

שיטות בסיסיות לטיפול בילד החרד במרפאת השיניים

הטיפול בילד החרד הוא אומנות נלמדת, ומורכב ממספר שיטות הקשורות זו בזו. בדרך כלל משתמשים במספר שיטות בבת אחת על מנת לטפל באופן מוצלח בילד ולפתח בו גישה חיובית לטיפול. ניתן להקביל זאת להרכבת פזל המורכב ממספר רב של חלקים המצטרפים לתמונה הסופית. אולם למטרת ההסבר נפרק אותם לגורמים.

1. יצירת קשר - קומוניקציה

אחד הסימנים המעידים על ההצלחה של רופא שיניים בטיפול בילדים היא יכולתו ליצור איתם קשר, להשיג את אמונם ולהעביר להם את המסר: אתה יכול להיות רגוע ולא לפחד. על מנת להצליח ביצירת הקשר עם הילד, יש להכיר ולהבין את שלושת המרכיבים העיקריים ביצירת התקשורת במרפאה שהם: **המקור** (הרופא/ה או הסייעת), **המדיום** (האווירה המושרית במרפאה ובחדר ההמתנה) ו**המקבל** (הילד).

המדיום

על מנת לשפר את האווירה במרפאה כדי לנצלה לעברת המסר: אתה יכול להיות רגוע ולא לפחד, ניתן לתלות תמונות ופוסטרים נחמדים על הקירות, אולם חשוב להקפיד, שהתמונות לא תהיינה מפחידות בעיניו של ילד קטן וחרד המגיע למרפאה. כמו כן, ניתן לתלות לוח שעם הכולל ציורי ילדים, תמונות של ילדים שסיימו טיפול או לוח וגירים צבעוניים. פוסטר מועדון השן הנקיייה שבו ניתן להוסיף שמות של ילדים המצטיינים בהגינה אורלית, יכול להוות קישוט ואתגר לילד כאחד. ספרי ילדים, צעצועים, מכונת כתיבה ישנה, אקווריום, קוביות, כסאות קטנים המתאימים לילדים כך שיוכלו לצייר יאפשרו את פעילות הילדים בחדר ההמתנה. פעילות זאת מאפשרת להפחית חרדה מחד גיסא, ומאידיך מאפשרת להעריך את החרדה של הילד. בזמן הטיפול הדנטלי, ניתן להשמיע מוזיקה שקטה ורגועה המוסיפה על אווירת הרגיעה בחדר הטיפולים.

המקבל

חשוב שיהיה רגוע פיסית ונפשית. אם הילד חרד מאוד, ניתן לתת לו תרופת הרגעה כדי שניתן יהיה ליצור עמו קשר, אולם זה לא כתחליף ליצירת קשר וורבלי ולא וורבלי עם הילד.

המקור:

חשוב לזכור שילד יכול להקשיב למקור אחד בלבד, לכן רק אדם אחד יכול להעביר אינפורמציה לילד, ולהסב את תשומת לב הילד אליו. זאת הסיבה שסייעת יכולה וחייבת לשוחח עם הילד רק כאשר הרופא לא נימצא בחדר, אולם כאשר הרופא מגיע, עליה לתפוס עמדה פסיבית. במרפאת השיניים לילדים קיימת תקשורת רציפרוקלית המתוארת על ידי משולש שבקודקודו העליון נמצא הילד, ובשני הקודקודים התחתונים נמצאים הרופא וההורים; היינו, ישנו קשר משולש בין הילד, ההורים והרופא. אולם, היחסים הללו קיימים מחוץ לזמן הטיפול. בזמן הטיפול חשוב שתשומת לב הילד תופנה למקור אחד בלבד - <----- לרופא. לכן, חשוב להקפיד על הכללים הבאים:

1. הורה לא ידבר עם הילד וימנע מלתת לו פקודות.

במקרים רבים אנו נתקלים במרפאת השיניים במצב שהאם חוזרת על מה שהרופא אומר. לדוגמה הרופא: "תפתח את הפה"

האם: "תפתח את הפה, תעשה מה שהרופא אומר לך, אל תזוז"
או לחילופין ההורים מבטיחים לילד פרס גדול כדי שיקשיב לרופא השיניים. חשוב להבין שככל שהפרס המובטח על ידי ההורים גדול יותר, הוא גורם לחרדה הרבה יותר גדולה לילד, שכן הילד מבין שאם הפרס גדול "הולך להיות לו מאוד כואב".

בנוסף ההורים עלולים להעביר מסרים בלתי ישירים לילד, שמשמעותם הם: הטיפול יהיה כואב. לדוגמה: "אל תדאג, אני שומר עליך". היינו מבחינתו של הילד, ההורה צריך לשמור עלי מפני הרופא.

גם השאלה של ההורה את הילד "האם כואב לך" מעבירה מסר חסוי לילד, שהטיפול עלול להיות כואב. אי לכך עדיף תמיד לשאול את הילד "האם היה לך כוץ" שאלה זאת מאפשרת להבין את תחושת הילד, מבלי לעורר את החרדה שלו מפני הטיפול.

2. הורה לא ידבר עם הרופא, והרופא לא יתייחס וידבר עם ההורים.

לעתים, האם או האב מנסים לשוחח עם הרופא בזמן הטיפול בילד. במקרה זה, הרופא צריך לחלק את תשומת לבו לשני אנשים: הילד וההורה. במצב זה הילד לא נמצא בראש הפירמידה, ולא מקבל את כל תשומת הלב. במקרים אחרים כאשר על הרופא להביע תקיפות כלפי הילד בשל חוסר שיתוף פעולה, ההורה עלול להתערב ולומר לרופא: "אל תדבר אליו בצורה כזאת" מצבים אלו יוצרים שתי בעיות עיקריות: א. הילד מפנה תשומת לבו להורה. ב. התערבות ההורה מפריעה לרופא לקבל שיתוף פעולה של הילד.

האינפורמציה מהמקור למקבל מועברת באמצעות תקשורת וורבלית ולא וורבלית.

א. תקשורת וורבלית

התקשורת עם הילד יעילה אם הרופא יודע את המצב האינטלקטואלי והפסיכולוגי של הילד ומכיר את השלבים השונים בהתפתחות השכלית של הילד, וזאת על מנת למנוע מצבים שבהם הילד לא יבין אותו. לכן, אחד ההיבטים החשובים ביצירת תקשורת וורבלית הוא אוצר המילים האפקטיבי של הילד, היינו אוצר המילים המדובר או המובן. אוצר מילים זה משתנה עם הגיל: בגיל שנתיים: 272 מילים, בגיל 3: 896 ובגיל 4: 1540 מילים. לכן, ניתן ליצור תקשורת עם כל הילדים מגיל 4 שנים ורוב הילדים בגיל 3 שנים. ככלל אי אפשר ליצור תקשורת עם ילדים מתחת לגיל שנתיים וחצי. בילדים קטנים ניתן לשאול את האימא אם הילד מבין מה מדברים אליו. עיקרון נוסף חשוב ביצירת התקשורת עם הילד הוא שהילד מבין לעתים לאט. לכן יש לחזור מספר פעמים על משפטים ולוודא שהילד אכן הבין את הנאמר. לעתים ניתן לאמת זאת על ידי כך שהילד חוזר על ההסבר שלנו במילים שלו.

ב. תקשורת לא וורבלית

כ-65% מהתקשורת בכל חברה מועברת בצורה לא וורבלית. התקשורת הזאת חשובה יותר ככל שהילד קטן יותר ובטיפול בילדים עם הפרעות התפתחותיות. בצורה זאת של תקשורת ניתן להעביר הסברים על ידי כך מישוש של חפצים: צמר גפן, סכר גומי, וו, אך גם התייחסות כגון על ידי מבט, חיוך, או טפיחה על השכם. יחס הרופא יכול להתבטא גם בקולו. הקול יכול להביע אמפתיה ונחישות. ביטחון ושליטה במצב ניתן להעביר על ידי תנועות איטיות וחלקות. גם הילד מעביר אלינו אינפורמציה באמצעות תקשורת לא וורבלית. לדוגמה, המסר של ילד הנמנע ממגע עין הוא: "אני לא מוכן לשתף פעולה כי אני פוחד". ואז ניתן לומר: "תסתכל עליי", זה יוצר מצב של קשר עין והתחלה של תקשורת. המקור מעביר באופן שוטף אינפורמציה למקבל. האינפורמציה לפני הטיפול הדנטלי שונה במהותה ובמטרותיה לזו שניתנת במשך הטיפול הדנטלי.

התקשורת לפני הטיפול האופרטיבי

חשוב להשיג את תשומת לב הילד לפני הטיפול כדי לאפשר לנו בזמן הטיפול את המשך התקשורת לשם עיצוב ההתנהגות. כשילד מגיע למרפאה הוא פוחד, חושב על עצמו. המטרה הראשונה היא לבצע EXTERNALIZATION, היינו לגרום לכך שהילד לא יחשוב על עצמו אלא על נושאים שאנו נכוון אותם אליהם. זאת ניתן להשיג על ידי שאלות בנושא מעניין כגון תחביבים. חשוב לזכור בהקשר זה, שלאוכלוסיות שונות יש נושאי התעניינות שונים כגון באוכלוסייה הדתית ניתן לשאול על פרשת השבוע או על הפרשה של בר המצווה. סוג השאלות שיש לשאול לא תהיינה מסוג שהתשובות להן הן כן/לא, כדי לאפשר שיחה פעילה עם הילד. חשוב לדבר עם הילד מגובה שווה, ולתת לילד זמן להגיב. במשך יצירת הקשר הראשוני מתגלים לעתים פרטים שכדאי לרשום בכרטיס על מנת להשתמש בהם בביקורים הבאים כגון: שמות חיבה, שם גנת אהובה, שם בעל חיים אהוב וכו'. כאשר מדברים אל הילד יש להתחשב בנטייה שלו לבצע MEDIANE GENERALIZATION, היינו הכללה על של מושגים בעלי שם דומה. לדוגמה: רופא או רופא שיניים. חשוב שילד שפוחד מרופא כללי ידע את ההבדל בין רופא שיניים לרופא כללי.

תקשורת בזמן טיפול שיניים

התקשורת בזמן הטיפול מיועדת להעביר אינפורמציה. הפחדים והסקרנות המולדת גורמים לכך שאנו חייבים לתת הסבר לכל טכניקה חדשה שבה אנו משתמשים. מעבר האינפורמציה בזמן הטיפול חייב להיות קבוע. את הפקודות יש לעביר לילד בשפה ברורה ובאופן חיובי. אין לומר: "תפתח את הפה, זה לא יכאיב לך", אלא "בוא תראה לי איזה שיניים יפות יש לך", או "בפעם הקודמת היית נהדר, אני בטוח/ה שהיום שוב תתנהג יפה". יש לנצל את העובדה שהילדים מתנהגים בצורה המצופה מהם.

חשוב שהילד יבין מה רוצים ממנו (לפתוח פה גדול, לא לזוז). "תישאר יציב" הוא משפט לא ברור ולכן עלול לתרום לקצר בתקשורת. כאשר ילד זז ניתן פשוט להסביר לו ש"כשהגוף זז, הראש זז ואז השיניים גם זזות". עיקרון נוסף וחשוב ביצירת התקשורת עם הילד הוא הכנות. חשוב להיות כנים עם הילד ולא לומר לו דברים לא נכונים. במקום "זה לא יכאב לך", עדיף לומר: "אני אעשה את כל המאמצים שלא תרגיש לא נעים. ואם תרגיש לא נעים, תרים יד ואז אני אפסיק מיד את הטיפול". כאשר מבטיחים לא לטפל, אז לא לטפל, אלא אם הילד מסכים, למרות ההבטחה, לקבל את הטיפול. לעתים ילד חרד ממשך לדבר או לשאול שאלות על מנת להשהות את הטיפול. במקרה זה ניתן לומר: "זה הזמן לעבוד".

Wepman ו- Sonnenberg תארו שלושה עקרונות ביצירת התקשורת עם הילד:

1. ילד לא אוהב כשמאשימים אותו, לכן אין לומר לילד: " בגללך אני לא מצליח/ה לבצע את הטיפול" אלא רצוי לומר: " ייקח לי המון זמן לבצע את הטיפול, אם תמשיך לזוז. בבקשה תעזור לי".
 2. הקשבה אקטיבית- אם ילד פוחד, יש לשאול את הילד מה בדיוק מפריע לו. אם לא שואלים, לא יודעים. אם יודעים, ניתן להציע תחליף.
 3. תגובה מתאימה לגיל הילד, מספר הביקורים והמוטיבציה.
- ככלל אין להרים קול על הילד אלא אם הוסבר לו קודם מה שרוצים ממנו, ובטוחים שהבין. לדוגמה, אין להרים קול או להתנהג באופן תקיף כאשר ילד סוגר את הפה בפעם הראשונה בזמן מתן אלחוש מקומי. יש להסביר לו בשקט שאם יסגור את הפה יהיה קשה לתקן לו את השיניים.

2. דסנסטיזציה

שיטה זאת תוארה לראשונה על ידי Wolp ב-1969. לפי שיטה זאת הגירויים גורמים לחרדה בדרגות שונות וניתן לסדר אותם בסדר עולה לפי רמת החרדה שהם גורמים. ניתן לקבל הפחתה או ביטול התגובות לגורמי החרדה על ידי הצגת הגירויים לחרדה בהדרגה ובסדר עולה. תחילה מציגים את הגירוי הגורם לחרדה הפחותה ביותר, עד אשר מקבלים תגובה חלשה יותר. כאשר הגירוי הקל לא גורם יותר לחרדה, ממשיכים לגירוי הבא עד אשר מקבלים שליטה מושלמת על החרדה המתקבלת כתוצאה מהגירויים הללו.

ניתן לגרום לדסנסטיזציה בשיטות שונות:

1. הרפיה פרוגרסיבית של שרירים בזמן השמעת מוזיקה מרגיעה או בזמן צפייה בטלוויזיה מקטינה את חרדת הילד. זאת, בשל העובדה שחרדה והרפיה עמוקה של שרירים לא מתרחשים בעת ובעונה אחת. הקשר בין הגירויים והחרדה נחלש בהדרגה.
2. דסנסטיזציה מניעתית שמטרתה שינוי גישת הילד לפני הביקור הראשון או בביקור הראשון. לפי שיטה זאת יש לחשוף את הילד לגירויים שבמראת בהדרגה. בביקור הראשון ניתן רק לתת הוראות למניעת עששת (חורים) ולבצע רק בדיקה ידנית (ללא מחדר). במקרים בהם ילד חרד מאוד הסכים לבדיקת השיניים לאחר שכנועים רבים, רצוי לדחות את הצילומים לביקור הבא. בביקור השני הילד יגיע גאה למרפאה, ואז יהיה סיכוי רב יותר לצלם אותו.
3. דסנסטיזציה בזמן הטיפול. טכניקות כגון TSD (כמפורט בהמשך), ההדגמה של המכשיר על אצבעו של הילד, או מתן האפשרות לילד לחוש את סכר הגומי לפני הנחתו, הנם דסנסטיזציה.

3. חיקוי או הדגמה (IMITATION OR MODELING)

לפי עיקרון זה רוב הלמידה או רכישת ההרגלים נעשית על ידי הסתכלות על מודל המבצע התנהגות מסוימת. בשימוש בשיטה זאת ניתן לקבל על ידי הדגמה או הסתכלות על מטופל אחר גירוי להתנהגות טובה ומניעת התנהגות שלילית בשל פחד. ישנם שני סוגי הדגמות (MODELING):

1. הדגמה על מתרפא (PATIENT MODELING)
2. הדגמה בעזרת סרט ווידאו (AUDIOVISUAL MODELING)

1. **הדגמה על מתרפא (PATIENT MODELING)** - לפי גישה זאת הילד מסתכל על טיפול הניתן למטופל המתנהג יפה. ההסתכלות יכולה להיות על מטופלים שונים: ילדים אחרים, אחים ואחיות, הורים או קרובי משפחה אחרים. ילדים מאותו מין ומאותו גיל מהווים מודל בעל השפעה טובה יותר משאר הילדים. ניתן לבצע הדרכה על ידי מודל לקבוצה גדולה. בקבוצה ניתן למצוא מודלים רבים והסיכוי שימצא מודל לחיקוי גדול מאשר בטיפול אינדיבידואלי. גם אחים ואחיות מהווים מודל טוב לחיקוי. בחירת המודל תלויה בהתנהגותו. מסתבר, שכאשר ילד רואה אח או קרוב משפחה מקבל טיפול שיניים, הוא לא פוחד מהטיפול. המודל הטוב ביותר הוא האח הגדול בזמן בדיקת השיניים. מסתבר שלנוכחות האח הגדול יש השפעה חיובית גם על התנהגות הילד בביקור הראשון. כאשר משתמשים באח הגדול כמודל לחיקוי, חשוב לא להשוות בין האחים כדי לקבל התנהגות טובה יותר, שכן איננו מכירים את היחסים שבין האחים במשפחה, וזה עלול להביך את הילד. ככלל, החיקוי ממודל מוכר, מהיר יותר ולכן עדיף שבקבוצות לימוד יהיה קרוב משפחה.

כאשר משתמשים ב-PATIENT MODELING, יש להתחשב בפחדים של הילד הצופה מרעשים גדולים של HIGH SPEED ו-SUCTION, ולהראות לו את המכשירים לפני השימוש.

2. **AUDIOVISUAL MODELING** - ניתן ללמד ילד להתנהג במרפאת השיניים, על ידי צפייה בסרט ווידאו שבו מצולם ילד בבדיקה או בקבלת טיפול. דרך הסרט הילד מבין את תהליכי הטיפול.

4. **עיצוב התנהגות (BEHAVIOR SHAPING)**

עיצוב ההתנהגות מוגדר כתהליך איטי המתקבל על ידי חיזוקים להתנהגות הדומה להתנהגות הרצויה, עד אשר מקבלים את ההתנהגות הרצויה. הטכניקה הזאת מבוססת על העיקרון שמתן פרס עידוד **מיידי** גורם לנטייה לבצע שוב את אותה התנהגות, והתדירות של ההתנהגות הזאת עולה. כאשר מענישים את הילד על התנהגות מסוימת, מתעלמים ממנה או לא מקבלים בעבורה פרס, ההתנהגות הזאת נוטה להעלם. לדוגמה התגובות לשאלה מטרידה כגון: "עוד כמה זמן ימשך הטיפול?" יכולות להיות א. חוסר התייחסות ב. ניתן לענות שזה מפריע מאוד, ואז ניתן לראות איך נעלמת השאלה. לפי טכניקה זאת יש ללמד ילד שלב אחר שלב מה מצפים ממנו בזמן טיפול שיניים, ונותנים לו עידוד על התנהגות טובה. לאחר כל שלב נותנים חיזוק. גם חיוך מהווה חיזוק. אולם, החיזוק חייב להיות **מיידי** הואיל וחיזוק מיידי הוא יעיל יותר. יש להפנות את החיזוק למאמצים של הילד, להישגים שלו ולא לאישיות שלו או למראה שלו. ניתן לנצל כל דבר כדי לתת מחמאה ואפילו רגיעה קלה של הילד תוך כדי בכי, ניתן אז לומר "עכשיו אתה מתנהג יפה, אני מקווה שתוכל להמשיך ולהתנהג כך". גם לאחר הרמת קול כשהילד נרגע אומרים מיד בקול ידידותי "יופי, כך זה בסדר". סוג החיזוק צריך להתאים לגיל הילד: חיוך לילד צעיר מאוד או טפיחה על השכם לילד מבוגר יותר. חשוב להבדיל בין פרס לשוחד, שכן פרס מקבלים לאחר ביצוע התנהגות טובה ולא לפני הטיפול.

5. **הסחה (RETRAINING)**

הטכניקה הזאת מתאימה יותר לילדים חרדים או לילדים עם התנהגות שלילית. ההתנהגות השלילית עלולה לנבוע מחוויית טיפול שלילית של הילד (לדוגמה, כאב לילד בטיפול) או משמיעת אינפורמציה מההורים או מהחברים (לדוגמה, ההורה דיבר בטלפון עם חבר ואמר לו "אל תשאל היה לי טיפול שיניים נורא היום"). בטכניקה זאת משתמשים בהסחה על ידי הצעת תחליפים לגירויים הגורמים לחרדה. על מנת לתת תחליפים נאותים לילד חשוב, שכאשר הילד מקרין חרדה בזמן הטיפול, לברר מה בדיוק מפריע לילד, ולתת לו זמן להשיב--> הקשבה אקטיבית, שכן ידיעת הגורם לחרדה מאפשרת לנו להציע תחליף נאות. ההקשבה האקטיבית חשובה יותר בילדים גדולים. בילדים קטנים חשובה יותר ההסתכלות על ההתנהגות הלא וורבלית של הילד. לעתים הילד מתלונן על משהו ספציפי כגון על טעם של משחה לניקוי שיניים, הרגשת חנק בשל סכר גומי, תחושה לא נעימה מ-LOW SPEED. עדיף להסכים אותו ולהציע לו תחליף. לדוגמה: משחה עם טעם אחר, ביצוע חור בסכר הגומי כדי שיוכל לנשום, להסכים עמו על התחושה הלא נעימה הקשורה בשימוש ב-LOW SPEED ולהבטיח להשתמש בזה זמן קצר בלבד. ההסכמה עם הבעיה של הילד והתחליף שאנו מציעים מאפשרים לילד לשנות את הציפיות השליליות שלו מרפואת שיניים. דרך נוספת להסחה היא דחייה של טיפול קשה. ניתן לתת לילד תחושה שהוא שולט במצב, על ידי שאלות כגון: איזה טעם של משחה אתה מעדיף תפוזים או אננס? שיטה נוספת של הסחה זה על ידי סיפור - מסיחים את דעתו של הילד מעצמו.

ההבדל העיקרי בין BEHAVIOR SHAPING ו-RETRAINING הוא שב-RETRAINING מתחילים עם ילד שיש לו ציפיות שליליות ותגובות שליליות, לא רצויות במרפאת שיניים. כדי לשנות את התגובה יש לשנות את הגורם (לדוגמה: בחירת טעם). על מנת למנוע הכללה, הצוות הדנטלי צריך להפגין את **השונה**.

6. TELL SHOW DO

על בסיס הטכניקות שהוזכרו ובעיקר על בסיס BEHAVIOR SHAPING, פיתח אדלסטון טכניקה להתנהגות עם ילדים הנקראת TELL SHOW DO (TSD). טכניקה זאת מקפלת בתוכה הרבה מהעקרונות שהוזכרו, ומתאימה לילדים צעירים ללא ניסיון בקבלת טיפול שיניים, לילדים צעירים עם ניסיון של כאב במרפאה אחרת וילדים שקיבלו אינפורמציה מעוותת על טיפולי שיניים מההורים או מהחברים.

תאור הטכניקה:

- א. לומר הכרזה כללית לילד על **מטרת הטיפול** כגון "אנו צריכים לטפל בך כדי לתקן את השיניים".
- ב. יש להסביר את **הצורך**. ילד שמבין את הסיבה לטיפול, נוטה יותר לשיתוף פעולה. לדוגמה "אנו מטפלים בשן כדי שהיא תבריא", "כדי שתוכל לאכול", "כדי שתראה יפה", "כדי שהשיניים לא ירקבו".
- ג. לחלק את ההסבר לשלבים; ילדים לא מסוגלים לקלוט אינפורמציה רבה בבת אחת. את ההסבר יש לחלק לשלב סכר גומי, הכנת חלל, מטריצה ושיחזור.
- ד. יש להשתמש בכינויים כדי להסביר את התהליך ברמתו של הילד.
- ה. יש לבצע הדגמה מוחץ לפה, על רופא השיניים אח"כ על האצבע הילד ורק בסוף בתוך הפה תוך כדי התקדמות איטית.
- ו. עידוד התנהגות טובה- להיות ספציפיים עד כמה שאפשר.
- ז. התעלמות מהתנהגות לא טובה.

צריך רמה מסוימת של תקשורת כדי לקבל שיתוף פעולה לטכניקה הזאת. לדוגמה, כאשר הילד לומד בבית ספר מיוחד בגלל קשיי קליטה יש לחזור על ההסברים מספר רב של פעמים ולהיעזר ביותר דוגמאות. כשהילד מפותח מאוד חשוב יותר לתת הסבר מפורט ועל ידי כך לספק את סקרנותו. כאשר הטכניקה של TELL SHOW DO לא עובדת, יש לבצע התאמה על ידי BEHAVIOR SHAPING.

1. לחזור שוב ולהסביר את התהליך.
2. לחזק התנהגות טובה על השלבים הקודמים.

7. הפחתה של חרדת האם

מחקרים אחדים הראו שיש קשר משמעותי בין חרדת האם וההתנהגות של הילד בביקור הראשון. מחקרים אלו הראו שלאמהות חרדות יש השפעה שלילית על התנהגות ילדיהם וכי ההשפעה השלילית הזאת חלה על ילדים מכל הגילאים. בשל הקשר הזה שבין חרדת הילד בביקור הראשון במרפאת השיניים לבין חרדת האם מטיפול שיניים ניתן להוריד את החרדה של האם לפני הביקור הראשון על ידי מכתב. במכתב יש לפרט רק את הטיפולים הבסיסיים (בדיקה וצילומים) ופילוסופיה כללית של חשיבות ההיגיינה האורלית. נמצא, שאם מדווחים נכון להורים, אין את גורם ההפתעה וחוסר המידע וניתן לצפות שהילדים ישתפו פעולה טוב יותר. Bailey וחבריו מצאו שאמהות המנסות להפיג חרדה אצל ילדיהן גורמות בסופו של דבר להעלאת החרדה הואיל, והן אומרות דברים לא נכונים. במכתב רצוי להסביר להורים שאין לשקר לילד, ולא להמציא דברים שהם אינם יודעים. במקרים אלו עדיף לומר "אני לא יודע". כאשר הילד שואל את ההורים "האם הטיפול יכאב לי?" רצוי להשיב לו: "אני לא רופא שיניים, אולם ד"ר מלכה \ מאיה היא רופאה מקסימה, ובטוח שהיא תעשה את כל המאמצים שלא יכאב לך. מכל מקום תשאל אותה לפני הטיפול". כאשר במכתב מבצעים הכנה גדולה מידי לדוגמה, כאשר שולחים חוברות וגלויה מתקבלת תגובה הפוכה אצל ההורים, היינו חרדה. לכן, רצוי לשלוח רק גלויה קצרה. דרך נוספת להפחית את חרדת האם היא על ידי קביעת פגישה מכינה עם ההורים והילד כשבוע לפני הטיפול. בביקור הילד רואה סרט MODELING, והאם מקבלת הסבר שילד הרואה את הסרט מגיב טוב יותר לטיפול.

8. מוטיבציה (MOTIVATION)

אחד ממטרות טיפול השיניים בילד הוא ליצור בו מוטיבציה - היינו לגרום לו לשנות את ההרגלים וההתנהגות שלו גם **מחוץ** למרפאת שיניים. שינוי ההרגלים מחוץ למרפאת השיניים צריך לחול במספר מישורים: א. אכילה נכונה ב. הפסקת ההרגלים ג. היגיינה אורלית.

- היגיינה אורלית**- על מנת להעלות את המוטיבציה של הילד להיגיינה אורלית ניתן לתלות פוסטר מועדון השן הנקיה בחדר ההמתנה, ובו ניתן להוסיף את שמות הילדים המצטיינים בהיגיינה אורלית. דרך נוספת היא לערב את כל המשפחה בקביעת זמן הצחצוח, סימון ההיענות בלוח שנה ובמתן פרסים.
- הפסקת הרגלים**- כאשר מדברים עם ילד על הפסקת הרגלים חשוב להתחשב בגורמים הבאים:
- א. הרקע של הילד- חשוב לא ללחוץ על הילד להפסיק הרגל כאשר הוא נמצא במצב לחץ כגון בתחילת שנה, או סמוך מאוד לגרושי הורים, או מיד לאחר שנולד לו אח חדש.
 - ב. מוטיבציה - ילד עם מוטיבציה לשיניים ישרות, סביר שישתף פעולה טוב יותר מילד שלא איכפת לו המראה החיצוני.
 - ג. חיזוקים- במשך הפסקת ההרגל חשוב לעודד את הילד על ידי מתן פרסים קטנים לטווח קצר, ופרס גדול לטווח ארוך.
 - ד. משך הפסקת הרגל- אורך כשלושה חודשים עד שההתנהגות נלמדת הופכת להרגל.

רשימת ספרות

1. McDonald RE., and Avery DR.: Dentistry for the child and adolescent, ed. 3, St Louis, 1978, The C.V. Mosby Co
2. Smith, M.E. An investigation of the development of the sentence and the extent of vocabulary in young children, Univ Iowa Stud. Child Welfare, vol 3, no 5, 1926.
3. Wright G.Z., Starky PE., and Gardner DE. .Managing children 's behavior in the dental office. St.Louis Toronto, 1983, Mosby Co
4. Sternbach, R.A. Pain ; a psychophysiological analysis, New York, 1968, Academic Press, Inc.
5. Wepman BJ., and Sonnenberg EM. Effective communication with the pedodontic patient, J. Pedodo 2: 13, 1979.
6. Wolp J and Lazarus A.A. Behavior therapy techniques, New York ,1966, Pergamon Press, Inc.
7. Bandura A. Psychological modeling : conflicting theories, Chicago, 1971, Aldin-Atherton, Inc.
8. Ghose L.J. Giddon D.B., Shiere F.R. et al . Evaluation of sibling support. J Dent child 36: 35, 1969.
9. Johnson R and Machen J B: Behavior modification techniques and maternal anxiety. J Dent child 40:20-24, 1973.
10. Mafhen JB and Johnson R. Desensitization , model learning, and the dental behavior of children J Dent Res 53: 83, 1974
11. Melamed B., Weinstein D., Hawes R et al. Reduction of fear-related dental ma agreement problems with use of filmed modeling J Am Dent Assoc 90: 822, 1975.
12. Adelson R and Goldfrieck MR. Modeling and the fearful child patient. J Dent Child 37: 476, 1970
13. wright GZ Behavior management in dentistry for children, Philadelphia, 1975, W.B. Saunders Co.
14. Lenchner V., and Wright G.Z. Nonpfarmacotherapeutic approaches to behavior management. In wright , G.Z., editor: Behavior management in dentistry for children, Philadelphia, 1975, W.B. Saunders Co.
15. Addelston HK. Child patient training, Fortnight Rev Chicago Dent Soc. 38: 27, 1959.

16. Bandura A., Grusec JE., and Menlove FL. Conversational learning as a function of sumboization and incentive per, Child Dev 37: 499, 1966.
17. Craig W. Hand over mouth technique. J Dent child 38: 387, 1971.
18. Davis M.J., and Rombom H.M. A survey of the utilization of and rational for HOM restraint in postdoctoral pedodontic education. J Pediatr Dent 1: 87, 1979.
19. Johnson R., and Baldwin DC. Jr. Maternal anxiety and child behavior J Dent child 36: 87, 1969.
20. koenigsberg SR and Johnson R. child behavior during three dental visits J Dent child 42: 197, 1975.
21. Wright GZ. and alpern GD. Variables influencing children 's cooperative behavior at the first dental visit J Dent child 38: 124, 1971.
22. Bailey, P.M., Talbot M., and Taylor, PP. A comparison of maternal anxiety with anxiety with levels manifested in the child patient . J Dent Child 40: 253, 1973.