

Прогнозування поведінки дитини на стоматологічному прийомі за допомогою психологічних тестів

Predicting the Child's Behavior During Dental Visit Using Psychological Tests

Солонько Г.М., к.мед.н., доц.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
Solonko H.M.

Danylo Halyskyi Lviv National Medical University

Адреса для кореспонденції:
Солонько Галина Миронівна
e-mail: gsolonko@gmail.com

Мета: Оцінити психоемоційний статус дітей, які потребують стоматологічного лікування, та їх готовність до співпраці зі стоматологом. **Методи:** Застосовували проєктивну методику «Дерево. Будинок. Людина» Джона Бука. Діти малювали зображення на аркуші формату А4. Дослідна група становила 50 дітей 4-6 років, які не погоджувались на стоматологічне лікування, контрольна група – 50 дітей цього ж віку, які охоче контактували з лікарем. Загалом опрацьовано та проаналізовано 100 малюнків за 43 психологічними показниками. Обробку результатів проводили методом контент-аналізу та кореляційного аналізу. **Результати:** У дітей, які мали страх перед стоматологічним лікуванням, виявлено високі показники екзальтованості, дезадаптації, ворожості, агресії, страху та потреби в безпеці, у той час як у дітей контрольної групи, переважно спостерігали позитивні психологічні якості, такі як: соціальність, успішна адаптація, доброзичливість, доступність, відсутність страху та агресії. **Висновки:** Методику Джона Бука «Дерево. Будинок. Людина» можна рекомендувати для визначення контингенту дітей, які не погоджуються на співпрацю і яким санацію порожнини рота потрібно проводити в умовах загального знеболення.

Ключові слова: діти, стоматологічне лікування, психологічні тести, страх перед лікуванням, психологічні показники, адаптація.

Purpose: To evaluate the psycho-emotional status of children in need of dental treatment and their willingness to work with a dentist. **Methods:** The projective method «House. Tree. Person» by John Buck was applied. Experimental group consisted of 50 children 4-6 years old who refused to be treated by the dentist. Control group consisted of 50 children of the same age who were willing to cooperate and communicate with a doctor. Totally processed and analyzed 100 drawings were totally processed and analyzed according to 43 psychological indicators. The processing of the results was carried out by the method of content analysis, as well as the correlation analysis. **Results:** The results showed that high scores of exaltation, maladaptation, hostility, aggression, fear and the need of safety were found in children who had fear of dental treatment, while in the control group, positive psychological qualities such as sociality, successful adaptation, benevolence, accessibility and no fear or aggression were found. **Conclusions:** John Buck's method «House. Tree. Person» can be recommended to determine the contingent of children who do not agree to cooperate with a dentist and who are recommended to be treated under general anesthesia.

Key words: children, dental treatment, psychological tests, fear before treatment, psychological indicators, adaptation.

ВСТУП

Поведінка дітей та їхнє світосприйняття значною мірою зумовлюється особливостями фізіологічного розвитку. Згідно з класифікацією інтелектуального розвитку, діти дошкільного віку – це діти префункціонального періоду,

які мають здатність до інтуїтивного мислення, але в більшості випадків відчуття будуються на сприйнятті [1]. Стоматологічне лікування дитини, особливо дошкільного віку, у дитячого стоматолога пов'язане з низкою психологічних проблем. Діти переважно не співпрацюють з лікарем і не можуть

адекватно реагувати на його дії, не можуть точно охарактеризувати відчуття, що їх тривожать, і контролювати свої емоції [1–3]. Навіть саме очікування стоматологічного втручання значно впливає на стан вегетативної нервової системи (збільшення частоти серцевих скорочень, частоти дихання),

і потребує корекції психоемоційного напруження у дітей і підлітків під час відвідування стоматолога [4]. Відвідування стоматолога для маленького пацієнта пов'язане з вимушеним положенням в кріслі, відкритим ротом, незвичними звуками, яскравим світлом, неприємними запахами, спілкуванням з незнайомими людьми, що є для нього стресовою ситуацією. Дитина чинить цьому активний спротив, побороти який без насилля практично неможливо. Внаслідок цього у маленького пацієнта формується дентофобія [5, 6]. Через страх лікар не може провести адекватне лікування, що призводить до погіршення стоматологічного статусу. Важко визначити ступінь страху дитини та спрогнозувати можливість співпраці із лікарем [7, 8]. Тому актуальним залишається питання об'єктивного визначення здатності дитини до співпраці зі стоматологом та визначення на основі цього адекватної методики знеболення стоматологічних втручань. Мета дослідження – оцінити психоемоційний статус дітей, які потребують стоматологічного лікування, та їхню готовність до адаптації та співпраці зі стоматологом.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

У дослідженні застосували проективну методику «Дерево. Будинок. Людина» Джона Бука [9]. J.N. Buck (1948) вважав, що кожен малюнок – це свого роду «автопортрет», метафора, за якою можна визначити, що відбувається в житті людини. Зокрема, будинок – це безпека, дерево – життєва енергія, людина – це символічне зображення індивідуально-типологічних особливостей дитини. Вибір названих предметів автор методики обґрунтовує тим, що вони знайомі кожній дитині та найзручніші як об'єкти для малювання. Методика «Дерево. Будинок. Людина» – вільний малюнок, призначений

для того, щоби допомогти клініцисту зібрати інформацію про особистість пацієнта, а саме: рівень його розвитку, сенситивності, гнучкості, інтеграції, а також сферу його взаємодії з навколишнім середовищем загалом і конкретними людьми та діями зокрема, відображає емоційний стан дитини через проективні методики [9, 10].

Дітям пропонували намалювати кольоровими олівцями символічні зображення «Дерево. Будинок. Людина» на одному аркуші формату А4 у стоматологічній клініці безпосередньо перед стоматологічним відвідуванням. Зазначали час, за який мало бути виконане завдання. Всі діти погодились намалювати малюнки. Обробку результатів проводили методом контент-аналізу та кореляційного аналізу.

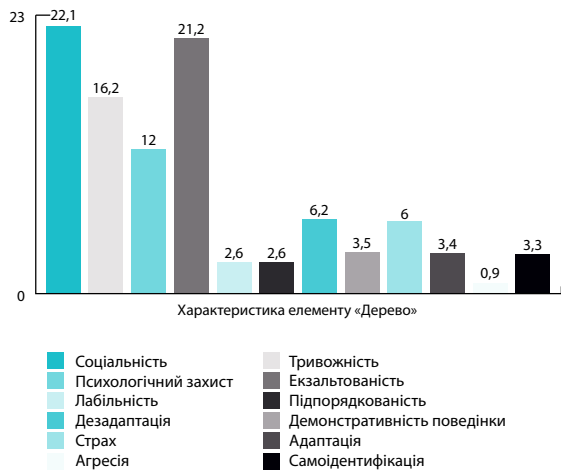
Дослідну групу становили 50 дітей 4-6 років, які не погоджувалися на стоматологічне лікування з огляду на непереборний страх, і яким планували проведення стоматологічної санації в умовах загального знеболення. Контрольну групу становили 50 дітей цього ж віку, які не відчували страху перед стоматологічним лікуванням та охоче йшли на контакт із лікарем.

Загалом проведено 100 обстежень, оброблено та проаналізовано 100 малюнків за 43 психологічними показниками. Частоту кожного показника виражали у %. Детальний аналіз малюнків та інтерпретація елементів проведена на кафедрі нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка Буковинського Державного медичного університету методом контент-аналізу, виконано кореляційний аналіз результатів.

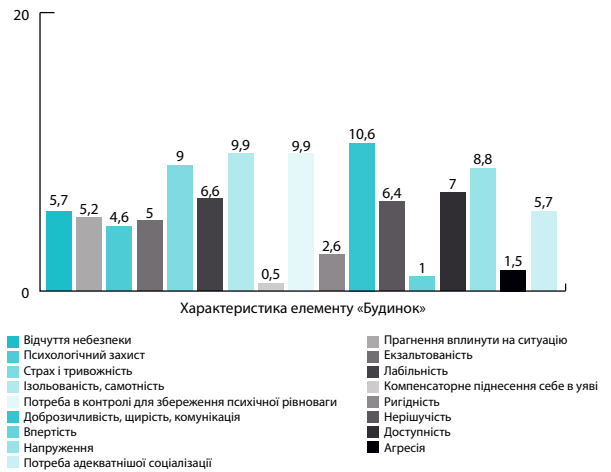
РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В результаті проведеного дослідження виявили, що більшість дітей дослідної групи починали малювати зі зображен-

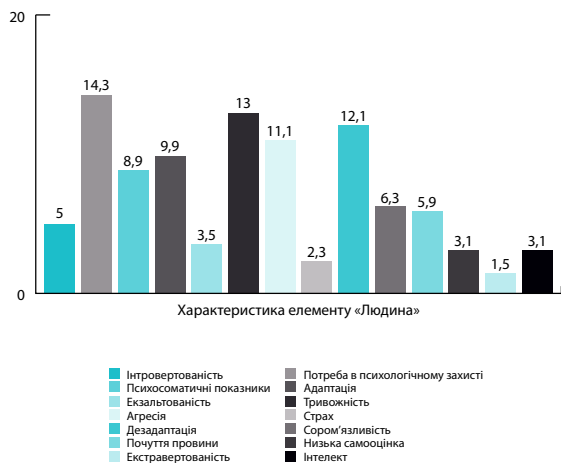
ня елемента «Дерево» (мал. 1). На думку психологів, це свідчить про потребу активізації психофізіологічної сфери дітей. За результатами символічного зображення елемента «Дерево», досліджувані показали найвищі показники вираження соціальної моделі поведінки (22,1%), такі як здатність єдності з іншими – у цьому випадку це можуть бути рідні, друзі, медичний персонал тощо. Водночас, у такому контексті спостерігаються високі показники емоційної сфери дитини, зокрема екзальтованість (21,2%), відчуття напруження та тривоги (16,2%), що різко змінює можливість комфортно почуватися під час проведення різних клінічних процедур. Особливістю прояву тривоги є вираження втрати власної значущості, оскільки природний страх відображений достатньо низьким показником (6,0%) («я нічого не вартий»), і форма вираження цієї тривоги компенсується природною адаптацією і низьким показником агресії (0,9%). Закономірним є увімкнення механізмів психологічного захисту (12,0%) у дітей, що виражається гальмуванням пізнавальних процесів та емоційно-вольової сфери, бажанням «втечі від реальності», оскільки спрацьовує стереотипне мислення щодо проведення стоматологічних процедур («буде боляче...»). Деякі діти недостатньо лабільні (2,6%), потребують детального роз'яснення процедури і повільно адаптуються до виконання вказівок стоматолога, у 6,2% дітей відзначено дезадаптацію. 3,5% дітей демонструють поведінку тільки яскраво вираженими емоціями прояву своєї незгоди на проведення майбутніх стоматологічних маніпуляцій (дитина плаче, кричить, пручається, закриває рот руками). У зв'язку з цим також спостерігається низький показник самоідентифікації (3,3% дітей). Характеризуючи «Будинок» на малюнках дітей дослідної групи (мал. 2), варто відзначити насамперед порів-



Мал. 1. Характеристика елемента «Дерево» на малюнках дітей дослідної групи



Мал. 2. Характеристика елемента «Будинок» на малюнках дітей дослідної групи



Мал. 3. Характеристика елемента «Людина» на малюнках дітей дослідної групи

няно високі показники частоти доброзичливості, щирості, комунікабельності (10,6%), доступності (7,0%), що свідчить про відсутність природної потреби в психологічному захисті. Але водночас, напруження (у 8,8% дітей), яке виникає перед лікуванням, може тлумачитися як зростання потреби збереження психічної рівноваги (9,9%). Природними є показники напруження і тривожності (8,5%), як захисна реакція організму на стоматологічне обстеження та лікування, на що вказує низький показник екзальтованості (5,0%) – яскраво виражені емоції страху (0,5%). Загалом досліджувані діти не готові до проведення стоматологічної процедури, вони почувуються порівняно незахищеними

(показник відчуття самотності – 9,9%) і мають відчуття небезпеки (5,7%), пов'язане з відсутністю інформації щодо проведення процедури і прагненням впливати на ситуацію (5,2%). Відчуття реальності є об'єктивним, зіставленим з умовами проведення лікування (унікнення реальності – 4,6%), а саме тому діти, очевидно, можуть погодитися на лікування за умови правильно наданої інформації лікарем-стоматологом. Психологічний захист відображається як захисна реакція у потребі контролювати та зберігати психічну рівновагу (9,9%). Низький показник ригідності (2,6%) як неспроможність виконувати інструкцію лікаря-стоматолога корелює з порівняно високим показником лабільності

(6,6%). Досліджувані не виражають індивідуальних особливостей характеру (нерішучість – 6,4%, впертість – 1,0%). Таким чином, потребу в покращенні умов соціалізації (що потребує 5,7% дітей), варто реалізувати у створенні комфортних умов стоматологічного прийому (дизайн приміщення, іграшки в клініці, комунікативні вміння персоналу – проведення індивідуального відвідування тощо), що може покращити процес адаптації дитини та дасть можливість лікарю здійснити стоматологічне лікування. Характеризуючи елемент «Людина» (мал. 3) варто зазначити, що психоемоційна сфера досліджуваних визначається як найвищий показник адаптації лише у 9,9%, що своєю чергою є



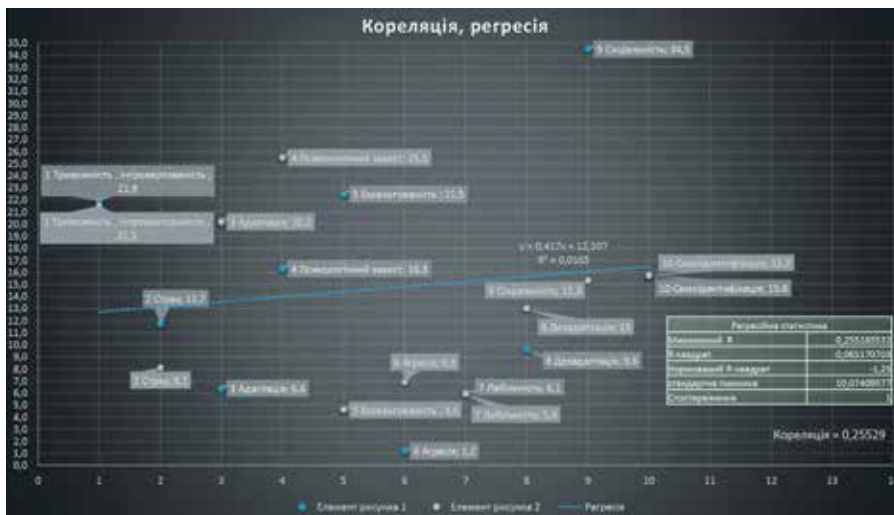
Мал. 4. Малюнки дітей, які мають непереборний страх перед стоматологічним втручанням: а – «Дерево» – екзальтованість, чутливість до оточення, можливий страх, напруження, «Будинок» – доступність, відкритість, посилена потреба захисту, «Людина» – почуття провини, вимушена привітність, лякливність, ворожість, незахищеність; б – «Дерево» – чутливість до оточення, пошук підтримки, «Будинок» – відкритість, стурбованість, напруження, впертість, «Людина» – відчуття малоцінності, потреба у кращій пристосованості у соціальних стосунках, схильність до імпульсивності, грубість, скутість, страх

у дітей дослідної групи), успішна адаптація, доброзичливість (20% і 10,6% відповідно), доступність (15,5% та 7%), інтелект (13% порівняно з 3,1% у контрольній групі), екстравертність (6,7% та 1,5% відповідно) і у мінімальної кількості спостерігали такі негативні якості, як: страх (2,5% проти 6% дітей дослідної групи), агресія (6,6% порівняно з 11,1% дітей, які не погоджувались на стоматологічне лікування), нерішучість (3,1% та 6,4% у дітей дослідної групи), ізольованість, самотність (лише у 4,5% дітей контрольної групи та 9,9% дітей дослідної). Малюнки дітей, які мають страх перед стоматологічним лікуванням і яким заплановане проведення санації порожнини рота під загальним знеболенням, з детальним аналізом психологом окремих елементів представлено на мал. 4.

Кореляційний аналіз отриманих результатів (мал. 5) показав взаємозалежність таких чинників: тривожність – як наслідок процесу адаптації, емоційність, екзальтованість – як результат психологічного захисту при виникненні стресової ситуації, якою є стоматологічне лікування. Відповідно соціальні умови сприяють самоідентифікації і готовності дитини до проведення стоматологічних маніпуляцій, що підтверджує аналіз кожного з елементів «Дерево. Будинок. Людина».

ВИСНОВКИ

Результати дослідження емоційної сфери дітей за допомогою проективної методики «Дерево. Будинок. Людина» показали, що у дітей, які мали непереборний страх перед стоматологічним лікуванням, виявлено високі показники екзальтованості, дезадаптації, ворожості, агресії, низької самооінки, страху та потреби в безпеці, в той час як у дітей контрольної групи, які не бояться відвідування



Мал. 5. Кореляція, регресія отриманих результатів

об'єктивним відповідно до умов проведення стоматологічного прийому. У 14,3% дітей спрацьовують механізми психологічного захисту під час проведення лікування, які доповнюються тривожністю (13,0%), що є закономірним з точки зору психофізіологічної активності (часте серцебиття, підвищена пітливість, зміни артеріального тиску тощо). У достатньо великій частині дітей можна говорити про закономірну дезадаптацію (12,1%) організму на стресовий чинник – проведення стоматологічного лікування. Психологічна реакція на стрес у досліджених проявляється також формами агресії (11,1%), сорому (6,3%), почуття провини

(5,9%), екзальтації (3,5%). Прояв інтелектуальних здібностей – незначний (3,1%), оскільки рівень розвитку дітей у віці 4-5 років не дає їм можливості зрозуміти важливість лікування та погодитись на співпрацю із лікарем. Крім того, показник низької самооінки (3,1%) визначає загальну психологічну неготовність до проведення стоматологічного лікування. При аналізі елементів малюнків «Дерево. Будинок. Людина» у дітей контрольної групи, які погодились на стоматологічне лікування, відзначили яскраво виражену тенденцію високої частоти позитивних якостей, таких як соціальність (30,6% проти 22,1%

стоматолога, переважно спостерігають позитивні психологічні якості — соціальність, успішна адаптація, інтелект, доброзичливість, доступність, екстра-

вертність, і в яких немає страху та агресії. Методику Джона Бука «Дерево. Будинок. Людина» можна рекомендувати для визначення контингенту ді-

тей, які не погоджуються на співпрацю і яким санацію порожнини рота потрібно проводити в умовах загального знеболення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Кучер А.В. Психологічні аспекти поведінки дітей дошкільного віку на стоматологічному прийомі / А.В. Кучер, К.М. Дуда // *Клінічна стоматологія*. — 2011. — № 1-2. — С. 80-83.
2. Ghadimi S. Effect of visual distraction on children's anxiety during dental treatment: a crossover randomized clinical trial / Ghadimi S, Estaki Z., Rahbar P., Shamshiri A.R. // *Europien Archives of Paediatric Dentistry*. — 2018-19: 239-244.
3. Uehara N. Objective assessment of initial stress in children during dental treatment by analysis of autonomic nervous activity / N. Uehara, Y. Takagi, Z. Miwa, K. Sugimoto // *Int. Journal of Paed. Dent.* — 2012. — №22. — P. 331-341.
4. Маковка І.Л. Оцінка психоемоційного стану дітей перед лікуванням у стоматолога // *Український стоматологічний альманах*. — 2007. — № 5. — С. 64-65.
5. Данилова М.А. Роль врача-стоматолога в формировании и снижении тревожности и страха у детей на стоматологическом приеме / М.А. Данилова, В.Е. Константинова // *Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний: мат-лы III Российско-Европейского конгресса по детской стоматологии*, г. Москва, Российская Федерация, 16-17 сент. 2013 г. — С. 26-28.
6. Starberg M. Oral health and oral health risk behaviour in children with and without externalizing behavior problems / M. Starberg, J.G. Noren, L. Gahnberg, A. Ghaderi // *Europien Archives of Paediatric Dentistry*. — 2018-19: 177-186.
7. Barreto K.A. Factors associated with dental anxiety in Brazilian children during the first transitional period of the mixed dentition / Barreto K.A., Dos Prazeres L.D.K.T., Lima D.S. // *European Archives of paediatric Dentistry*. — 2017. — V. 18. — I.1. — P. 39-44.
8. M.Madouh. Treatment outcomes of using inhalation sedation for comprehensive dental care / M. Madouh, A. BaniHani, J.F. Tahmassebi // *European Archives of Paediatric Dentistry*. — 2018. — V. 19. — I.1. — P. 33-37.
9. Диагностика и интерпретация детского рисунка. М.: Апрель Пресс, Издательство ЭКСМО. — 2001. — 210 с.
10. Ахмеджанов Э.Р. Психологические тесты. М., 1996. — 320 с.

REFERENCES

1. Kucher, A.V., & Duda, K.M. (2011). Psykhologichni aspekty povedinky ditei doshkiilnoho viku na stomatologichnomu pryimomi. *Klinichna stomatolohiia*, no. 1-2, s. 80-83 (in Ukrainian).
2. Ghadimi, S., Estaki, Z., Rahbar, P., & Shamshiri, A.R. (2018). Effect of visual distraction on children's anxiety during dental treatment: a crossover randomized clinical trial. *Europien Archives of Paediatric Dentistry*, 19:239-244 (in English).
3. Uehara, N., Takagi, Y., Miwa, Z., & Sugimoto, K. (2012). Objective assessment of initial stress in children during dental treatment by analysis of autonomic nervous activity. *Int. Journal of Paed. Dent.*, no. 22, p. 331-341 (in English).
4. Makovka, I.L. (2007). Otsinka psykhoemotsiinoho stanu ditei pered likuvanniam u stomatoloha. *Ukrainskyi stomatologichnyi almanakh*, no. 5, s. 64-65 (in Ukrainian).
5. Danilova, M.A., & Konstantinova, V.E. (2013). Rol' vracha-stomatologa v formirovanii i snizhenii trevozhnosti i straha u detej na stomatologicheskomi prieme. *Stomatologija detskogo vozrasta i profilaktika stomatologicheskikh zabolevanij: mat-ly III Rossijsko-Evropskogo kongressa po detskoj stomatologii*, g. Moskva, Rossijskaja Federacija, 16-17 sent., s. 26-28 (in Russian).
6. Starberg, M., Noren, J.G., Gahnberg, L., & Ghaderi, A. (2018, 2019). Oral health and oral health risk behaviour in children with and without externalizing behavior problems. *Europien Archives of Paediatric Dentistry*, 177-186 (in English).
7. Barreto, K.A., Dos Prazeres, L.D.K.T., & Lima, D.S. (2017). Factors associated with dental anxiety in Brazilian children during the first transitional period of the mixed dentition. *European Archives of Paediatric Dentistry*, vol. 18, I.1, p. 39-44 (in English).
8. Madouh, M., BaniHani, A., & Tahmassebi, J.F. (2018). Treatment outcomes of using inhalation sedation for comprehensive dental care. *European Archives of Paediatric Dentistry*, vol. 19, I.1, p. 33-37 (in English).
9. *Diagnostika i interpretacija detskogo risunka* (2001). M.: Aprel' Press, Izdatel'stvo JeKSMO, 210 s. (in Russian).
10. Ahmedzhanov, Je.R. (1996). *Psihologicheskie testy*. M., 320 s. (in Russian).

Стаття надійшла в редакцію 16 жовтня 2018 року