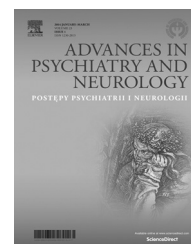


Dostępne online [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)**ScienceDirect**journal homepage: [www.elsevier.com/locate/pin](http://www.elsevier.com/locate/pin)**Praca poglądowa/Review**

## **Lęk związany z wizytą dzieci i młodzieży u stomatologa – subiektywne metody oceny**



### *Anxiety associated with a visit to the children and youth at the dentist – a subjective assessment methods*

Hanna Sobczak-Zagalska<sup>1,2</sup>, Małgorzata Peplińska<sup>1</sup>,  
Katarzyna Emerich<sup>1,2,\*</sup>

<sup>1</sup>Poradnia Stomatologii Dziecięcej i Rodzinnej Uniwersyteckiego Centrum, Stomatologicznego GUMed, Gdańsk, Polska

<sup>2</sup>Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego GUMed, Gdańsk, Polska

**INFORMACJE O ARTYKULE***Historia artykułu:*

Otrzymano: 31.12.2013

Zaakceptowano: 24.03.2014

Dostępne online: 29.03.2014

*Słowa kluczowe:*

- lęk stomatologiczny
- fobia dentystyczna
- strach przed leczeniem
- metody oceny
- dzieci
- stomatologia dziecięca

*Keywords:*

- Dental anxiety
- Dental phobia
- Dental fear
- Evaluation methods
- Children
- Pediatrics dentistry

**A B S T R A C T**

**Aim:** The objectives of this article are to approach the problem of dental fear in children and adolescents, which is met by dentists in dental practices and to describe the methods of its evaluation. There are objective and subjective methods for the assessment of the intensity of dental anxiety. These methods can be useful for treatment planning in anxious patients. **Overview:** The dental fear and anxiety of a child patient which is associated with a dental appointment may take many different forms. An adequate evaluation of the behaviour of a child patient in the dental treatment is very important at the very first contact with the dentist, as it allows the dental team to choose the right method. In dental practices especially those, who do not specialize in pediatric dentistry, may barely have skills sufficient to properly evaluate the behaviour of a young patient. This results in the selection of inappropriate methods of conduct with a child, during the first appointment, the consequence of which is a lack of cooperation during treatments, present and future. **Conclusions:** Dentists lacking abilities and experience to assess patients' behaviour, should considering a wider variety of evaluation methods for dental anxiety in children and adolescents. A proper relationship between dentist and patient will have a positive influence on children's attitudes in dental treatment and will improve the comfort of work and increase the effectiveness of the treatment.

© 2014 Institute of Psychiatry and Neurology. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

\* Adres do korespondencji: Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego GUMed, ul. Orzeszkowej 18, 80-208 Gdańsk, Polska. Tel.: +48 58 349 21 03.

Adres email: [emerich@gumed.edu.pl](mailto:emerich@gumed.edu.pl) (K. Emerich).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pin.2014.03.006>

1230-2813/© 2014 Institute of Psychiatry and Neurology. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

Według aktualnych wytycznych *American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD), zaleca się, aby pierwsza wizyta u stomatologa odbyła się w ciągu 6 miesięcy od momentu wyrżnięcia się pierwszego zęba, ale nie później niż w wieku 12 miesięcy [1]. Jest to najlepszy moment, aby uświadomić rodzicom, jak ważną rolę odgrywa prawidłowa higiena jamy ustnej i profilaktyka choroby próchnicowej, a gdy mimo wszystko dojdzie do rozwoju choroby, leczenie stomatologiczne. Na takiej wizycie można zaplanować długoterminową opiekę stomatologiczną nad dzieckiem: pierwsze świadome wizyty adaptacyjne, stopniowe wprowadzanie nowych bodźców i zwiększanie stopnia trudności zabiegów.

Często zdarza się jednak, że rodzice zgłaszają się z dzieckiem do stomatologa dopiero w momencie, gdy jest już problem, gdy wizyta staje się konieczna ze względu na skutki rozwoju choroby próchnicowej, takiej jak zapalenie miazgi zęba, ból, stany ropne. W takiej sytuacji wizyta może być dla dziecka nieprzyjemna, nie ma miejsca i czasu na adaptację do gabinetu, lekarza i leczenia. Taka wizyta zwykle budzi w dziecku negatywne emocje i doświadczenia, co powoduje strach przed kolejnym leczeniem stomatologicznym i w konsekwencji objawia się często postawą niewspółpracującą dziecka, unikaniem wizyt u dentysty, dalszym postępowaniem choroby próchnicowej oraz pogorszeniem stanu zdrowia jamy ustnej dziecka.

U dziecka lęk związany z wizytą w gabinecie może objawiać się w rozmaity sposób – od nieśmiałości i wycofania, przez lekkie pobudzenie psychomotoryczne aż do zachowań skrajnie agresywnych. Dziecko może okazywać strach i niepokój ruchami ciała i komunikacją werbalną, może również zupełnie nie okazywać lęku poprzez swoje zachowanie, a reakcja może być czysto fizjologiczna. Pobudzeniu ulega układ współczulny, a więc przyspiesza rytm serca, wzrasta ciśnienie, źrenice rozszerzają się, skóra staje się potliwa.

Lęk, strach czy też fobia stomatologiczna są terminami używanymi naprzemiennie, w rzeczywistości jednak mają one różne znaczenia. Bracha i wsp. sugerują, że termin „dentofobia” jest nadużywany i często niewłaściwy [2]. Swoje poglądy autorzy tłumaczą głównie badaniami, w świetle których osoby, wśród nich także dzieci, które zgłaszały w przeszłości negatywne, bolesne doświadczenia w czasie leczenia stomatologicznego, znacznie częściej objawiają strach przed wizytą u dentysty, co z kolei bardziej przejawia się jako zaburzenie stresowe pourazowe niż fobia. Stąd zamiast terminu „fobia stomatologiczna” autorzy proponują nazwę *Posttraumatic Dental-Care Anxiety* (PTDA), która powinna być sklasyfikowana jako typ Zespołu Stresu Pourazowego (PTSD; *Posttraumatic Stress Disorder*) [2].

Oprócz pojęć strach, lęk czy fobia stomatologiczna w literaturze występuje również określenie „problemy z kontrolą zachowania w gabinecie dentystycznym” (DBMP; *Dental behaviour management problems*). Termin ten, definiowany przez pryzmat doświadczeń i odczuć lekarza dentysty w trakcie leczenia pacjentów, jest połączeniem zachowań niewspółpracujących oraz destrukcyjnych, które to zachowania opóźniają leczenie lub je uniemożliwiają [3].

Strach/lęk przed leczeniem stomatologicznym u dzieci i młodzieży jest zjawiskiem wieloczynnikowym. Wyodrębniono trzy główne grupy tych czynników: indywidualne, zewnętrzne i dentystyczne. Do indywidualnych zaliczane są

m.in. wiek, temperament, zaburzenia neuropsychiatryczne (np. *Attention deficit hyperactivity disorder*; ADHD) czy stany ogólnego lęku. Czynniki zewnętrzne to pośrednie uwarunkowania związane najczęściej z negatywnymi doświadczeniami u członków rodziny czy kolegów/koleżanek. Nie bez znaczenia dla dziecka jest postawa rodzica i jego nastawienie do zabiegów stomatologicznych. Dentystyczne przyczyny występowania strachu, to przede wszystkim własne nieprzyjemne przeżycia związane z leczeniem, głównie na skutek wystąpienia dolegliwości bólowych, a także poczucie braku kontroli podczas wizyty. Brak kontroli dziecko może odczuwać między innymi poprzez uzyskanie niedostatecznych bądź nieprawdziwych informacji na temat leczenia [4].

Negatywne oraz traumatyczne doświadczenia związane z leczeniem stomatologicznym podawane są jako główne przyczyny występowania strachu. Przeprowadzono liczne badania, potwierdzające tę teorię. Jednym z nich było badanie poziomu lęku stomatologicznego przed planowaną wizytą stomatologiczną u dzieci 8–10-letnich, z bólem i bez bólu zęba na pierwszej wizycie. Badanie to, przeprowadzone przez Ramos-Jorge i wsp., wykazało wyższy poziom lęku u młodych pacjentów z dolegliwościami bólowymi zęba, zarówno przed pierwszą, jak i przed kolejnymi wizytami [5]. Milgrom i wsp. natomiast stwierdzili, że u dzieci, u których powodem ostatniej wizyty u dentysty był ból zęba lub ekstrakcja, dwa razy częściej występował strach przed leczeniem w porównaniu z dziećmi, których ostatnia wizyta w gabinecie stomatologicznym odbyła się z innych przyczyn [6].

Powstało wiele metod oceny strachu/lęku przed leczeniem stomatologicznym u dzieci. Metody te obok licznych zalet, wykazują również poważne wady, związane najczęściej ze zmianami rozwojowymi w okresie dzieciństwa. Każda proponowana technika oceny lęku powinna charakteryzować się następującymi cechami: 1) rzetelnością, opierającą się na wysokim poziomie powtarzalności zarówno pomiędzy różnymi oceniającymi, jak tego samego oceniającego; 2) trafnością, czyli dokładnością pomiaru przez test tego, co miał zgodnie z intencjami twórców mierzyć; 3) skutecznością w osiągnięciu zamierzonego celu; 4) jasnością i łatwością zastosowania; 5) ekonomicznością (zamierzony rezultat powinien być osiągnięty w krótkim czasie przy najmniejszym zużyciu środków, specjalnych instrumentów). Stosowane do oceny lęku stomatologicznego narzędzia zostały sklasyfikowane jako: 1) wskaźniki behawioralne, 2) skale psychometryczne, 3) techniki projekcyjne oraz 4) metody fizjologiczne [7]. Metody te zawierają: bezpośrednie obserwacje stanu emocjonalnego dziecka i jego zachowania w otoczeniu gabinetu dentystycznego (najczęściej przez przeprowadzającego ocenę lub personel stomatologiczny), wypełnienie kwestionariusza oceny lęku dziecka przez rodzica oraz metody samoopisu, w których ocena strachu opiera się na odpowiedziach uzyskanych od badanego dziecka [8].

Najczęstsze zastosowanie znalazły skale behawioralne polegające na bezpośredniej obserwacji przez lekarza lub personel stomatologiczny zachowania dziecka podczas wizyty w gabinecie [9, 10]. Metody te odgrywają znaczącą rolę w stomatologii dziecięcej, pomagają bowiem sklasyfikować pacjentów pod względem ich współpracy i zachowania podczas wykonywania procedur dentystycznych. Zaletami tych metod są, bez wątpienia, ich bezinwazyjność oraz łatwość

przeprowadzania. Cechują się wysoką rzetelnością, ich trafność jednak jest problematyczna, na co wskazują badania, według których istnieje słaba korelacja pomiędzy tymi technikami a innymi metodami mierzącymi poziom strachu/lęku dentystycznego [9]. Niewątpliwą wadą skal behawioralnych, które oceniają lęk w danej sytuacji, w tym przypadku w czasie wizyty u dentysty, jest trudność w odróżnieniu rzeczywistego strachu od problemów z kontrolą zachowania przez dzieci. Wynika to z faktu, że na zachowanie dziecka w gabinecie stomatologicznym mają wpływ nie tylko strach, ale także temperament, wiek czy też umiejętność radzenia sobie z lękiem. Nie wszystkie dzieci przejawiające problemy z kontrolą zachowania podczas wizyty u dentysty lękają się tej wizyty i odwrotnie, nie wszystkie dzieci wykazujące strach przed procedurami stomatologicznymi przejawiają problemy z zachowaniem w trakcie ich wykonywania [11]. Wiek dziecka w takim przypadku odgrywa znaczącą rolę. Brak współpracy podczas wizyty może być konsekwencją młodego wieku pacjenta, w którym dziecko nie ma jeszcze zdolności do zrozumienia i akceptacji procedur stomatologicznych. W takiej sytuacji, posługując się skalą behawioralną, można zachowanie dziecka mylnie zinterpretować jako objaw strachu. Nie bez znaczenia przy używaniu technik behawioralnych pozostaje stronniczość oceniającego, jego doświadczenie, opinie i indywidualny punkt widzenia danej sytuacji. Stronniczość ta, potęgowana przez brak jasnej standaryzacji i skonkretyzowania złożonych postaw zachowania, na których bazują skale behawioralne, prowadzi w konsekwencji do zniekształcenia danych [10].

Szeroko stosowaną, zwłaszcza w badaniach epidemiologicznych, skalą behawioralną jest *Frankl's Rating Scale* (Frankl's RS). Metoda ta opiera się na czterostopniowej skali oceny reakcji dziecka na leczenie stomatologiczne, gdzie 1 oznacza definitywnie negatywne zachowanie, a 4 – definitywnie pozytywne [12]. Twórcy skali oceniali zachowanie dziecka podczas pięciu różnych sytuacji związanych z opieką stomatologiczną. W większości badań, w których posługiwano się Frankl's RS, oceniającymi byli dwaj niezależni obserwatorzy [13]. Ocena metod behawioralnych przeprowadzona przez Aartmana i wsp. wykazała mierną korelację Frankl's RS z innymi metodami behawioralnymi oraz z metodami samoopisu [8]. Bazując na tych korelacjach, można stwierdzić, że trafność skali Frankla jest, w najlepszym wypadku, umiarkowana.

Testy psychometryczne są mało kosztowne, łatwe do przeprowadzenia, dające się dostosować do zmiennych czynników, a także uzyskane na ich podstawie wyniki można w łatwy sposób zestawić statystycznie. Metody te polegają głównie na wypełnieniu odpowiedniego kwestionariusza, a to stwarza problem z ich zastosowaniem wśród młodszych pacjentów, którzy nie są w stanie samodzielnie, w sposób zadowalający wypełnić ankiety [14]. Aby obejść ten problem, stworzono testy, w których dziecko ma możliwość określić poziom swojego lęku związanego z wizytą u stomatologa, poprzez wskazanie obrazka ilustrującego odczuwane przez nie emocje. Metody obrazkowe sprawiają, że dzieci skupiają większą uwagę na teście oraz minimalizują przeszkodę, jaką jest ograniczony zasób słów u młodszych pacjentów [15].

*Venham Picture Test* (VPT) [16] składa się z 8 obrazków, z których każdy przedstawia dwóch chłopców w przeciwstawnych nastrojach (na jednej ilustracji chłopiec wydaje się

być szczęśliwy, na drugiej – przygnębiony). Podczas przeprowadzania testu, przed leczeniem stomatologicznym, dziecko prośone jest, aby wybrało i wskazało jeden obrazek z każdej pary, który najlepiej odzwierciedla uczucia, jakie w danej chwili odczuwa. Wynik testu mieści się w granicy 0-8, im wyższy, tym młody pacjent wykazuje większy poziom lęku. Metoda została opracowana w ten sposób, aby była odpowiednia dla dzieci już w wieku 3 lat. Do zalet VPT należą łatwość przeprowadzenia oraz uzyskiwania wyników, a także wysoka zgodność wewnątrzna obrazków, co oznacza, że ilustracje w teście mierzą ten sam czynnik, w tym przypadku lęk stomatologiczny [17]. Metoda ma jednak pewne ograniczenia, jak na przykład fakt, że postacie na obrazkach są płci męskiej, co może stanowić problem, kiedy pacjentem jest dziewczynka. Oprócz tego, niektóre emocje przedstawione na ilustracjach są niejasne i w związku z tym dziecko może mieć trudność w ocenie, jakie zachowanie/nastój dany obrazek pokazuje [18]. Wadą VPT jest brak ustalenia punktu odcięcia, czyli takiego wyniku, na podstawie którego przeprowadzający test będzie mógł jednoznacznie podzielić pacjentów na lękliwych i niełękliwych [17].

*Facial Image Scale* (FIS) to kolejna skala obrazkowa przedstawiająca 5 twarzy wyrażających różne emocje, od szczęścia po duży smutek. Przed rozpoczęciem leczenia stomatologicznego dzieci prośone są o wskazanie twarzy, która najlepiej w danym momencie przedstawia nastrój, w jakim się znajdują. Wybór obrazka wyrażającego najbardziej pozytywne emocje daje wynik 1, najbardziej negatywne – 5. Metoda ta ocenia chwilowy, przemijający stan emocjonalny dziecka w otoczeniu gabinetu stomatologicznego (tzw. *state anxiety*) [18], nie skupia się jednak na specyficznych czynnikach wywołujących lęk, na zachowaniach czy fizycznych reakcjach związanych ze strachem przed leczeniem dentystycznym [17]. Według niektórych autorów, konstrukcja metody FIS, tzn. ograniczenie się do jednej tylko pozycji, na podstawie której dokonuje się oceny (tzw. *single-item measure*), jest jej niewątpliwą wadą, utrudniającą identyfikację lęku stomatologicznego jako zespołu różnych czynników [19] i uniemożliwiającą ocenę rzetelności metody [17]. Test jest łatwy i szybki do przeprowadzenia (zajmuje mniej niż 1 minutę), a jego wynik jest odzwierciedleniem wskazanej twarzy, dzięki temu więc zapewnia natychmiastową ocenę stanu emocjonalnego młodego pacjenta, co może być przydatne dla lekarza stomatologa przy doborze odpowiedniego leczenia. FIS nadaje się do przeprowadzenia u młodszych dzieci, u których, w związku ze słabo rozwiniętymi jeszcze zdolnościami poznawczymi, niemożliwe jest samodzielne wypełnienie kwestionariusza. Trafność metody została potwierdzona badaniami, które wskazały na silną korelację FIS i VPT oraz w których uzyskano bardzo zbliżone wyniki testu przeprowadzonego u rodzica i dziecka w poczekalni gabinetu stomatologicznego, a także lekarza dentysty i dziecka znajdującego się już w gabinecie [18, 20].

Psychometryczną metodą oceny lęku dentystycznego u dzieci i młodzieży, polegającą na wypełnieniu kwestionariusza, jest *The Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale* (CFSS-DS) [21]. Kwestionariusz ten używany jest w dwóch wersjach: jako metoda samooceny lub wypełniany jest przez pełnomocnika, którym jest jedno z rodziców. CFSS-DS używany w formie samooceny ma lepsze właściwości

psychometryczne, mierzy poziom lęku w sposób bardziej precyzyjny oraz obejmuje więcej sytuacji, w których dziecko może odczuwać lęk podczas wizyty w gabinecie stomatologicznym [22, 23]. Natomiast wiarygodność oceny lęku dziecka przez rodzica jest wątpliwa. Oceniając strach dziecka, rodzice często kierują się własnym lękiem [24]. Mają oni także tendencję do zawyżania poziomu bólu odczuwanego przez dziecko w trakcie leczenia [25], można więc przypuszczać, że podobnie jest z określaniem przez rodzica poziomu lęku dentystrycznego u dziecka [26]. Badanie sprawdzające zgodność oceny strachu związanego z leczeniem stomatologicznym dziecka przez rodzica i przez młodego pacjenta, wykazało, że zgodność ta jest mierna, zwłaszcza gdy rodzice sami wykazują wysoki poziom lęku [27]. Inne badanie, w którym rodzice i ich dzieci w wieku 11-16 lat, oceniali nawzajem poziom swojego strachu dentystrycznego, udowodniło, że rodzice nie są w stanie wiarygodnie określić poziomu lęku swojego dziecka. Autorzy tego badania wywnioskowali, że ocena strachu stomatologicznego wśród młodzieży w wieku 11-16 lat powinna opierać się tylko na informacjach uzyskanych od samego dziecka [28]. Inni badacze zalecają, aby metody samooceny stosowane były już u dzieci w wieku 8 lat jako uzupełnienie oceny lęku dziecka przez jego rodzica [27].

CFSS-DS opiera się na ocenie strachu dziecka jako odpowiedzi na 15 różnych sytuacji mogących mieć miejsce podczas wizyty u dentysty (np. iniekcja czy badanie jamy ustnej). Skala ocen waha się od 1 – brak strachu do 5 – silny strach. Kwestionariusz używany w tej metodzie tłumaczony był na kilka języków, a dane uzyskane na jego podstawie służyły badaczom m.in. do rozróżniania pacjentów lękliwych od nielekliwych. Trafność i rzetelność metody oceniane są jako satysfakcjonujące [22], niemniej jednak niektórzy autorzy uważają, że przy ocenie jakości metody należy uwzględnić, kto wypełnia kwestionariusz (tzn. rodzic czy dziecko), a także wiek i płeć dziecka [29]. Różnice w wieku i płci powinny być brane pod uwagę również przy określaniu punktów odciążenia w metodzie CFSS-DS [27]. Skala ta zyskała sporą popularność wśród badaczy, niemniej jednak ma ona pewne ograniczenia. Technika ta nie ocenia fizycznych reakcji, myśli czy zachowań dziecka, które mogą być także wyznacznikami strachu dentystrycznego.

Inną skalą oceniającą lęk stomatologiczny u dzieci i młodzieży, która opiera się na wypełnieniu kwestionariusza, jest *Modified Child Dental Anxiety Scale* (MCDAS) [30]. Skala MCDAS została opracowana na podstawie *Corah's Dental Anxiety Scale* (CDAS), używanej do oceny lęku u dorosłych, która została zmodyfikowana ze względu na zbyt duży stopień skomplikowania. Składa się ona z 8 pytań dotyczących specyficznych procedur mających miejsce w gabinecie stomatologicznym, a mogących wywołać lęk stomatologiczny u dzieci (np. usunięcie zęba, znieczulenie do leczenia czy użycie gazu rozweselającego). Dziecko ma za zadanie określić poziom swojego lęku w konkretnej sytuacji, w skali 1-5. Stopień 1 odpowiada stanowi spokoju, a 5 – skrajnemu strachowi. Test okazał się wiarygodny dla dzieci 8-15 lat [19]. Ze względu na trudność w przeprowadzeniu kwestionariusza u młodszych dzieci oraz ze względu na fakt, że dzieci w otoczeniu gabinetu stomatologicznego, który może prowokować strach, mogą wykazywać cechy regresji zachowania w stosunku do swojego wieku, rozszerzono test MCDAS

o wersję obrazkową. Każdemu z 5 punktów odpowiadających rosnącemu napięciu i strachowi podporządkowano obrazek twarzy wyrażający inny stan emocjonalny (1 – buźka szeroko uśmiechnięta, 5 – buźka przestraszona, płacząca). W porównaniu z testem CFSS-DS wyżej opisany kwestionariusz okazał się krótszy i szybszy do wypełnienia [19].

Techniki projekcyjne polegają na przedstawieniu osobie badanej materiału bodźcowego, który nie ma jednoznacznej, narzucającej się struktury. Dzięki temu techniki te ujawniają pewne postawy i zachowania badanego, a także jego ukryte i nieświadome emocje. Oparte są one na prostych instrukcjach przekazywanych dzieciom, np. „opowiedz historię o...”, w związku z czym można otrzymać od młodego pacjenta odpowiedzi, które nie są w żaden sposób ukierunkowane. Stosowane wśród dzieci i młodzieży techniki projekcyjne do oceny lęku stomatologicznego opierają się między innymi na rysowaniu postaci człowieka [31] lub interpretowaniu przez dziecko obrazków ilustrujących człowieka podczas wizyty w gabinecie dentystrycznym [32].

*Children's Dental Fear Picture Test* (CDFP) składa się z 3 różnych testów, z których dwa opierają się na technikach projekcyjnych [33]. Pierwszy test CDFP-DS (*The Dental Setting Pictures*) zawiera obrazki zwierząt w sytuacjach związanych z opieką stomatologiczną, które mogą wywołać lęk u dziecka. Dziecko proszone jest, aby opowiedziało historię o każdym z obrazków. Drugi to test zdań niedokończonych – CDFP-SC (*Sentence Completion Task*). Ostatni z testów, CDFP-PP (*The Pointing Pictures*), składa się z 5 obrazków przedstawiających dzieci w różnych sytuacjach podczas wizyty w gabinecie dentystrycznym. Każdy obrazek przedstawia dwie różne reakcje dziecka: strach i brak strachu. Młodzi pacjenci są zachęcani, aby powiedzieli, jak oni czuli się w podobnej sytuacji. Na podstawie CDFP dzieci klasyfikowane są jako „bojaźliwe”, „niebojaźliwe” i „nieokreślone”. Trafność metody została potwierdzona badaniami, które wykazały dodatkowo jej wysoką czułość i swoistość [9].

Obecnie coraz częściej wykorzystuje się sztukę jako środek ułatwiający komunikację z dzieckiem [34]. Dziecięcy rysunek może być wykorzystany jako badawcza metoda projekcyjna, dostarcza on bowiem unikatowy wgląd w wewnętrzne doświadczenia dziecka, zwłaszcza gdy doznało ono traumatycznych przeżyć w przeszłości [35]. Rysunki jako metoda oceny lęku stomatologicznego mają wiele zalet. Nie wymagają one bowiem od dziecka jednoznacznej, ukierunkowanej odpowiedzi, a także odzwierciedlają nastroj, obawy czy emocje, których badane dziecko może nie być świadome lub nie potrafi ich przekazać słownie. Przy interpretacji rysunków ważny jest każdy szczegół, począwszy od wielkości narysowanych postaci, poprzez dobór koloru, a skończywszy na powierzchni, jaką zajmuje rysunek na kartce.

Przeprowadzone w warunkach gabinetu dentystrycznego badanie, którego celem była ocena rysunku jako metody projekcyjnej do oznaczenia poziomu stresu związanego z leczeniem stomatologicznym u dzieci, określiło tę metodę jako wiarygodną i wysoce użyteczną w pedodoncji [36].

Strach/lęk stomatologiczny u dzieci i młodzieży i zachowania nim prowokowane stanowią niemałe wyzwanie dla lekarzy dentystrów, ale także dla psychologów czy psychiatrów.

Metody oceny lęku stomatologicznego u dzieci i młodzieży mają liczne ograniczenia i nie ma idealnego, ujednoliconego

podejścia do tematu. „Złotym standardem” wśród narzędzi do oceny lęku u dzieci są metody samooceny, pomimo że mają one również oczywiste wady [22, 37].

### Wkład autorów/Authors' contributions

HS-Z, MP – zebranie piśmiennictwa, analiza i opracowanie, przygotowanie wstępnej wersji manuskryptu. KE – koncepcja pracy, nadzór merytoryczny, recenzowanie i korekta manuskryptu.

### Konflikt interesu/Conflict of interest

Nie występuje.

### Finansowanie/Financial support

Nie występuje.

### Etyka/Ethics

Treści przedstawione w artykule są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej, dyrektywami EU oraz ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych.

### PIŚMIENNICTWO / REFERENCES

- [1] American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling, and Oral Treatment for Infants, Children, and Adolescents. [http://www.aapd.org/media/Policies\\_Guidelines/G\\_Periodicity.pdf](http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_Periodicity.pdf) 16.11.2013.
- [2] Bracha S, Vega EM, Vega CB. Posttraumatic Dental-Care Anxiety (PTDA): Is „dental phobia” a misnomer? *Hawaii Dental Journal* 2006;8/9:17–19.
- [3] Klingberg G, Löfqvist LV, Bjarnason S, Norén JG. Dental behavior management problems in Swedish children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1994;22:201–205.
- [4] Klingberg G, Raadal M, Arnup K. Dental fear and behavior management problems. W: Koch G, Poulsen S, reds. *Pediatric Dentistry. A clinical approach*. 2nd ed., Wiley-Blackwell; 2009. p. 32–37.
- [5] Ramos-Jorge J, Marques LS, Homem MA, Paiva SM, Ferreira MC, Ferreira FO, et al. Degree of dental anxiety in children with and without toothache: prospective assessment. *Int J Paediatr Dent* 2013;23:125–130.
- [6] Milgrom P, Mancl L, King B, Weinstein P. Origins of childhood dental fear. *Behaviour Research and Therapy* 1995;33(3):313–319.
- [7] Winer GA. A review and analysis of children's fearful behavior in dental settings. *Child Developm* 1982;53:1111–1133.
- [8] Aartman IH, Everdingen van T, Hoogstraten J, Schuurs AHB. Appraisal of behavioral measurement techniques for assessing dental anxiety and fear in children: a review. *Journal of Psychopathology Behavioral Assessment* 1996;18:153–171.
- [9] Klingberg G, Vannas Lofqvist L, Hwang CP. Validity of the Children's Dental Fear Picture test (CDFP). *Eur J Oral Sci* 1995;103:55–60.
- [10] Venham LL, Gaulin-Kremer E, Munster E, Bengston-Audia D, Cohan J. Interval rating scales for children's dental anxiety and uncooperative behavior. *Pediatric Dentistry* 1980;2(3):195–202.
- [11] Klingberg G, Berggren U, Carlsson SG, Noren JG. Child dental fear: cause related factors and clinical effects. *Eur J Oral Sci* 1995;103:405–412.
- [12] Frankl SN, Shiere FR, Fogel HR. Should the parent remain with the child in the dental operator? *J Dent Child* 1962;29:150–163.
- [13] Hosey MT, Blinkhorn AS. An evaluation of four methods of assessing the behavior of anxious child dental patients. *Int J Paediatr Dent* 1995;5:87–95.
- [14] Folan MO. *Advances in Psychology Research*, vol. 43. Nova Science Publishers, Inc; 2006 [chapter 8].
- [15] Rebok G, Riley A, Forrest C, Starfield B, Green B, Robertson J, et al. Elementary school-aged children's reports of their health: A cognitive interviewing study. *Quality of Life Research* 2001;10:59–70.
- [16] Venham LL. The effect of mother's presence on child's response to dental treatment. *Journal of Dentistry for Children* 1979;46:219–225.
- [17] 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;41:130–142.
- [18] Buchanan H, Niven N. Validation of Facial Image Scale to assess child dental anxiety. *Int J Paediatr Dent* 2002;12:47–52.
- [19] Howard KE, Freeman R. Reliability and validity of a version of the Modified Child Dental Anxiety Scale. *Int J Paediatr Dent* 2007;17:281–288.
- [20] Buchanan H, Niven N. Further evidence for the validity of Facial Image Scale. *Int J Paediatr Dent* 2003;13:368–369.
- [21] Cuthbert MI, Melamed BG. A screening device: children at risk for dental fears and management problems. *ASDC J Dent Child* 1982;49:432–438.
- [22] Aartman IHA, van Everdingen T, Hoogstraten J, Schuurs AHB. Self-report measurements of dental anxiety and fear in children: A critical assessment. *ASDC J Dent Child* 1998;65:230–252.
- [23] Holmes RD, Girdler NM. A study to assess the validity of clinical judgement in determining paediatric dental anxiety and related outcomes of management. *Int J Paediatr Dent* 2005;15:169–176.
- [24] Eiser C, Twamley S. Talking to children about health and illness. W: Murray M, Chamberlain K, reds. *Qualitative Health Psychology*. London: Sage; 1999.
- [25] Versloot J, Veerkamp J, Hoogstraten J. Dental anxiety and psychological functioning in children: its relationship with behaviour during treatment. *Eur Arch Paediatr Dent* 2008;9:36–40.
- [26] Krikken JB, Van Wijk AJ, Jacob M, Ten Cate, Veerkamp JSJ. Measuring dental fear using the CFSS-DS. Do children and parents agree? *Int J Paediatr Dent* 2013;23:94–100.
- [27] Gustafsson A, Arnup K, Broberg AG, Bodin L, Berggren U. Child dental fear as measured with Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule: the impact of referral status and type of informant (child versus parent). *Community Dent Oral Epidemiol* 2010;38:256–266.
- [28] Luto A, Tolvanen M, Rantavuori K, Pohjola V, Lahti S. Can parents and children evaluate each other's dental fear? *Eur J Oral Sci* 2010;118:254–258.
- [29] Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behavior management problems in children and adolescent; a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent* 2007;17:391–406.

- [30] Wong HM, Humphris GM, Lee GTR. Preliminary validation and reliability of the Modified Child Dental Anxiety Scale. *Psychol Rep* 1998;83:1179-1186.
- [31] Sonnenberg E, Venham L. Human figure drawings as a measure of the child's response to dental visit. *J Dent Child* 1977;44:438-442.
- [32] Nelson WM, Cholera SN. Projective-cognitive assessment of thoughts and feelings and their relationship to adaptive behavior in a dental situation. *Adolescence* 1986;21:855-862.
- [33] Klingberg G, Hwang CP. Children's Dental Fear Picture test (CFDP) – a projective test for the assessment of child dental fear. *J Dent Child* 1994;61:89-96.
- [34] Driessnack M. Children's drawings as facilitators of communication: a meta-analysis. *J Pediatr Nurs* 2005;20:415-423.
- [35] Looman WS. A developmental approach to understanding drawings and narratives from children displaced Hurricane Katrina. *J Pediatr Health Care* 2006;20:158-166.
- [36] Aminabadi NA, Ghoreishizadeh A, Ghoreishizadeh M, Oskouei SG. Can drawing be considered a projective measure for children's distress in paediatric dentistry? *Int J Paediatr Dent* 2011;21:1-12.
- [37] Chambers CT, Craig KD. An intrusive impact of anchors in children's faces pain scales. *Pain* 1998;78:27-37.