей с врачом-стоматологом детским. После проведения игрокуклотерапии в исследуемой группе наблюдалось позитивное изменение в сторону значительного улучшения эмоционального фона: с негативным настроением только 3 ребёнка, со средним уровнем негатива – 11 детей, негатив лёгкой степени и позитив продемонстрировали по 43 ребёнка соответственно. Достигнуты снижение реакции высокого и среднего сопротивления лечению, формирование позитивной реакции после проведения игрокуклотерапии в комплексе с психологическими методиками (таблица 3).

При оценке эмоционального состояния детей группы (таблица 4) сравнения мы наблюдали ту же тенденцию: 14 детей имели высокий уровень сопротивления (негативного настроения), у 42 детей – негативный настрой средней степени, у 45 детей – лёгкая степень негатива. Среди всех детей в группе сравнения также не выявлено ни одного ребенка с позитивным настроением перед встречей с врачом-стоматологом детским.

Замечена тенденция улучшения эмоционального фона у детей группы сравнения после посещения стоматолога: с негативным настроем – 4 детей, со средним негативом - 33 ребёнка, с лёгким негативом - 48 детей, с позитивным настроем – 14 детей. Эта тенденция значительно меньше, чем при проведении игрокуклотерапии, и связана с профессионализмом и опытом детского стоматолога, нацеленного на формирование доверия и снижения уровня эмоционального переживания ребёнка.

Таблица 4

Число детей группы сравнения по возрасту в зависимости от эмоционального состояния детей

Возраст		Этапы обследования эмоционального состояния детей							
		до встречи с врачом				после встречи с врачом и без игрокуклотерапии			
		высокий негатив	средний негатив	лёгкий негатив	позитив	высокий негатив	средний негатив	лёгкий негатив	позитив
3 года	n	2	11	6	0	1	4	12	2
	%	10,52	57,89	31,57		5,26	21,04	63,15	10,52
4 года	n	4	15	15	0	0	13	14	6
	%	11,7	44,11	44,11			38,23	41,17	17,64
5 лет	n	7	8	15	0	3	9	14	4
	%	23,34	26,67	50		10	30	46,67	13,33
6 лет	n	1	6	10	0	0	7	8	2
	%	5,88	35,29	58,82			41,17	47,05	11,76
Итого		14	40	46	0	4	33	48	14

Стоит также отметить, что уровень среднего негативного отношения остается без проведения игрокуклотерапии достаточно высоким, что может привести к изменению отношения ребенка со среднего уровня сопротивления к лечению до высокого, что вероятнее, чем изменение со среднего до легкого сопротивления лечению.

Для установления соотношения уровня эмоционального состояния «до» и «после» терапии полученные данные мы подвергли математической обработке по критерию знаков G (таблица 5). Нами выявлено, что наиболее типичными для

исследуемой группы обследуемых детей являются «положительные» сдвиги, в то время как для группы сравнения – типичные «нулевые» сдвиги. Это говорит о том, что эмоциональное состояние детей без игрокуклотерапии практически не изменяется.

Таблица 5

Расчет количества положительных, отрицательных и нулевых сдвигов по виду эмоционального состояния в двух группах детей

Сдвиг	Количество сдвигов по виду реакции				
	Высокий негатив	Средний негатив	Легкий негатив	Позитив	Сумма
группа 1 - исследуемая					
Положительный	11; $G_{эмп}=0$; $G_{кр}(p \leq 0,05)=2$; $G_{кр}(p \leq 0,01)=1$. $G_{эмп} < G_{кр}$.	40; $G_{эмп}=0$; $G_{кр}(p \leq 0,05)=14$; $G_{кр}(p \leq 0,01)=12$. $G_{эмп} < G_{кр}$	41; $G_{эмп}=0$; $G_{кр}(p \leq 0,05)=14$; $G_{кр}(p \leq 0,01)=12$. $G_{эмп} < G_{кр}$	0	92
Отрицательный	0	0	0	0	0
Нулевой	3	0	5	0	8
группа 2 – группа сравнения					
Положительный	10; $G_{эмп}=0$; $G_{кр}(p \leq 0,05) = 1$; $G_{кр}(p \leq 0,01) = 0$. $G_{эмп} \leq G_{кр}$	17; $G_{эмп}=0$; $G_{кр}(p \leq 0,05)=4$; $G_{кр}(p \leq 0,01)=3$. $G_{эмп} < G_{кр}$	15; $G_{эмп}=0$; $G_{кр}(p \leq 0,05)=3$; $G_{кр}(p \leq 0,01)= 2$. $G_{эмп} < G_{кр}$.	0	42
Отрицательный	0	0	0	0	0
Нулевой	4	23	31	0	58

Математический анализ выявил, что доля детей с положительным эффектом улучшения эмоционального состояния в исследуемой группе больше, чем в группе сравнения (таблица 6).

Таблица 6

Четырехпольная таблица (по Сидоренко Е.В., 1996) для расчета критерия при сопоставлении двух групп испытуемых по процентной доле появления положительного эффекта после посещения стоматолога

Группы	«Есть эффект»		«Нет эффекта»		Суммы
	Количество испытуемых	% доля	Количество испытуемых	% доля	
Группа	92	92% $\Phi_1(92\%) =$	8	8%	100

исследуемая		2,568			
Группа сравнения	42	42% $\varphi_2(42\%) =$ 1,410	58	58%	100
Суммы	134		66		200

Анализ поведения детей, проведенный по системе Сарнат (Sarnat Harvey В., 1972) до лечения и после проведения игрокуклотерапии показал, что средняя оценка поведения до встречи с врачом составляла 2,80; дети плакали, нуждались в убеждении (3 балла, *нейтральное поведение*). После проведения игрокуклотерапии показатель по системе Сарнат составил 1,76 – *пассивное сотрудничество*: покорность, спокойствие (таблица 7).

Таблица 7

Оценка поведения детей по системе Sarnat Н. (1972) до и после игрокуклотерапии в комплексе с психологическими методиками

уровень сотрудничества ребёнка	3 года	4 года	5 лет	6 лет	Среднее значение уровня сотрудничества
исходный	2,80	2,79	2,94	2,52	2,80
после игрокуклотерапии	1,70	1,72	1,94	1,52	1,76

Нами разработана оценочная шкала поведения родителей на стоматологическом приёме (рис.1).

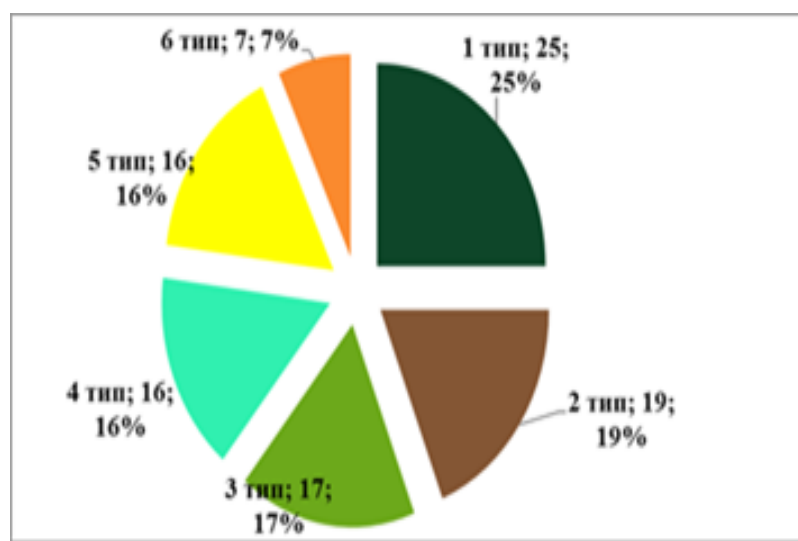


Рис. 1. Распределение родителей по типам поведения на стоматологическом приёме.

Согласно разработанной шкале типов поведения родителей во время первой встречи с врачом стоматологом детским родители распределились по группам следующим образом: 1-й тип – *родитель, отбирающий у ребёнка инициативу* – 25 человек, 2-й тип – *родитель, обеспечивающий чрезмерную опеку ребёнку* – 19 человек, 3-й тип – *родитель, торгующийся с ребёнком* – 17 человек, 4-й тип – *молчаливый наблюдатель* – 16 человек, 5 тип – *родитель, обеспечивающий поддержку ребёнку* – 16 человек, 6-й тип – *родитель, полностью доверяющий врачу* – 7 человек (рис.1).

Нами определена зависимость эмоционального состояния ребёнка на стоматологическом приёме от типа поведения родителя. Дети, поведение родителей которых было отнесено к 1 типу, имели высокий уровень негатива уже перед кабинетом врача-стоматолога (11 из 25 человек). У родителей с 2, 3 и 4 типами поведения только по 1 ребёнку имели высокий уровень негатива. У тех родителей, чьё поведение было соотнесено с группами 5 и 6 не было ни одного ребёнка с высоким уровнем негатива. Психологическое состояние детей, поведение родителей которых было отнесено к 4, 5 и 6 типам, перед входом в кабинет врача-стоматолога в большинстве случаев расценивалось, как легкий негатив – 12 из 16 детей, 11 из 16 детей, и 6 из 7 детей соответственно (рис.2).

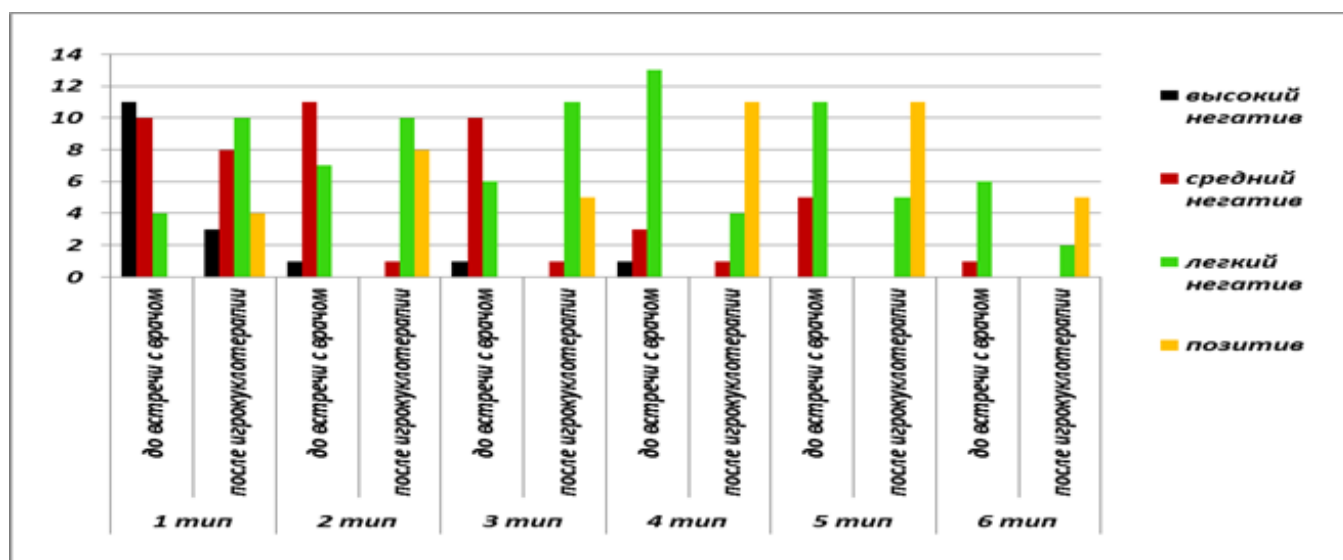


Рис.2. Графическое изображение зависимости эмоционального состояния ребенка

с помощью теста «Паровозик» от типов поведения родителей на стоматологическом приёме.

В ходе нашего исследования установлено, что чем больше родитель доверяет доктору, чем выше его принятие самостоятельности ребёнка (5,6 типы), тем более продуктивно ребёнок готов сотрудничать с врачом, принимая лечение и выполняя указания врача и медицинской сестры (Таблица 8).

Таблица 8

Распределение числа детей по объёму лечения, выполненного в первое посещение у детей в зависимости от типа поведения родителей

Что удалось сделать в первое посещение		Типы поведения родителей						
			1	2	3	4	5	6
Адаптация к лечению	Только знакомство	n	6	0	0	0	0	0
		%	24	-	-	-	-	
	Только осмотр	n	6	3	3	2	0	0
		%	24	15,78	17,64	12,5		
	Осмотр и гигиена	n	8	3	5	1	3	0
%		32	15,78	29,41	6,25	18,75	-	
Лечение	Лечение кариеса 1-го зуба	n	4	8	6	6	6	2
		%	16,0	42,1	35,29	37,5	37,5	28,57
	Лечение кариеса 2-х зубов	n	0	3	0	2	1	1
		%	-	15,78	-	12,5	6,25	14,28
	Лечение пульпита 1-го зуба	n	1	0	2	2	0	2
		%	4,16	-	11,76	12,5	-	28,51
	Лечение кариеса 1-го зуба и пульпита 1-го зуба	n	0	1	1	0	4	1
		%		5,26	5,88	-	25,0	14,28
	Лечение пульпита 2-х зубов	n	0	0	0	1	1	1
		%	-	-	-	6,25	6,25	14,28
	Удаление 1-го зуба	n	0	1	0	2	0	0
		%	-	5,26	-	12,5	-	-
	Лечение	n	0	0	0	0	1	0

	кариеса 1-го зуба, удаление 1-го зуба	%	-	-	-	-	6,25	-
--	--	---	---	---	---	---	------	---

Метод наименьших квадратов позволил определить связь между полученными эмпирическими данными. Таким образом, связь между эмоциональным состоянием ребенка и типом поведения родителей безусловна.

Динамика изменения отношения детей к стоматологическому лечению после проведения психологической подготовки родителей и игрокуклотерапии у детей представлена в *таблице 9*.

Таблица 9

Оценка результатов лечения детей в зависимости от типов поведения родителей

№ визит	Результаты (%)	Тип поведения родителей					
		1	2	3	4	5	6
1 посещение	Несостоявшееся лечение	80	31,57	47,05	18,75	18,75	0
	Состоявшееся лечение	20	68,42	52,94	81,25	81,25	100
	Санирован	0	0	0	0	0	0
2 посещение	Несостоявшееся лечение	44	10,52	11,76	12,5	0	0
	Состоявшееся лечение	56	89,47	88,24	87,5	100	100
	Санирован	4	21,05	0	35,29	25	14,29
3 посещение	Несостоявшееся лечение	8	5,26	0	0	6,25	0
	Состоявшееся лечение	76	57,89	100	62,5	68,75	85,71
	Санирован	8	36,84	35,29	25	50	85,71
4 посещение	Несостоявшееся лечение	12	5,26	5,88	0	0	
	Состоявшееся лечение	56	36,84	64,70	35,29	25	
	Санирован	28	36,84	47,05	18,75	12,5	
5 посещение	Несостоявшееся лечение	4	0	5,88	0	0	
	Состоявшееся лечение	24	5,26	11,76	18,75	12,5	
	Санирован	8	5,26	11,76	6,25	12,5	
се	Несостоявшееся	0		0	0		

	лечение						
	Состоявшееся лечение	12		5,88	12,5		
	Санирован	12		5,88	12,5		
	Направление на санацию в условиях общего обезболивания	36	5,26	0	0	0	0

У родителей с 1-м типом поведения детям требовалась длительная психологическая подготовка: в 1-й визит несостоявшееся лечение было зафиксировано в 80% случаев; в 4% случаев потребовалось 5 встреч с врачом для проведения психологической подготовки. После многократной психологической подготовки у 9 детей (36%) сохранялось негативное отношение к стоматологическому лечению, поэтому эти дети были направлены на санацию в условиях общего обезболивания.

У родителей, чье поведение было отнесено ко 2 типу, несостоявшееся лечение было зафиксировано в 1-е посещение в 32% случаев. В 21% случаев санация полости рта была выполнена за 2 визита, в 37% случаев – за 3 и 4 визита соответственно, в 5% случаев для проведения санации потребовалось 5 визитов. Направлен на санацию в условиях общего обезболивания 1 ребёнок (5,26%).

У родителей 3 типа поведения (торгующийся с ребёнком) несостоявшееся лечение было зафиксировано в 1-е посещение в 47% случаев.

Если родители не вмешивались в беседу врача с ребёнком (4-й тип), игнорировали плохое поведение ребёнка и подбадривали во время проведения стоматологических манипуляций (5-й тип), процент успешного сотрудничества был значительно выше. В 4-й и 5-й группах дети согласились на лечение в первое посещение в 81,25% случаев.

В тех случаях, когда родители покидали кабинет сразу после согласования плана лечения, тем самым демонстрируя доверие врачу и подчёркивая его авторитет (6-й тип), все дети были согласны пройти лечение в первое посещение. Случаев несостоявшегося лечения зафиксировано не было, ни один ребёнок не

был направлен на лечение в условиях общего обезболивания. Санация полости рта была завершена ко 2-му и 3-му посещению.

Нами проведено анкетирование родителей по методике Марковской, которое показало отношение родителей к детям, как объекту воспитания. В ходе анализа заполненных анкет были получены данные, представленные в таблице 10.

Таблица 10

**Оценка поведения родителей по методике Марковской,
привязанная к типам поведения родителей**

Наименование шкал оценки взаимодействия «Родитель – ребёнок»	Типы поведения родителей					
	1	2	3	4	5	6
Требовательность	13,88	13,94	13,94	13,81	14,87	15,25
Мягкость	12,88	14,84	14,11	13,25	14,81	14,14
Контроль	15,72	15,89	15,64	16	16,18	14,35
Эмоции	19,72	19,23	19,41	20,18	19,87	18,28
Принятие	19,11	19	19,29	19,75	20,37	19,42
Сотрудничество	18,84	17,42	18,64	19,34	18,75	18,14
Тревожность	17,2	16,42	14,76	13,81	13,81	13,28
Последовательность	16,8	17,63	19	19,31	19,12	21
Конфронтация в семье	10,28	10,38	10,17	8,5	8,5	7,14
Удовлетворённость отношениями	19,84	20,10	20,52	21	20,3	21,28

Наиболее вредным для ребенка оказывается конфронтация в семье и непоследовательность в действиях (1 и 2 типы поведения родителей), так как постоянная непредсказуемость родительских реакций лишает ребенка ощущения стабильности окружающего мира и провоцирует повышенную тревожность. Принимающие родители (5,6 типы поведения), безошибочно и своевременно реагирующие на требования маленького ребенка, как бы создает у него бессознательную уверенность в том, что он может контролировать действия

других и достигать своих целей. Тревожно-мнительная концентрация родителя (особенно матери) на состоянии здоровья ребёнка (1 и 2 типы поведения) приводит к тому, что дети боятся лечебных и профилактических мероприятий, посещение врача.

У большинства детей был прочно сформирован стереотип негативного содержания «врач – это больно/страшно». Об этом свидетельствовал тот факт, что среди всех детей исследуемой группы и группы сравнения не было ни одного ребёнка с позитивным эмоциональным настроем. Такой стереотип порождал соответствующую ответную реакцию – воздержание или отказ от предлагаемого лечения, плач, сопротивление происходящему. Однако стереотип этот существовал на сознательном уровне, поэтому требовалось отвлечь сознание, а на бессознательном уровне – смоделировать новую, позитивно окрашенную модель, которая позволила бы получить согласие на проведение стоматологических манипуляций. Нами активно использовались во время знакомства, беседы, осмотра и лечения психологические техники поддержания эффективного уровня сотрудничества (техника активного слушания, метафоры, техника замешательства, игнорирования проблемного поведения, голосовой контроль).

Пример психологической подготовки ребёнка

«Внутри каждого из нас есть такие двери с личными качествами, например, есть дверь, на которой надпись: «ДОБРОТА». Когда ты встречаешь маленького котёнка, который мяукает и просит поесть, тебе хочется его погладить, пожалеть и дать ему молочка (*ребёнок улыбается, взгляд рассредоточен*). А есть ещё у каждого из нас дверь с надписью: «СМЕЛОСТЬ». Если её открыть, то можно почувствовать, как в руках и ногах появляется сила, уверенность в победе. У каждого из нас в жизни появлялась необходимость призвать на помощь СМЕЛОСТЬ. Например, все малыши, когда рождаются, не умеют ходить. И нужна смелость, чтобы из положения лёжа встать на ножки, попробовать сделать первые шаги, держа маму или папу за руку, а через некоторое время сделать несколько шагов самостоятельно. А ведь им, порой, бывает страшно: «Как бы ни

упасть?!» Но все дети рано или поздно научились ходить самостоятельно! Наверняка у тебя были в жизни ситуации, когда нужна СМЕЛОСТЬ, чтобы забраться на самую высокую ступеньку лесенки (для ребёнка 3-4 лет), или попробовать плавать без поддержки мамы или папы, и даже без жилета и нарукавников (для ребёнка 5-7 лет).

Я хочу раскрыть тебе один секрет: дверь с надписью «СМЕЛОСТЬ» (*выделение голосом, интонацией*) не одна, их много. Если никак не получается сделать важный шаг, надо открыть одну дверь с надписью «СМЕЛОСТЬ», войти в эту комнату, а там будет ещё одна такая же дверь, тоже с надписью «СМЕЛОСТЬ», это дополнительная СМЕЛОСТЬ, она умножает твою силу и решимость. А за второй дверью есть ещё и третья, и за ней ещё и ещё! Смелости всегда ровно столько, сколько тебе нужно. И у взрослых часто бывает необходимость использовать дополнительную решимость и смелость. Только не все об этом помнят, когда уже всё получилось. Интересно, а ты заметил, что пока мы с тобой беседуем, и твоя СМЕЛОСТЬ чуть-чуть подросла, окрепла!»

Выполненный нами статистический анализ результатов игрокуклотерапии в комплексе с психологическими методиками позволил утверждать, что после проведения психологической подготовки наблюдается достоверный сдвиг оценок эмоционального состояния детей в пользу улучшения. Данные исследования доказали следующие факты: необходима психологическая коррекция поведения детей перед стоматологическим приемом; метод игрокуклотерапии является эффективным.

Выводы

1. Анализ психологического состояния детей на психологическом приеме показал сопротивление контакту с врачом с разной степенью выраженности в **100%** случаев. **13%** детей продемонстрировали высокий уровень сопротивления, **42%** детей имели негативный настрой средней степени; лёгкую степень негативного настроения имели **45%** детей. Детей с позитивным настроением ни в одной из групп не

было выявлено. В возрастной группе 6 лет был выявлен заметно меньший уровень тревоги перед приёмом врача-стоматолога.

2. Результаты проведенного исследования показали, что игроуклотерапия является эффективным психокоррекционным средством на детском стоматологическом приеме. Тенденция к повышению фона настроения и позитивным реакциям в отношении стоматологического лечения отмечалась у **43%** детей, прошедших игроуклотерапию и лишь у **14%** без проведения таковой. В среднем в результате психокоррекционного вмешательства улучшение поведения детей зафиксировано с **2,80** до **1,76** по системе Sarnat.

3. Внедренные психокоррекционные методики (язык принятия, техника активного слушания, метафоры, внушения, диссоциация с плохим поведением, игнорирование плохого поведения, техника замешательства), специально модифицированные для детского стоматологического приема, позволяют поддерживать эффективный уровень сотрудничества ребенка с врачом, улучшать построение диалога «врач – маленький пациент» и тем самым повышать качество проводимых осмотров и лечебных стоматологических манипуляций.

4. Модель поведения родителей, отбирающих инициативу у детей, не способствует построению эффективной коммуникации между врачом и ребёнком. Тем самым снижается возможность проведения лечебных манипуляций. У родителей, отбирающих инициативу у ребёнка и врача (1-й тип поведения), только в **20%** случаев в первое посещение после игроуклотерапии удалось провести лечение. Напротив, дети, у которых родители обеспечивали поддержку ребёнку (5-й тип) и демонстрировали полное доверие врачу (6-й тип) – лечение в первое посещение было успешным в **81,25%** и **100%** случаев соответственно. Внутрисемейные взаимоотношения выражено влияют на поведение детей на стоматологическом приеме. Анкетирование по методике И.М. Марковской показало, что конфронтация между родителями усиливает неадекватные требования их к ребенку, а дети, находящиеся в данной семейной ситуации в

большей степени отказываются сотрудничать с врачом. Таким родителям не следует присутствовать в кабинете во время лечения их ребёнка.

Практические рекомендации

1. Настоящее исследование позволяет ориентировать врача-стоматолога на проведение игрокуклотерапии в качестве психокоррекционного средства в подготовке к проведению осмотра полости рта, а в дальнейшем и к проведению лечебных манипуляций.

2. Учитывая, что посещение врача-стоматолога детского всегда сопряжено с чувством тревоги, решающим фактором в коррекции страхов у детей является психологический настрой сопровождающих ребёнка лиц. Необходимо осуществлять мероприятия по психологической подготовке в первую очередь родителей к посещению детской стоматологической клиники (использовать аудиовидеопрезентацию с целью повышения уровня информированности родителей о предстоящем лечении и снижения вероятности продуцировать состояние тревожности у детей, как основы негативно окрашенного поведения).

3. Перед приёмом рекомендуется использовать дополнительную анкету для родителей, в которой будет отражено психологический настрой ребёнка (по мнению родителя), его детерминанты в выборе игрового и мультипликационного материала, приоритеты в выборе сопровождающего лица (мамы, няни, папы, бабушки).

4. Информация о внутрисемейном микроклимате («Анкетирование по И.М.Марковской»), а также показатели тревожности ребёнка (тест «Паровозик») позволяют психологически грамотно решить вопросы коррекции поведения ребёнка на стоматологическом приёме.

Список опубликованных работ по теме диссертации

1. **Фалько.Е.Н.** Психологическая подготовка ребёнка к стоматологическому приёму / Е.Н.Фалько, В.М.Елизарова, Н.А.Сирота // **Стоматология детского возраста и профилактика** .-2013.-том X11, №1.- С.66-70

2. Фалько Е.Н. Метод психологической адаптации детей к стоматологическому приему / Е.Н.Фалько, В.М.Елизарова, Н.А.Сирота // Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний: материалы III Российско-Европейского конгресса по детской стоматологии, Москва, 16-17 сентября 2013. Материалы IX научно-практической конференции с международным участием, 16 мая 2013 г. Санкт-Петербург (под ред.: Л.П.Кисельниковой, Л.Н.Дроботько).- М.: [б.и.], 2013. - С.169-172.
3. Фалько Е.Н. Оценка психологической готовности родителей и детей к стоматологическому лечению / Е.Н.Фалько, В.М.Елизарова, Н.А.Сирота // Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний: материалы III Российско-Европейского конгресса по детской стоматологии, Москва, 16-17 сентября 2013. Материалы IX научно-практической конференции с международным участием 16 мая 2013 г. Санкт-Петербург (под ред.: Л.П.Кисельниковой, Л.Н.Дроботько).- М.: [б.и.], 2013. - С.252-254.
4. **Фалько Е.Н.** Оценка родительского влияния на поведение ребёнка во время стоматологического приёма / Е.Н.Фалько // **Dental Forum.** -2013.-№ 3.- С 87.
5. YEVGENIA F. Estimation of psychological preparedness of parents and child to stomatological treatment / F.YEVGENIA, Y.VALENTINA & S.NATALIA // International Journal of Pediatric Dentistry. 24-th Congress of the International Association of Pediatric Dentistry. - 12-15th June , 2013. - P.98.
6. **Фалько Е.Н.** Детско-родительские отношения и оценка их влияния на поведение ребёнка на стоматологическом приёме /Е.Н.Фалько, В.М.Елизарова, Н.А.Сирота // **Стоматология для всех.**- 2014. -№1. - С.34-36.
7. Elizarova V. Providing of good children's cooperation during dental treatment / V.Elizarova, E.Falko, N.Sirota // **ABSTRACTS BOOK.** 12-th Congress of the European Academy of Pediatric Dentistry. Poland, Sopot. - June 2014.- 5-8th. - P.131.
8. Фалько Е.Н. Оценка влияния родителей на поведение детей на стоматологическом приёме / Е.Н.Фалько, Н.А.Сирота, В.М. Елизарова // Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний. Материалы II Российского Регионального конгресса Международной ассоциации детской стоматологии IAPD 29-30 сентября–1 октября 2014.–Москва. - С.167-169.

