

Медицински университет – София

Факултет по дентална медицина

Катедра „Детска дентална медицина”

Ръководител: проф. д-р М.Пенева, дм, дмн

Роля на родителите за детското поведение в дентален кабинет

Д-р Милена Георгиева Георгиева

Дисертация

За присъждане на образователната и научна степен „Доктор”

По научна специалност „Детска стоматология”, шифър 03.03.

Научен ръководител: проф. д-р М.Пенева, дм, дмн

София

2017г.

Съдържание

Въведение.....	4
I. Литературен обзор.....	6
1. Поведенческа характеристика на периодите на детското развитие.....	6
1.1. Възрастови периоди в развитието.....	6
1.2. Формиране на лечебен триъгълник.....	13
2. Родителски фактори, свързани с дентална тревожност и страх.....	14
2.1. Отношения деца-родители.....	14
2.2. Приложение в денталната практика.....	17
3. Влияние на семейството върху поведението на детето.....	17
4. Емоционална интелигентност на детето.....	24
5. Стиллове на възпитание в семейството.....	27
6. Влияние на родителския стил върху поведението на детето.....	35
7. Страх от дентално лечение.....	40
7.1. Поведение на детето в дентален кабинет.....	43
7.2. Методи за оценка на денталната тревожност.....	45
8. Изследване на родителското поведение в дентален кабинет.....	54
9. Анализ на литературния обзор.....	60
Собствени проучвания	
II. Цел и задачи.....	63
III. Материал и методи.....	63
1. Материал.....	64
2. Методики.....	65
2.1. Клинични методи.....	65
2.2. Психологични методи.....	65
2.2.1. Оценяването на поведението на децата със скалата на Frankl.....	65

2.2.2. Методика за самооценка на детския дентален страх.....	66
2.3. Анкетни методи.....	68
2.3.1. Оценка на родителското възпитание от децата.....	68
2.3.2. Самооценка на родителското възпитание.....	70
2.3.3. Степен на съгласуваност между оценките на възпитанието на родителите, дадени от самите тях и от децата.....	73
2.3. Корелационни зависимости.....	74
2.4. Статистически методи.....	78
IV. Резултати.....	79
1. Резултати по първа задача	79
2. Резултати по втора задача.....	82
3. Резултати по трета задача.....	151
4. Резултати по четвърта задача.....	199
V. Обсъждане.....	206
1. Обсъждане по първа задача.....	206
2. Обсъждане по втора задача.....	208
3. Обсъждане по трета задача.....	212
4. Обсъждане по четвърта задача.....	216
VI. Заключение.....	217
VII. Изводи.....	221
VIII. Библиография.....	222

Въведение

Кариесът е най-разпространеното заболяване. Малко са хората, на които не се е налагало да провеждат дентално лечение. Това лечение е дълбоко свързано в съзнанието на хората с болка, страх или негативно отношение. Тези силни негативни усещания господстват в обществените нагласи, споделят се в широки кръгове и се насаждат още в ранното детство на децата в семейството. Всяко поколение деца като че ли се ражда с готов страх от денталното лечение. Лечение обаче се налага да се провежда още от третата година, а в случаите на неправилно отглеждане на детето и значително по-рано – веднага след пробива на временните зъби. Така се поражда сериозен проблем както пред семейството, така и пред денталния екип. Децата са твърде малки, за да приемат разумно необходимото лечение, а то е наложително. В сферата на денталната медицина съществуват редица разработки, насочени към моделиране поведението на децата в денталния кабинет, като за целта се използват различни методи и техники на взаимодействие между деца и лекари по дентална медицина. Те дават позитивни резултати, но изключват ролята на родителите във формирането на неправилното отношение, а по-късно и в повлияването му.

След раждането си детето попада в нова среда, която налага непрекъсната адаптация. Бурният растеж и развитие изискват непрекъснати родителски грижи. От момента на пробива на първите временни зъби трябва да започнат и грижите за тях. Често неправилните хранителни навици, създавани в семейството и липсата на адекватна хигиена довеждат до ранно развитие на кариес и поради трудното му лечение в тази възраст, и до усложнения. Има случаи, когато дентално лечение се налага още към края на първата година. Много често такова се налага към края на третата година. Това е времето, когато детето попада в денталния кабинет, представляващ напълно нова и агресивна за него среда. Непознатото предизвиква безпокойство, което може да граничи със страх. Така се отключват сериозните проблеми пред родители и денталния екип. Решаването им изисква създаване на адекватно поведение, което да подготви детето за бъдещите манипулации и да направи възможно налагащото се лечение. За да може да се реализира това, наложително е да се познават възрастовите характеристики на децата във всеки един период. Особеностите трябва да бъдат използвани, за да се изгражда правилно поведение у детето.

Семейството и неговото отношение към оралното здраве имат водеща роля в запазването и поддържането му. Семейството създава среда, необходима за здравословен живот, повишава самоувереността и помага при формиране на навици. Родителските умения и отношение към оралната хигиена влияят при формиране на оралната хигиена на децата и разпространението на оралните заболявания.

Основната разлика в лечението на деца и възрастни е в спецификата на взаимоотношенията лечител-пациент. При лечението на възрастни взаимоотношенията са едно към едно или дентален лекар:пациент. При лечението на деца, поради особеностите в психическото и физическото им развитие и силната връзка с родителя, процесът на лечение изисква разширяване на тези лечебни взаимоотношения с включване на родителя или отглеждания. Тогава тези, които се грижат са двама, взаимоотношенията са един към двама или се формира работен триъгълник – дентален лекар:дете-пациент:родител.Обществото се разполага в центъра на този триъгълник. Детето заема върха на триъгълник и фокусира вниманието на родителя и денталния лекар. Отношенията между участниците в триъгълник се променят непрекъснато, поради динамика в личностното развитие. Стрелките, поставени върху линиите на комуникация показват, че тя е реципрочна. Описаният триъгълник ясно показва значимостта на родителското място в лечебния екип, но мястото на родителя за формиране на съществуващото детско поведение остава скрито, неизследвано и неизползвано. То представлява значим елемент, който изисква старателно проучване, тъй като може да бъде използвано за моделиране на детското поведение и улесняване на лечебния процес по начин, неизползван досега.

I. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

Целите на детската дентална медицина са осигуряване на навременна превенция и лечение според нуждите на пациента и възпитаване на добро отношение към денталното здраве. Познатите от литературата проучвания показват промяна, свързана с намаляването на кариесното разпространение. Усилията на детските дентални лекари са насочени към обучение на деца и родители и установяване на коректни отношения.

1. Поведенческа характеристика на периодите на детското развитие

Психологията на развитието изучава промените във физическото, когнитивно и социалното развитие през целия живот. Възрастовата динамика в съвременните условия е необхватна от гледна точка на фактори, влияещи на развитието. Фактори се наричат онези постоянно действащи обстоятелства, които имат съществено и определящо значение в развитието на изучаваното явление [290]. Възрастовата динамика е подложена на непрекъснати влияния на средата върху наследствеността, без да изключват ролята на възпитанието и активността на детето [166]. Познанията за промените, които настъпват дава възможност на денталния лекар да предвиди как индивиди от различни възрасти ще реагират в нова и непозната ситуация [5].

Работата с деца изисква познания за етапите на детското развитие и тяхното поведение [146]. Те биха помогнали при избора на подходяща стратегия за структуриране на денталното лечение. Физическите възрастови промени стават паралелно със съзряването на психичните функции на детето. Нивото на зрелост на психическите функции са ориентир при избора на метод за повлияване на поведението [273]. Съществуват различни теории за психологичното и емоционално развитие на детето, както и за промените, настъпващи при социализацията му [201].

1.1 Възрастови периоди в развитието

Необходимостта от знания в това отношение позволяват с характерните особености на развитието във всяка възраст да се сравняват и оценяват индивидуалните особености на всяко дете, да се предприемат необходими мерки за повлияване на поведението в дентален кабинет [58].

Развитието на човека представлява системни и последователни промени, които индивидът преживява между периода на осъзнаване и смъртта и имат адаптивна

функция. Факторите, които оказват влияние върху развитието на индивидите могат да се групират в две групи – биологични (вътрешни) и фактори на средата (външни) (фиг.1). В психологията са създадени много и различни класически и съвременни теории за развитието на личността. В основата на различията е спорът относно ролята и съотношението между биологичното и социалното като фактори за развитието на личността. Съществува връзка между теориите за развитие на личността и теориите за възпитанието. Общите фактори са хомогенизиращ вид, тъй като са налице при всички членове на една култура [100].

За разлика от тях, при вътрешните фактори има индивидуален елемент, който ги прави диференциращ вид [98]. В последните десетилетия все по-широко се споделя тезата, че биологичните фактори оказват съществено влияние за развитието на личността и че спецификата на тяхното влияние, нейното възможно по-добро познаване, се превръща в ключ за изясняване на проявите на някои чисто социални особености на човешкия индивид [60].

Фигура 1. Фактори, оказващи влияние върху развитието

	Биологични	Свързани с възрастта
Външни фактори	Културани, исторически, социални	Конкретни обстоятелства на средата
Вътрешни фактори	Особености на индивида	Конкретни преживявания през живота на човек

Всеки индивид следва собствен процес и темп на развитие. Детското развитие протича последователно, което означава, че дадена способност помага за възникването на друга [61]. То е прогресивно, като винаги първо се натрупват простите функции, а след това по-сложните [285]. Всички части от нервната система действат по координиран начин и така улесняват развитието. Всяка област на развитие си взаимодейства с другите, за да се осигури методично прогресиране на уменията [235]. Въпреки че определени промени обикновено настъпват на определена възраст, не е възможно да се определят точните еволюционни периоди, предвид броят фактори, както вече отбелязахме - биологични, екологични, социални и др. Поради това експертите говорят по-скоро за периоди, вместо за конкретни възрасти [55].

През последния век се появили няколко течения и теоретични модели, които използват своите открития и изследвания, за да обяснят явлението промяна. Автори

като Фройд, Пиаже, Гезел, Валон или Ериксон се посветиха на изучаването на стadiите на развитие, което доведе до появата на много различни системи на класификация. За да установим теоретична рамка на развитието на детето, се основаваме на теорията, разработена от Жан Пиаже, който се счита за един от световните лидери в сферата на еволюционното развитие [120].

Еволюционно развитие - Теория на Жан Пиаже

Теорията на Жан Пиаже се нарича Генетичен конструктивизъм и различава серия качествено различни етапи, които могат да бъдат обобщени по отношение на хората [253]. На всеки етап детето развива начин на действие, проявява различен начин на интелигентност и може да бъде отнесено към дадена възрастова група. Тези етапи са:

- Сензомоторен стадий: 0 до 2 години
- Подготвителен за действие стадий: 2 до 7 години
- Стадий на конкретните действия : 7 до 11 години
- Стадий на формалните действия, а не операции: 11 до 15 години

Сензомоторен стадий (0-2 години) Първоначално бебето има само способностите, които са налице след раждането (гледане, смучене, хващане и слушане), за да взаимодейства със средата. Поведението на детето по своята същност е двигателно. То е сведено до прости реакции, които се предизвикват чрез сензорни стимули. Няма вътрешно представяне на външните събития, в мисленето не се използват понятия. Детето е ограничено до непосредственото пространство и време. То действа заедно с околните, преживява и придобива контрол върху своето тяло, започва да създава собствени умствени схеми и да опознава своята среда. Добива понятие за пространство и време [257].

Подготвителен за действие стадий (2-7 години)[255]. През този стадий децата започват да използват символи и умствени образи. Това включва увеличаване на игрите и преструването. Например могат да се престорят, че метлата е кон. Имитацията също започва да става все по-точна. Детето може да приема ролите на майка, баща, учител, лекар. Езикът се развива значително през този период. Децата се научават да използват

езика, за да назовават предмети и лица. Може да се наблюдава голям напредък в емоционалното и социално мислене и поведение на детето [256].

Стадий на конкретните действия (7 - 11 години) [254]. Мисловните или ментални процеси стават логични и може да се прилагат при решаване на задачи. Характерно за този стадий е, че децата имат по-голям капацитет за логическо мислене. Появяват се логически последователни схеми, ментално подреждане на редици, класификация на понятията за причинност, пространство, време и скорост, принципи за симетрия и реципрочност. От социална гледна точка, детето вече е истинско социално същество.

Стадий на формалните действия (12-15 години). На този етап тийнейджърът използва по-абстрактна логика, която позволява индуктивно и дедуктивно логическо мислене. В състояние е да формулира и изпробва хипотези (научни знания), използва метафоричен език и алгебрични символи. Може да си представя бъдещето и да се прехвърля от реалното към възможното. Развива и поддържа идеалистични чувства и постига постоянно трениране на личността, освен това развива морални представи [255].

Според теорията на Жан Пиаже децата в ранно детство са любопитни, бързо възприемащи и могат да развият няколко умения едновременно при наличието на благоприятна, интригуваща среда. Това е причината в дентален кабинет на децата да се дава да разглеждат оборудването. Стъпка по стъпка на децата се показват различните инструменти, така че те да са запознати и заинтригувани. Децата са ангажирани, когато са включени в процеса на работа чрез създаване на нови умения и знания [278]. В предучилищна възраст основният начин за предаване на тези умения е играта. Те ще се научат на правилна орална хигиена лесно с помощта на любимата играчка [290].

Теория на Фройд

Според теорията на Фройд, основните фактори в изграждането на детското съзнание и поведение са отглеждащите го, а главните инструменти на тяхното влияние са наказанията и похвалите, които те използват при оформянето на личността им. Фройд разглежда развитието в пет психосоциални фази - орална, анална, фалическа, латентна и генитална [10].

В теорията си за обяснение на изграждането на човешката личност Фройд центрира всички процеси върху значимостта на половото съзряване и обяснява динамиката на възникващите по-късно психически конфликти с противопоставянето на дълбинните импулси на човешкия индивид и изискванията на обществените норми, закони и ценности [219]. Веднага след раждането си, за разлика от другите животински видове, детето е повлияно от специфичен индивидуален опит на възпитание от родителите, обучаващи първо чрез външна принуда (родители), а после и чрез вътрешна принуда (Суперего) да контролира импулсите за всеки свой физиологичен акт, поведение, емоции и страх, телесна близост с родителите и други лица [136]. Тъй като обикновено децата са тренирани в това поведение по травматичен начин, то повечето емоционални и психични проблеми водят началото си от влиянието, оказвано от родителите [309].

Независимо от факта, че Фройд до голяма степен е критикуван за едностранчивото обяснение на съзряването на личността единствено със сексуалното развитие, в неговата теория се показва значението на първите отглеждащи детето, а именно ролята на майката и бащата [262]. В този аспект тяхното значение за формирането на личността и нейните реакции на адаптация в обществото е фундаментална. Това дава основание да се проучва тяхното влияние и върху развитието на отношението на детето към денталното лечение като акт на социализиране и приемане на необходимата принуда от него [212].

На базата на теорията на Фройд, но включвайки социалната среда, Ерик Ериксон създава своя теория за психосоциалното развитие на личността. Той формулира изграждането на личността и интегрирането ѝ в социалната среда в осем етапа, водени от епигенетичен принцип. Според този принцип всичко, което расте има базисен план, изграден от различни етапи с определено време на изява до пълното формиране на функциониращото цяло на личността. Във всеки един от тези етапи възникват „нормативни кризи“, които трябва да бъдат разрешени, за да се реализира развитието. Разрешаването на всяка криза оставя своя отпечатък върху развиващия се човек и създава спецификата на индивида [185].

Теория за привързаността на Болби

Теорията с най-силно влияние върху схващанията за детското развитие е „теория за привързаността” на Bowlby [10]. Той разглежда развитието в тясна зависимост от отглеждания детето и установява, че ако има проблем при това взаимодействие, тогава вероятността детето да е тревожно, с ниска самооценка и силно зависимо, е много по-голяма [238]. Възрастният помага на детето да развие чувство за сигурност, позволяващо спокойно изучаване и адаптиране към света [160].

Физическо развитие

Става въпрос за физическото развитие на индивида, процеса на растеж и възможностите на човешкото тяло. Свързано е с промени в ръста, теглото, мозъчното развитие, сензорните способности, двигателните умения и здравето. Тези промени засягат интелекта и личността. Например детето научава почти всичко чрез своите сетива и способността си да се движи. През детството физическото и умствено развитие често се преплитат. През юношеството физическите и хормоналните промени оказват влияние върху развиването на Аз-концепцията [302].

Когнитивно развитие

То се фокусира както върху мисловните процеси, така и върху поведението, което отразява тези процеси. Свързано е с умствените способности, като памет, учене, мислене и разсъждаване [166]. Това развитие е резултат от желанието на индивида да разбере действителността и да живее в общество, поради което е свързано с естествената способност на човешките същества да се адаптират и интегрират в своята среда [10].

Когнитивното развитие започва рано и прогресира бързо, когато децата са изложени на богата и стимулираща изучаването околна среда. То се повлиява от опита на децата, информацията, която им се дава и начина, по който те се окуражават да изучават новото [165].

Езиково развитие

Езиково развитие се нарича процесът, чрез който хората придобиват способността да комуникират вербално. Това развитие се осъществява през критичен период, започващ през първите месеци от живота и обхващащ дори и юношеството.

През първите пет години децата учат по-бързо и придобиват основните инструменти в своята област. Това е критичен период на езиково развитие, който няма край, тъй като е налице постоянно увеличаващ се речник и обогатяване на изразните средства с нови попълнения [309].

Новороденото показва удивителни способности при различаване на звуците. Преди година то подражава на отделни звуци, срички, елементарни думи. Към десетия месец бебето започва да развива подражателна способност, което е важно условие за развитието на активния говор. То се опитва да повтаря чути думи и да свързва образите на предметите с техните названия. На една година речникът включва около 10 думи смислени думи. Това е времето, в което се възприема много повече, отколкото може да изрази езиково [10].

За начало на истинския говор се счита появата на изречение от 2-3 думи, което при повечето деца е налице до края на втората година. До тази възраст е закономерно да се появи и първият въпрос [309]. До края на втората година речникът на детето се обогатява изключително бързо. На три години децата използват 1000 думи, а на пет години повечето деца използват над 2000 [10].

Третата година е характерна с многословните изречения, разнообразните въпроси и способността да се разказва проста преживяна случка [196]. Овладяването на говора е най-трудната, но основна задача на възпитанието. Детето се научава да говори благодарение на говорното общуване с него. Когато общуването е недостатъчно или дефектно, активната реч не се развива на време [212].

Езикът и мисленето са тясно свързани и са много важни при когнитивното развитие, но тази връзка е доста сложна и все още неизяснена. Специфичната терминология при денталното лечение е причина за трудности при комуникацията с деца и изисква съобразяване с речника и възрастовите особености на пациента [12].

Емоционално развитие

За човешките емоции може да се съди при наблюдаване на поведенческите реакции при измерване на физиологични показатели или в случаи на споделяне [23]. Емоционалното състояние в ранното детство се определя трудно, поради неизградена способност за анализиране при изучаване на чувствата и липса на адекватна реакция [122]. Емоционалното развитие започва във възрастта между 4 и 10 месеца. Според Mussen и колектив дори новородените могат да изпитват страх, както и яд и гняв [233].

Към края на първата година се развива усещането за тъга при раздяла и радост при среща с родителите.

Съществена особеност на децата през ранната възраст е тяхната емоционалност. Положителните емоции играят определена роля за опознаването на света и социализирането на детето. Именно затова възпитанието трябва да поддържа винаги весело и бодро настроение. Много полезни в това отношение са музикалните въздействия и развлечения, както и игрите [279].

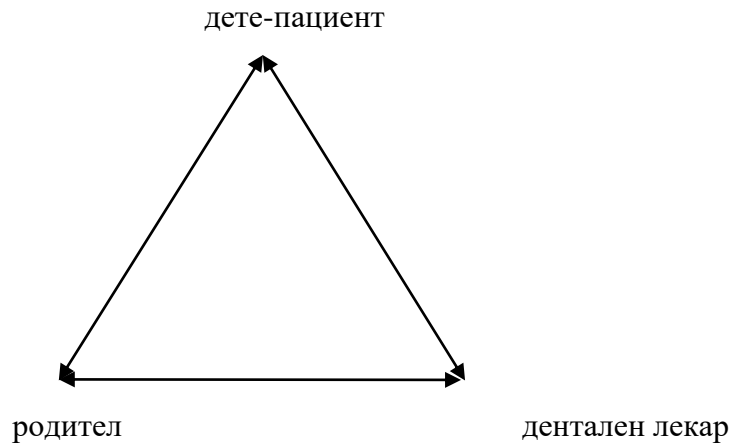
През ранната детска възраст детето няма стабилни задръжки в поведението си. То е лесно възбудимо и понякога неадекватно реагира на външни дразнителни. За дребно нещо е готово да заплаче. Просълзените очи бързо могат да се усмихнат, ако детето бъде погалено или му се предложи някаква играчка. Привидно неизчерпаемата детска енергия се изчерпва бързо, но и бързо се възстановява [113]. Детето в ранна детска възраст не може да извършва една и съща дейност за повече от 10-15 минути. Посещението в дентален кабинет трябва да е не повече от 15 минути, защото то губи интерес и бързо се разсейва [8, 9].

1.2. Формиране на лечебен триъгълник

Основната разлика в лечението на деца и възрастни е тясната връзка на детето с неговия родител. Лечението при деца се различава по отношение на редица фактори - физически, емоционални и психологически. Зависи от разбиране на поведението, вида на лечението, както и от отношенията лекар-пациент и лекар-родител. Wright и сътр. обясняват тези взаимоотношения с формирането на лечебен триъгълник [329].

Според автора родителят играе основна роля при денталното лечение със своето възпитание и отношение към лечението. Във върха на триъгълника се разполага детето, а в основата са родител и дентален лекар (фигура 2). Този триъгълник се отнася за деца в предучилищна възраст. Авторът демонстрира засилване на влиянието на околната среда в училищна възраст и модифицира триъгълника като добавя „общество“ в центъра му [326].

Фигура 2. Лечебен триъгълник на Wright



Невъзможно е да се разглежда всеки един ъгъл на триъгълника по отделно. Стрелките означават реципрочни взаимоотношения и комуникацията трябва да се осъществява двупосочно. Според Wright обществото е важно във всеки етап от развитието на детето [330]. Неговото влияние се изразява в подписване на информирано съгласие. Родителите са информирани за вида, рискове и ползи от проведеното лечение.

Ролята на родителя е важна за физическото, психическото здраве и оралните заболявания в детска възраст [210]. Според различни проучвания се регистрират голям брой фактори, асоциирани с денталната тревожност и страх. Най-общо се разделят на персонални, социални и фактори на денталната среда. Персоналните са възраст, пол, страх от общ характер, темперамент и интелект. Социалните фактори са възпитанието на родителите, денталният им страх и социално-икономическият статус на семейството. Някои автори обясняват социалните фактори като родителски [29]. Тези фактори според тях включват отношения деца-родители, дентален страх на родителите, отношението и очакванията на родителите за поведението на детето в дентален кабинет, минал опит на родителя, присъствие или отсъствие на родителя в кабинета [273].

2. Родителски (социални) фактори, свързани с дентална тревожност и страх

2.1. Отношения деца-родители

За израстването на човека като личност влияят не само връзката дете-родител, но и различните системи в едно семейство. Това са отношенията между родителите,

отношенията на братята и сестрите и тези на семейството с другите външни хора. Родителите влияят на децата си по много начини [89]. Отношенията, средата, които те избират за децата си, начинът, по който ги възпитават и др. В нашето общество структурата на семейството е изключително разнообразна. Семейства с един родител, деца на разведени родители, деца, отгледани от баба и дядо, доведени родители и т.н. Изследванията обаче показват, че структурата и броят на родителите не са определящи за поведението и личността фактори [239]. Те влияят на посоката, която децата ще изберат, но има и други фактори, които в комбинация или поотделно оказват своето влияние върху изграждането на личността [277]. Такива фактори могат да бъдат отношенията на родителите и детето, социалният статус, средата, в която детето израства и др. [212, 233].

Същността на отношенията родител-дете са еднопосочни – очакване на грижа от възрастните и осигуряване на чувство на безопасност и сигурност [69]. Децата се привързват най-силно към човека, който освен грижи за тях, полага усилия за създаване на най-близки взаимоотношения [66]. В последните години все повече изследователи се интересуват от влиянието на взаимоотношенията родител-дете в ранното детство за развитието на близки отношения в по-късните етапи на развитие [37]. Те наблюдават два типа свързване – сигурно и несигурно и откриват, че сигурно свързаните деца се доверяват по-лесно.

Сигурната връзка прави детето по-чувствително към околните, което подобрява социализацията му [183]. Обратното, деца, чийто емоционални нужди не са посрещани адекватно и регулярно, виждат света непредвидим и не разчитат на околните [110]. Дисциплината се приема като неодобрение или отхвърляне при несигурно свързаните деца и те реагират свръхостро на негативни чувства, породени от рутинни ограничения [70]. Те са рискови за развитие на хронично безпокойство и недоверие, по-трудно се справят с предизвикателствата в живота и са по-склонни към саморазрушително поведение [66]. Обяснимо е защо деца със несигурна връзка е вероятно да се почувстват заплашени от нова стресова ситуация, отколкото децата със сигурна връзка [218].

Повечето проучвания за привързаността са фокусирани върху връзката майка-дете. Скорошни изследвания посочват важността на връзката с бащата [14]. Майката осигурява безопасността, таткото - усвояването на социалните навици. Децата, при

които бащата участва в отглеждането, се чувстват емоционално сигурни и уверени в изучаването на средата и имат по-добри социални контакти за възрастта[36]. Прекарвайки време в игра с децата, бащите учат децата си как да регулират своето поведение и чувства [76]. Двойно несигурна връзка с майката и бащата от шест до осем-годишна възраст определя високи нива на поведенчески проблеми в училище. Сигурна връзка с един от родителите намалява риска от лошо поведение, но наличието на сигурна връзка с двамата родители не дава допълнителни ползи за развитието на детето [218].

Отношенията деца-родители формират основното влияние върху детското поведение. Взаимоотношенията между майката и детето и личността на майката влияят върху способността на детето да се справя със стресови ситуации, каквито е денталното лечение. В литературата са описани три типа двойки майка–детена базата на личността на майката [134].

- Компетентна двойка майка-дете – характеризира се с топли взаимоотношения, които стимулират психологичното развитие на детето. Поведението на майката се характеризира с постоянство и реагира по позитивно емоционален начин т.е. адекватно поведение. Това мотивира детето да бъде самостоятелно и да развие необходимите социални умения.

- Агресивна двойка майка-дете – характеризира се с нестабилно поведение - от отхвърляне до позитивизъм, както и с емоционално отчуждение. Такива майки не могат да сложат ясни граници. Те са или свръхпротективни, или дистанцирани.

- Угрижена двойка майка–детее, когато майката се държи авторитарно, негативно и наказващо. Показва малко топлина и отзивчивост към детските нужди. Има стриктни граници и контрол върху поведението на детето. Потиснати са автономията и социалните умения на детето. Това води до негативно поведение.

Взаимоотношенията родител-дете се определят от възможността на родителя да отговори на емоционалните нужди на детето, което се отразява на реакцията на денталното лечение. Страхливото дете, което е с угрижена и/или агресивна майка ще бъде оставено само да се справи с денталния си страх, който се усилва от противоречивото поведение на майката. Родителите неумишлено подсилват

некооперативното поведение като са свръхпротективни, показвайки гняв и враждебност [46].

2.2. Приложение в денталната практика

Денталният лекар трябва да снесе социалната анамнеза на пациента във връзка с рисковите фактори за проблемно поведение, които са продължителна хоспитализация в ранното детство, сираци с различни настойници, осиновени, малтретирани, деца на зависими родители или родители с ментални проблеми [299]. Дете с несигурна връзка в денталния кабинет показва прекален страх и отдръпване или некооперативност. Всяка такава реакция трябва да породи съчувствие, търпение и разбиране от страна на денталния лекар и неговия екип. Несигурната връзка не разстройва непременно психологичното развитие, но качеството на връзката може да бъде рисков или протективен фактор при психологичното развитие на детето [199]. Предимството и протекцията за психиката като резултат от сигурната връзка увеличава способността на детето да слуша и отговаря на денталния лекар и след това да съдейства при лечението. Детето ще се представи най-добре, ако се запознае със средата и денталния екип в присъствието на отглеждания с най-силна връзка [200].

3. Влияние на семейството върху поведението на детето

От психологична гледна точка семейството е една сложна система, която има свои характеристики и закономерности, съпътстващи живота. Влиянията между отделните членове в семейната общност имат значима връзка с изграждането на детската идентичност и самовъзприемането [35]. Отношенията в семейна среда повлияват самооценъчните процеси на децата от момента на раждането и определят дългосрочно психичната регулация. От самото раждане идентичността на детето е резултат от двупосочна ориентация: приближаване към другите, за да намери хармония, любов, топлина и отдалечаване от другите, за да утвърди различието си [89]. В ранното детство се заражда и социалното знание за начина, по който хората вникват в своите и в чуждите мисли, разбират чувствата си и подхождат към другите чрез определени социални взаимоотношения [92]. Още от раждането си детето започва да преживява така необходимите за неговото индивидуално изграждане ограничения от хората и средата. Част от социализацията е умението да дава играчки, да приема заповеди, да се държи мило [210].

Социализация на детето

Социализацията започва в ранното детство. Тя е процес на непрекъснато изучаване как да бъдем успешни членове на дадена група [210]. Тя влияе върху поведенческите стандарти, отношението към възрастните, при какъв дискомфорт се оплакват и как се справят в стресова ситуация. Ако родителят не остави за малко детето да преживее трудностите от липсата на биберона, от безрезултатния плач, от липсата им в кризисен момент, рискуват детето да не успее да разбере, че е отделна и независима част от цялото [106]. Самоосъзнаването се формира точно в ситуации на сблъсък между очакваното от детето и разочарованията, повод за които често са оценките на другите за него [212].

Социализацията е важна при определянето на ценностите и отношението, както на денталния лекар, така и на неговия пациент. Според някои автори се различават два етапа в социализацията - първична и вторична [94, 95]. Първичната се научава от отглеждащите и се характеризира с близост при лични контакти със семейство, съседни, приятели. Вторичната се характеризира с много лични контакти в училище, университет, работно място. При нея индивидът се фокусира върху дългосрочни цели [209]. Социолозите използват това разделение, за да обяснят как социалните норми (правилата) и ценности (основни насоки) се възприемат от индивида през различните етапи от неговото развитие [245]. Правилата и нормите трябва не само да се научат коректно, в полза на социалната система, но трябва да се научат в подходящо време [242]. Според изследователите голяма роля при формирането на детското дентално поведение има първичната социализация [143].

Върху процесите на социализация и възпитание на детето огромна роля оказва статусът на семейството, който има значение през целия детски живот, но особено силно се чувства през първите години [212]. Позицията на семейството в социалната структура, образователното равнище на родителите, професията, социалната, етническа и религиозната принадлежност, материално състояние, духовни интереси, ценности, начинът на живот, детерминират в най-голяма степен формирането на личността [168]. Типът семейство, семейните взаимоотношения, възпитателният стил на родителите, техните характери и ценности имат осезателно отражение върху взаимоотношенията с децата [212, 233].

Дентален страх на родителите

Родителят оказва влияние върху поведението на детето по няколко начина. Положителното отношение на родителите към денталните грижи още в ранна детска възраст води до установяване на „дентален дом“. Според Американската Асоциация по Детска Дентална Медицина „дентален дом“ означава установяване на продължителна връзка между денталния лекар и пациента, която включва всички аспекти на оралната здравна помощ – непрекъсната, изчерпателна, достъпна, координирана и фамилно ориентирана [17].

Повечето изследвания показват значителна корелация между майчиното безпокойство и съдействието от страна на детето в първото посещение на дентален кабинет [291]. Високо безпокойство в семейството оказва негативно влияние върху поведението на детето по време на денталното лечение [169]. Редица изследвания определят родителската тревожност като индикатор за тревожността на техните деца [150].

Анализите от резултатите на подобни проучвания потвърждават съществуването ѝ при деца от всички възрасти като тя е силно изявена при деца до 8-годишна възраст [306]. Според други изследвания ефектът е най-голям при деца до 4-годишна възраст, поради силната връзка с родителя, която започва в ранното детство и постепенно намалява [329].

Значителна корелация на майчиния дентален страх с този, на техните деца е установена и от други автори [305]. Деца с висока дентална тревожност обикновено имат член на семейството с висока степен на тревожност [203]. Други автори установяват липса на статистически значима зависимост между денталната тревожност на децата и техните родители [247].

При установена родителска дентална тревожност денталният лекар може да очаква страх и тревожност у децата в зависимост от тяхната възраст [213]. Родителят може да не предаде страха си, ако бъде обучен предварително. Той трябва да контролира емоциите си и съзнателно да избягва негативни коментари относно лечението. Придружител на детето може да бъде всеки роднина, който не изпитва страх от лечението. Привързаността на децата, базирана на увереността на детето във

всеотдайността на майката и връзката между тревожността в двойката родител-дете се открива до края на предучилищната възраст [118]. С началото на средната детска възраст (6-12 години) се установява стремеж на децата за повишаване на собствената увереност и самоконтрол при различни социални преживявания без влияние на родителите им [175].

Присъствие или отсъствие на родителите в дентален кабинет

Познатите от литературата проучвания показват, че по-голяма част от родителите - 66-97% предпочитат да останат с детето си по време на денталното лечение [29, 248].

Някои автори препоръчват децата да се отделят от родителя по време на лечението [314]. Други посочват положителното влияние на родителското присъствие по време на посещението в дентален кабинет [125, 131]. Frankl отчита значително повишаване на съдействието при деца от 41 до 49 месечна възраст в присъствието на майката, особено ако тя е правилно мотивирана и инструктирана преди това [131].

Данните, получени от други изследвания показват, че в началото майката и детето предпочитат да не бъдат разделяни, но в хода на лечение често се разделят. Те сами взимат решение за това. Няма разлика за възникване на негативно поведение при разделени и неразделни деца [315, 326].

Предимствата от оставането на родителя се отчитат за детето, родителя и денталния лекар. Родителят осигурява емоционална сигурност и подкрепа [240]. Ползите за денталния лекар са подобрена кооперация от емоционално подкрепяното дете и изграждане на взаимоотношения на доверие в хода на лечението [315, 326]. Недостатъците от оставянето на родителя в кабинета са свързани с раздвояване на вниманието и често детето не знае кой възрастен да слуша. Преди лечението е важно да се даде информация на родителите да останат тихи [267]. Според редица изследвания няма значение как е подадена информацията – устно, писмено или по двата начина [162].

Според някои автори родители, които приемат активна роля, говорят често в кабинета, нарушават връзката между детето и денталния лекар увеличават възможността за некооперативно поведение [328]. Родители с висока дентална

тревожност могат да изразят негативното си отношение, което да се предаде на детето. Те могат директно да се месят в лечението, като го прекъсват, задават въпроси на денталния лекар или споделят негативния си опит [42]. Някои автори наблюдават, че тревожните родители служат за негативен модел на децата си [177]. Има дентални лекари, които отказват използването на приети техники за повлияване на поведението в присъствие на родител [215, 327].

Изследване в Холандия проучва връзката от присъствието на родителя в кабинета и възрастта на пациента и денталното безпокойството [178]. Деветдесет пациента на възраст между четири и осем години са записани за преглед и последващо лечение на следващия ден. Денталните лекари установяват, че поведението на детето е значително по-добро при посещението за свикване, когато родителят отсъства. Денталният лекар и родителите са съгласни, че тревожните деца съдействат повече, ако родителят отсъства [97].

Американската асоциация по Детска Дентална Медицина включва присъствие или отсъствие на родителя като метод за установяване на ефективна комуникация между дентален лекар и дете. Колкото по-малки са децата, толкова по-голямо е желанието на родителя да остане в кабинета [173].

Кооперативност на родителите

През 2013г. изследователи представят и валидизират „Скала за родителска кооперативност” (Parent Cooperation Scale (PCS)), за да категоризират родителското поведение и да оценят способността на родителя да бъде конструктивен и подкрепящ детето по време на лечението [191]. Тази скала е аналог на скалата на Фракел за оценка на детското поведение и разделя родителите на четири групи:

- PCS 1 - Определено негативно (отказва лечебния план, недоверчиви към денталния лекар, свръхпротективни към детето);
- PCS 2 – Негативно (има някои доказателства за негативно отношение, при необходимост от рентгенова снимка, реагират като връзка между пациент и дентален лекар);

- PCS 3 – Позитивно (приемане на лечебния план, предпазливо поведение от време на време, позволяват на детето да е само с денталния лекар без желание);
- PCS 4 – Определено позитивно (доверчиви, изразяват увереност в денталния лекар, позволяват на детето да остане само с персонала).

Изследване върху 244 деца и техните родители открива значителна корелация между родителския PCS резултат и резултата по Фракел на техните деца [193]. Родители с негативно поведение е по-вероятно да доведат деца, които имат негативно дентално поведение. Позитивни родители е по-вероятно да имат деца, които съдействат при лечението. Негативният, недоверчив или натрапчив родител има разрушително влияние в денталния кабинет, дори и с добри намерения [217]. Децата осъзнават и се настройват към негативното емоционално състояние на родителите си, което намалява техните възможности да слушат и отговарят позитивно на денталния лекар. Ползите и риска от присъствието на родителя в дентален кабинет по време на лечение трябва да се обмислят индивидуално за всяка двойка дете-родител и взетото решение да бъде обяснено на родителя [191].

Емоционална интелигентност на родителите

През 1983 Howard Gardner изказва идеята, че традиционно описваните видове интелигентност като IQ не обясняват достатъчно изчерпателно когнитивната способност [137]. Той въвежда понятието множествена интелигентност, което включва междуличностна интелигентност (капацитет за разбиране на намеренията, мотивацията и желанията на другите) и способност за изследване на личността (капацитет за себепознание, за оценяване чувствата на другите, страхове и мотивация) [295].

Понятието "емоционална интелигентност" се използва за пръв път от Питър Словей от Харвардския университет и Джон Майер от Университета от Хемпшир през 1990г [281]. Чрез него описват емоционалните качества на личността, необходими за постигане на успех в общуването и дейността [282]. Емоционалната интелигентност е способността да следиш както своите емоции, така и емоциите на околните, да разграничаваш различните емоции и да ги назоваваш правилно, да използваш емоционалната информация, за да насочваш мисленето и поведението [91].

Проблемът за емоционалната интелигентност привлича вниманието на редица

психолози и педагози [4]. В детската възраст, когато се поставят основите на личността, той е особено актуален, защото в психиката на децата доминира емоционалността [286]. Те възприемат света около себе си със сетивата и чувствата си [1]. Емоционалното обучение започва с първите мигове и продължава през цялото детство. Проучванията показват, че докато всяко следващо поколение деца става все по-интелигентно, емоционалните и социални умения намаляват [23].

Семейната среда е тази, в която се научаваме как да се отнасяме със себе си, как другите реагират на нашите чувства, как да реагираме спрямо тях и как да разпознаваме и изразяваме надеждите и страховете си [141]. Това се определя от моделите, които родителите прилагат, за да контролират собствените си чувства и общуването помежду си [282]. Съществуват редица изследвания, доказващи, че начинът по който родителите се отнасят към децата си - с жестока дисциплина или с разбиране и емпатия, с безразличие или топлина - има дълбоки и трайни последици върху емоционалния живот на детето [122]. Емоционалната интелигентност на родителите представлява огромно предимство за детето. Начинът, по който в една двойка се регулират чувствата между двамата партньори в съчетание с прякото общуване с детето е изключително силен пример за децата.

В изследване, ръководено от Карл Хувар и Джон Готман във Вашингтонския университет, се анализира начинът, по които двойките се отнасят към децата си [152]. Изследователите стигат до извода, че семействата с по-висока емоционална компетентност са в състояние да помагат по-ефикасно на децата си да се справят с трудностите в живота [152]. Семействата се изследват за пръв път, когато едно от децата им е на около пет години. Изследването се повтаря, когато детето навърши девет. Освен че следят как родителите общуват помежду си, изследователите наблюдават и начина, по който семействата се опитват да научат децата си да играят нова видеоигра - на пръв поглед невинна ситуация, която обаче е доста красноречива по отношение на емоционалното общуване между родител и дете [300].

Те формулират три най-често срещани примери за неадекватно родителско отношение:

- **Пълно пренебрежение към чувствата.** Такива родители смятат, че сълзите на детето са част от ежедневието, макар и не много приятна и са склонни да

изчакат нещата да утихнат. Те не съумяват да използват емоционалните моменти като шанс да се сблизят с детето си или да му предадат известна емоционална компетентност.

- **Твърде либерално отношение.** Тези родители забелязват как се чувства детето, но смятат че всички начини за справяне с емоционалния проблем са еднакво добри, дори и боят. Подобно на хората, които пренебрегват чувствата на децата си, те рядко се намесват, за да се опитат да покажат на детето си, че съществуват и други емоционални реакции. Такива родители се опитват да утешават разстроените си деца и са склонни да използват подкупи, за да ги успокоят.

- **Презрение и липса на уважение към чувствата на детето.** Подобни родители обикновено са отрицателно настроени и склонни към жестокост и критика в наказанията. Те могат да забранят на детето всяка проява на гняв и да прибегнат до наказания и при най-малкото раздразнение.

Родителите, които приемат чувствата на децата си достатъчно сериозно се опитват да разберат какво точно ги тревожи и им помагат да намерят положителен път към утехата. При децата на такива родители съществуват и когнитивни предимства - те се съсредоточават по-лесно, което се отразява на способността им за научаване [73].

4. Емоционална интелигентност на детето

Емоционална компетентност е уменията на децата да придобиват разбиране на основни емоции като щастие, тъга и гняв още по време на ранното детство, като по-релационни или социални емоции като емпатия, чувство на вина или срам не се развиват до по-късни предучилищни години [113]. Някои автори отбелязват, че по време на предучилищните години, детето се изправя пред ключовата задача да управлява собствената си емоционална възбуда в условията на една разширяваща се социална група, която се простира отвъд семейството [112]. Така например те трябва да овладеят социалните правила спрямо това кои емоционални прояви са подходящи и според тези правила развиват механизми за регулиране на емоциите [111].

В друго проучване се изследват 153 деца на предучилищна възраст за период от три години [47]. Установява се, че извън и над индивидуалните различия на темперамента, способността да се справят с емоциите е значителна за насърчаването към развитие на различни видове поведение в полза на социалността. Авторите

откриват, че „да се изправиш срещу“ емоционалните си проблеми е ползотворно за развитието на конструктивните умения за емоционална регулация на децата [72]. Те предполагат редица възможни намеси от страна на лицата, полагащи грижи, като окуражаване за комуникация и обсъждане на емоциите, използване на истории и ситуации, за да се подпомогне разбирането на емоционална подготовка на други хора [77]. Предполага се, че подобни дейности също насърчават изпълнени с доверие взаимоотношения между деца и възпитатели, които влияят положително на емоционалното осъзнаване и саморегулиране на децата [57].

Преминаването от състояние на зависимост от другите към саморегулиране както на емоции, така и на поведение, е важен преход в развитието в предучилищните години. Това не означава, че възрастните нямат никаква роля в подпомагането на децата да управляват и регулират своите емоции, докато те приближават училищна възраст. По-скоро те подсъзнателно подкрепят такова развитие [107]. В голям брой изследвания за развитие на различни умения се изтъква значението на родителите и възпитатели извън семейството, които изрично продължават да помагат за оформянето на нарастващото детско самосъзнание по отношение на другите и като най-важен елемент се посочват емоциите [112].

Емоционалната интелигентност и връзката с денталното лечение

Отговорът на нуждите на малкия пациент при дентално лечение е комплексен и се определя от влиянието на редица променливи фактори, като личностни характеристики и родителски фактори [20]. Поведението на детето започва да се оформя, следвайки примера, налаган от взаимоотношенията с майката. Отношението и емоциите на родителите се отразяват върху емоционалното развитие на детето [114]. Предишни изследвания сочат, че децата на неотзивчиви родители не се справят адаптивно със стресови ситуации и нямат опит при социални взаимодействия [246]. Детското поведение при позитивно настроени родители е напълно различно, тъй като те споделят с тях позитивизма си и децата успяват да развият по-добре емоционалните си умения [184].

Нивото на родителската емоционална интелигентност е допълнителен фактор, който играе роля при емоционалното развитие на децата [124]. Емоционалната интелигентност се отнася до способността да се признае значението на емоциите и

техните взаимодействия и да се използват при решаването на проблеми [216]. Този нов вид интелигентност може да се разглежда и като механизъм за справяне, улесняващ ефективната саморегулация по пътя към желаната цел [234]. Изследователите предполагат, че родителите имат съществена роля в развитието на емоционалните умения на деца си, което дава възможност на децата да реагират гъвкаво на стресови ситуации [41]. Предполага се, че различните аспекти на взаимоотношенията дете-родител допринасят за развитието на тревожност и редица поведенчески проблеми [45]. Изглежда, че емоционалната интелигентност на майката може да бъде един от най-важните фактори в развитието на тревожност в стресова ситуация при деца в предучилищна възраст, съвпадаща с тази, при лечението в денталния кабинет [26]. Редица изследвания търсят връзка между емоционалната интелигентност, родителския стил, безпокойството и поведението в дентален кабинет [234].

Пилотното проучване, направено от нас през 2012г. доказва позитивна връзка между емоционалната интелигентност на майката и поведението на детето в дентален кабинет [2, 3].

За установяване на емоционалната интелигентност на майката бяха зададени 7 въпроса, които показват откритостта на майката, оптимизма, загрижеността към проблемите на детето, степента на отделяното внимание на занимания с детето и др. Резултатите показват, че на майки с по-голяма емоционална интелигентност отговарят позитивни деца, докато негативно реагиращите към дентално лечение деца имат майки с по-слаба емоционална интелигентност [2, 3].

Въпреки че фактори като възраст, пол, темперамент и развитие имат водеща роля в аптацията при стрес, най-важният фактор е родителският модел в такава ситуация [310]. В едно изследване се доказва връзка между авторитетния стил на възпитание и емоционалната интелигентност [267]. Майки с по-висока емоционална интелигентност използват авторитетен стил. Допълнителни фактори като социален статус и културни особености не са взети под внимание, а те могат да модифицират получените резултати [26].

Друго изследване, проведено от Aminabadi и колектив доказва, че по-високата емоционална интелигентност е много по-ефективна от ниската за спечалване съдействието на детето при дентално лечение [24]. Същите автори в следващо изследване доказват, че децата с висока емоционална интелигентност са по-гъвкави и

адаптивни в дентален кабинет. Те имат по-добър контрол при стресови ситуации като денталното лечение, отколкото децата с по-ниски резултати по скалата за оценка на емоционалната интелигентност [22].

Изследва се и влиянието на родителския стил при избора на подходяща стратегия за повлияване на детското поведение в денталния кабинет. Родителският стил е изследван с помощта на теста ThePrimaryCaregivers' PracticesReport (PCPR) и скалата на Baumrind [51]. Представени са доказателства, че реакцията на детето към денталните манипулации зависи от стила на възпитание, използван от родителя [25].

5. Стиллове на възпитание на децата в семейството

До средата на миналия век специалистите по психология на развитието се занимават с влиянието на храненето, обличането и чистота върху социалното развитие на детето. Те си задават редица въпроси, свързани с кърменето и естественото хранене, ранното приучване към хигиенни навици [287]. Изследванията показват, че тези първи проблеми, свързани с отглеждането на детето, влияят незначително върху неговото развитие. Съвременните психолози все по-малко се интересуват от подобни конкретни неща и все повече от общия тон на взаимоотношенията между родители и дете [237]. От самото раждане родителите започват да полагат грижи за децата си, без които те не биха могли да оцелеят - и физически, и психически. Децата попадат в опасни ситуации и това изисква вниманието на родителите. Как родителите трябва да предпазват детето? Трябва ли да дават свобода, да изказват похвали, да наказват? Как се възпитава компетентно и самостоятелно дете? До съвсем скоро по тези въпроси се знаеше твърде малко.

Връзката между детето и родителите започва още от раждането и тя има драматично значение за развитието на детето. Тя може да помогне на детето да стане това, което иска да стане. И въпреки, че никой не иска да е лош родител и да отгледа страдащо дете, тя може да причини много болка, отчаяние, несигурност, отчужденост, враждебност и по трагичен начин да се отрази на целия живот [10].

Родителите задоволяват много от основните потребности на детето – на доверие и сигурност, обич и топлина, значимост и уважение, закрила и подкрепа. В диалога с родителите си детето овладява много от техните ценности и възгледи и ги

превръща в част от своето поведение и съзнание. Самооценката и осъзнаването на собствения Аз започва с оценката на родителите. Безрезервната любов полага основите за изграждане на собствената идентичност [11].

В семейството се създават уникални, силни и значими връзки между хората. Привързаността към родителите, братята и сестрите обикновено продължава през целия живот и служи за модел на взаимоотношенията в по-широкия свят на съседите, училището и общността [126]. Семейството е мястото, където децата научават езика, уменията и нравствените ценности на своята култура. Топлите удовлетворяващи семейни връзки гарантират психично здраве през развитието [208]. Пренебрегването или отчуждението от семейството почти винаги води до сериозни проблеми в развитието [7].

През 1967г. психоложката Диана Баумринд започва лонгитудинално изследване в опит да установи влиянието на родителското възпитание върху психическото развитие на детето. В продължение на 14 седмици тя провежда интервюта с родители на 3-4 годишни деца, наблюдава взаимоотношенията между тях вкъщи, както и между децата в детската градина. Баумринд идентифицира три групи деца - дружелюбни, конфликтни и дразнещи, импулсивно-агресивни [48]. След като анализира поведението на родителите на тези деца открива, че съществува връзка между стила на възпитание и емоционалното и когнитивно развитие на детето. Изследванията разкриват три характеристики, които последователно открояват един ефективен стил от няколко по-малко ефективни (Таблица 1):

1. Приемане и ангажираност (изразяване на топлина и гордост от поведението на детето);
2. Контрол (опити да се насочва чувството на зависимост);
3. Даване на автономия (изисквания за по-голяма зрелост, изслушване и разговаряне с детето).

Таблица 1. Характеристика на стиловете на отглеждане на децата

Стил на отглеждане	Приемане и ангажираност	Контрол	Даване на автономия
Авторитетен	топъл, откликващ, внимателен, чувствителен	отправят се разумни изисквания за зрялост и се обясняват	на детето се позволява да взема решения в съответствие с готовността му, насърчава се да изразява мислите и желанията си
Авторитарен	студен, отхвърлящ, унизителен	много изисквания, прилагат се сила и наказания	вземат се решения вместо детето, не се изслушва неговата гледна точка
Угаждащ	топъл, но прекалено угаждащ	почти не се отправят изисквания	на детето се позволява само да взема решения, преди да е готово за това
Неангажиращ	емоционално откъснат и дистанциран	почти не се отправят изисквания	безразличие към вземането на решенията и гледната точка на детето

Очертават се 4 разновидности на родителския стил - авторитетни родители, които имат високи стойности по всички показатели; авторитарни родители, които показват само висока степен на контрол; отстъпчиви родители, които показват високи резултати само по отношение на обгрижването; неангажирани родители, които имат ниски показатели по всички параметри (Таблица 2).

Таблица 2. Родителски стилове и детско поведение

Стил на възпитание	Детско поведение
Авторитетни родители. Потвърждават и обясняват необходимостта от правилата, демонстрират неудоволствие и огорчение като отговор на лошото поведение, демонстрират удоволствие от положителното поведение и оказват подкрепа, правилата са ясни,	Дружелюбни деца Добър самоконтрол, себеуважение, високо равнище на активност, топлина, загриженост, дружелюбност, добро справяне със стреса, интерес и любопитство,

детските мнения и желания се обсъждат, има топлота и съпричастност	ориентирани към успеха
Авторитарни родители. Ригидно поддържане на правилата, конфронтиране и наказване на лошото поведение, изразяване на гняв и неодобрение, правилата не са ясно дефинирани, детските мнения и желания не се вземат под внимание, нетопли отношения и съпричастност към това, което става с детето, няма планиране на съвместни действия	Конфликтни и дразнещи деца Страх, тъга и нещастие, лесно раздразними, лениви, враждебни, изпълнени с вина, стресирани, агресивни, недружелюбни, безцелни
Угаждащи/неангажирани родители. Правилата не са ясни, не се изисква тяхното спазване, отстъпчиви пред натиска на детето, несвързаност при дисциплинирането, слаби изисквания и очаквания за зряло и независимо поведение, пренебрегване или приемане на лошото поведение, скрито безразличие, гняв и раздразнителност, умерена топлина	Импулсивно-агресивни деца Съпротива и неподчинение на изискванията на възрастните, ниска самоувереност, загуба на ориентация към постижение, загуба на самоконтрол, агресивност, лесна раздразнителност, импулсивност, безцелност, стремеж към доминиране

През 1991 г. Баумринд продължава изследването на децата, достигнали вече юношеска възраст [52]. Тя открива, че авторитетният стил запазва своето положително значение за укрепване на връзките на детето с родителите, докато авторитарният стил се отразява отрицателно, децата са с ниски академични и интелектуални постижения, това се отразява особено силно при момичетата (специално върху тяхната социална и когнитивна компетентност). Другият стил, изразяващ се в незаинтересованост, също се отразява отрицателно върху децата. Тези деца са агресивни, импулсивни, тревожни, изпитват тъга, имат ниска самооценка и проблеми с алкохола [157].

Топлотата, с която родителите даряват своите деца, е важна поради няколко причини [127]. Тя се асоциира с одобрението, което предпазва детето от страха, че може да загуби любовта им. Изразената топлина се свързва със загрижеността на родителите за детските нужди, което създава увереност и сигурност у детето и

намалява тревожността им [171]. Отсъствието на топлинота се свързва с напрежение, враждебност, страх от отхвърляне, от физическо наказание, което създава тревожност и затруднява интернализирането на различните норми [52].

Родителите имат силата да упражняват контрол върху постъпките на детето. Съществува убеждение, че със своето контролиращо поведение родителите могат да влияят върху поведението на детето [298]. Родители, които мислят, че детското поведение се оформя от опита и влиянията, са по-склонни да променят поведението на децата [135].

Когато родителите използват обяснения, предложения и представят различни възможности за действие, детето много по-лесно изразява съгласие с техните желания [117]. Ако те последователно се стремят към промяна на детето, като използват насърчението и представят тази промяна като желана и идваща от самото дете, то ще прояви по-голямо желание за сътрудничество [319].

Със своите оценки родителите развиват самооценката на детето и усещането за самоконтрол на поведението. Физическите наказания, заплахите, демонстрирането на сила и превъзходство могат да създадат у детето чувство за безпомощност или за малоценност [138]. Независимо че понякога родителите постигат контрол върху поведението на детето „тук и сега“ със сила, във времето този контрол може да не доведе до очаквания резултат [52]. Използването на физическите наказания за ограничаване на определено поведение, неприемливо за родителите, може да породи у детето гняв, враждебност, омраза [51]. Това става модел за детето – да използва сила за постигането на собствените желания [292].

Уменията за справяне в стресова ситуация се развиват по-добре, когато семейната среда е структурирана, майката е отговорна и самоуверена, децата знаят за ясните граници на позволеното, възпитават се чрез награди и наказания, които се спазват [259].

През 1960г. Baumrind разделя възпитателните методи на родителите в три групи – авторитарен, авторитетен и толериращ [52]. По-късно през 1983г. Массобу и Мартин добавят и четвъртата група на незаинтересованите родители [212]. Ако се използват критериите топлинота и отговорност, безотговорност и отхвърляне,

ограничение и принуда, ще се обособят четири типа родители - авторитетен, авторитарен, толериращ и незаинтересован [212].

Авторитарни родители

Най-често авторитарен тип родители са ограничаващите, използващи като стил наказанието, изискващи от децата да следват указанията, да уважават работата и усилията. Тяхното поведение се отличава с поставяне на много ограничения и упражняване на силен контрол. Те прилагат изключителни ограничения и контрол, използвайки принудителни методи [212].

Авторитарният родител притежава определени качества:

- ригидност - тази нагласа поддържа определени вярвания, даже в ситуации, когато те нямат достатъчно обяснителни възможности;
- нетолерантност към неопределеността - този тип родители изпитват затруднения в ситуации, които не са ясно определени. Авторитарният родител отказва да приеме идеите на своите деца, когато те не съвпадат с неговите. Той изисква подчинение и уважение и това създава враждебност [119].

Авторитарният родител използва сила, за да постигне сигурност. Авторитарността не предполага уважение. Тя се основава на страха от оцеляване, от подценяване и затова често се изразява в подценяване на другите, за да се постигне привидна сигурност, да се скрие неуспехът и слабостта. Авторитарността при родителите може да придобие различни и много изтънчени форми. Стремещт към доминиране може да е неосъзнат и да се скрие под различни форми - „прекалена доброта“, „свръхгрижовност“ [233].

Прекалената доброта води до подчинение, унижение, изтощение, до отнемане на възможността на детето да поеме отговорност за своите действия. Тук авторитарността се изразява не със заповеди, а като проява на обич [233].

Свръхгрижовността представлява натрапчива преданост. Родителите внушават, че трябва да вършат всичко вместо децата. Те създават усещането, че децата са неспособни за каквото и да било. Грижи като хранене, обличане и къпане продължават много по-дълго от обикновено. Родителят участва активно във всяка

дейност на детето. Искат от децата си благодарност и по този начин укрепва вътрешната си сигурност. Такива родители искат „само да бъдат обичани“, което означава да не им се противоречи и да им се благодари. Те са всеотдайни, олицетворение на добротата, но искат това да се знае. Обикновено реакцията срещу този авторитаризъм е емоционален бунт, страх, напрегнатост, потиснат гняв, лъжи, угризения, вина [233].

В денталния кабинет авторитарният родител е прекалено загрижен за всяка медицинска процедура. Той не оставя детето само и се разстройва от налагането на правила в кабинета [258]. Изисква доводи за приетото лечение и пита подробно за ползите и вредата от лечебните процедури. Децата на този тип родители се отличават със социална некомпетентност. Те са тревожни, без инициатива. Те са послушни, изпълнителни, с ниска самооценка. Силовите методи за дисциплина ги правят по-агресивни [128]. Трудно взимат решения и лесно се обезкуражават при неуспех. Страхуват се да поемат отговорност, което ги прави плахи и неуверени [197].

Авторитетни родители

Това са окуражаващите към самостоятелност родители, без да снемат ограниченията и контрола върху поведението на децата. Те се отнасят с топлина и придружават ограниченията или наказанията с подробни обяснения [139].

Децата на този тип родители се отличават със социална компетентност, отговорност и положителна самооценка. Родителите притежават няколко нагласи. Една от тях е тази на приемане - отнасят се толерантно към мненията и желанията на децата, не се налагат и не се стремят да подчинят детето, като налагат върху него собствената си мяра за съвършенство. Те проявяват емоционална топлина и отзивчивост [90]. Другата е разбиране - опитват се да разберат ситуацията от гледна точка на детето, не избързват със заключенията преди да са изслушали обясненията му и да са откликнали на преживяванията му [233].

Незаинтересовани родители

Незаинтересованите родители се наричат още позволяващо-индиферентен тип. Причини за подобно поведение могат да бъдат отново стрес в семейството, като нежелана бременност, неуспешен брак, емоционална незрялост на родителите,

семейство на незаинтересовани родители, родители, вгълбени в собствените си проблеми, които не могат да осигурят емоционална подкрепа на децата си [233].

Това са родителите, които не се интересуват от живота на своите деца. Децата на такива родители се отличават със слаба социална компетентност и самоконтрол. Този тип родители не знаят много за своите деца, за тяхното поведение, приятелства, интереси, проблеми. Те налагат тежки наказания - физическо насилие [194]. Пренебрегват потребностите и интересите на детето. Незаинтересованите родители са дистанцирани, студени и емоционално въздържани. Няма очаквания и изисквания към поведението на детето [258].

В същото време децата се нуждаят от родителите си и когато не получат грижи и внимание, те стигат до убеждението, че в живота на родителите има много по-значими неща от самите тях. Това води до повишено безпокойство, агресивност и неувереност [139].

Толериращи родители

Толериращите родители могат да се характеризират като „позволяващ-прощаващ“ тип. Те се интересуват от своите деца, живеят с техните проблеми, но без да упражняват контрол или да поставят изисквания. Децата на толериращи родители са социално некомпетентни и със слаб самоконтрол. Родителите не могат да се справят с децата си и тезапочват да правят това, което искат. Така децата не се научават да контролират своето поведение. Понякога този тип родители съзнателно не поставят ограничения, водени от идеята, че когато това е съчетано с топлота, ще помогне на детето да развие своята креативност [274]. Стимулират свободното изразяване на импулсивни желания. Те поставят незначителни ограничения и позволяват на децата да взимат самостоятелни решения [233].

Толерантният родител в дентален кабинет позволява на детето да се държи както поиска [258]. Той не прави забележки и опит да контролира поведението му. Снизходителен и либерален е дори към агресивното поведение. Лесно напуска кабинета, ако се наложи. Не съдейства. Намесва се и му казва, че лекарят няма да го нарани [105].

Децата на толерантните родители много често искат техните желания да бъдат задоволявани незабавно. Не изпитват особено уважение към другите и имат проблеми със самоконтрола. Те са неуверени, поради липса на ясни граници. Сред връстниците си, те са непопулярни. Стават агресивни, особено когато не могат да контролират ситуацията, както правят възрастни [258].

Родителството значително се промени през последните десетилетия, което се отрази на влиянието му върху денталното лечение [204]. Повече семейства отглеждат децата си либерално, където лошото поведение на детето няма негативни последици за него. Увеличава се броят на семействата с един родител [170]. Промените се отразяват негативно на кооперативността на пациента при дентално лечение [292]. С намаляването на съдействието се увеличават очакванията на родителите (децата да не плачат), като тези очаквания са непостижими [81].

6. Влияние на родителския стил върху поведението на детето

Родителският стил се изследва от десетилетия и се смята за важен фактор при развитието [275]. Като стил се определя наборът от поведенчески реакции на двамата родители в процеса на социализация на детето [197]. Промените в родителското поведение във връзка със социализацията на детето, се обяснява много добре с помощта на две основни направления, които въпреки многото термини, използвани от изследователите, се наричат родителски контрол и привързаност. Контролът включва отговаряне на исканията, а привързаността включва чувствителност, отдаденост при грижите [274].

Някои автори отчитат възможна връзка между денталния страх, отказ от лечение и метода на възпитание [187]. За целта са използвани оценката на родителския стил при отглеждането (Child rearing practices report (CRPR)) и оценка на детския страх [40]. Не са открити разлики във възпитанието на родителите при деца, отказали и приемащи дентално лечение. Не е открита връзка и между възпитанието, страха и безпокойството при групи деца със и без страх от дентално лечение. Все пак се установява, че при по-страхливите деца се използва авторитарен стил на възпитанието. Изследването не открива корелация между отказа от лечение и безпокойството от дентално лечение и родителския стил при деца от 4 до 12 години [187].

В едно изследване, проведено през 2012г. показва позитивна връзка между тревожността и поведението в дентален кабинет, но не е открита подобна връзка при родителския стил и безпокойството по време на денталното лечение [188].

Друго изследване търси влиянието на стила на възпитание върху избора на подходяща стратегия за повлияване на поведението. Те използват друга скала (Primary Caregivers' Practices Report (PCPR) за определяне на авторитарен, авторитетен и толериращ аспект на възпитание. Изследването на детското поведение по време на лечението след локална анестезия е оценено чрез скала, вземаща предвид издаваните звуци, движенията на очите и движенията на тялото. За повлияване на поведението се използват различни методи, като отделяне от родителя, отлагане на лечението, комуникация [125]. Авторите изтъкват, че ефективната комуникация е необходима при всички пациенти, независимо от възпитанието [214]. Изследването осигурява предварителни доказателства, че детската реакция към възстановителни дентални процедури е повлияна от естеството на възпитателния стил [25].

Някои автори изследват връзката между стила на възпитание на родителите, родителската оценка на детското дентално безпокойство и денталната история на децата. Те не откриват такава връзка и потвърждават познатите причини за дентално безпокойство. Оценката на родителския стил се прави като родителите попълват четири различни въпросника. Родителите попълват също Child Fear Survey Schedule Dental Subscale (CFSS-DS) и въпросник за денталната история на детето [187].

Зависимостта между родителския стил, поведението на родителя, съдействието на детето по време на лечението и използваните техники за повлияване на поведението е изследвана през 2007г. от Aminabadi и Farahani [25]. Седемдесет и две деца на възраст между четири и шест години са заснети на видеозапис докато е поставена блок анестезия при децата и обтурация на долен втори молар. Родителският стил е описан в четирите групи. Авторитетните родители (силна топлина и силен контрол) наблюдават лечението (69%), окуражават и обясняват на децата. Повечето деца (81%) не показват дискомфорт при лечението, а останалите 19% показват много слаб дискомфорт. Толериращите родители (силна топлина и слаб контрол) демонстрират разнообразно поведение - 74% контактуват физически с детето, 70% спират лечението поне веднъж, 50% разпитват за ефикасността на локалната анестезия и само 7% наблюдават без участие. Всички деца се чувстват некомфортно при лечението, като 44% показват

умерен дискомфорт, а 56% показват силен дискомфорт. Малка част от изследваните родители са авторитарни (ниска топлота и висок контрол) и всички използват физически контрол. Всички деца на тези родители се чувстват некомфортно – 38% умерен, а 62% изпитват силен дискомфорт [25].

Няма родители с negliжиращо поведение в изследването (ниска топлота и нисък контрол). Проучването подкрепя тенденцията, че родителят може да подкопае авторитета на денталния лекар и да наруши връзката дете-дентален лекар. Това подкрепя концепцията за ролята на родителя като тих наблюдател, когато е в кабинета [173].

Зависимостта между детското дентално безпокойство, нивото на кооперативност при лечение и родителския стил е проучен при сто деца на възраст между четири и дванадесет години, изпратени към специализирана детска дентална клиника в Холандия, поради липса на съдействие. Очакванията на родителите за способностите на денталния лекар да се справи споведението на детето преди лечението се различават в зависимост от родителския стил. Авторитарният родител има големи очаквания, че поведението на детето може да се промени от денталния лекар. Толерантният и negliжиращ родител имат по-малка увереност в денталния лекар. Родителите не остават в кабинета по време на лечението в настоящото изследване. Данните от изследването демонстрират, че липсва зависимост между родителския стил и денталния страх преди лечението и съдействието по време на лечението. Силно тревожните деца проявяват по-често разрушително поведение, в сравнение с малко тревожните деца [187].

Родителите са по-уверени във взаимоотношенията деца-дентален лекар след края на лечението и по-рядко изявяват желание да придружават децата в кабинета [187]. Други изследвания в този план дават противоположни на посочените резултати. Няколко години по-късно от същите автори е проведено изследване върху родители на деца от 4 до 12-годишна възраст отново в Холандия. Авторите търсят корелация между детското дентално безпокойство и родителския стил. Родителският стил е категоризиран при 331 родители на деца, изпратени в специализирана детска клиника поради некооперативност и 120 родители на деца, лекувани от други дентални лекари [187]. Отчетена е възрастта и детския дентален страх. Авторите не откриват разлика в родителския стил при деца, изпратени в клиниката и контролната група. Не е открита

зависимост между детското дентално безпокойство и родителския стил. Причината за получените резултати авторите обясняват с това, че изпратените за лечение деца в специализирана детска клиника са по-малки от контролната група деца и са значително по-тревожни [188]. Противоречивите резултати в специализираната литература изискват доизясняване на тази зависимост, която вероятно е различна за отделните възрастови контингенти.

Други автори изследват връзката на родителския стил с детския темперамент като модулатор за безпокойството и поведението на детето в дентален кабинет [27]. В изследването са включени здрави деца на възраст от 4 до 6 години с кариозни лезии на моларите и са за obturation. За определяне на родителския стил е използван Primary Caregivers Practices Report, а за оценка на темперамента на детето Children's Behavior Questionnaire. Поведението на детето е оценено по скалата на Франкел. Използвани са стандартните техники за повлияване на поведението в кабинет. Резултатите показват висока степен на корелация на авторитетният стил с позитивното детско поведение и негативна корелация с детското дентално безпокойство. Открита е позитивна корелация между толерантен родителски стил, негативно поведение и детско безпокойство. Родителският стил изглежда е посредник между детския темперамент и безпокойството и определя детското поведение в кабинета. Необходими са допълнителни изследвания за търсене на техники за повлияване на поведението във връзка с родителския стил [27].

Някои автори търсят връзка между родителския стил, социално-демографския статус, оралния статус и поведението на детето в кабинета по време на първата визита [156]. В проучването участват 132 двойки деца: родители като децата са на възраст от 3 до 6 години и посещават за първи път дентален кабинет. Родителите попълват ParentsStylesandDimensionsQuestionnaire (PSDQ) и 15 въпроса за демографското изследване. Поведението на детето е оценено по скалата на Франкел. Децата на авторитетни родители показват по-позитивно поведение и по-малко кариозни лезии в сравнение с деца на толериращи родители. Позитивно са настроени децата, за които родителите се грижат ежедневно в сравнение с деца, отглеждани от роднини [156].

Направени са проучвания за съществуването на връзка между родителство, отношения в семейството и зъбен кариес и тази връзка е потвърдена [108]. Родителите, които контролират децата са по-малко склонни да използват насилствени методи.

Открита е позитивна връзка между образованието на майката, честота на четкане и честота на консумация на сладки храни и напитки. Според авторите родителството е изключително важно при изготвянето на кариес-превантивни програми [108, 206].

Има автори, които не откриват връзка между детското поведение и стила на възпитание. Те изследват връзката между родителското възпитание и оралния статус. Отчитат DMFT/dmft индекса на изследваните деца на възраст от две до четиринадесет години. Стилът на родителите е измерен с помощта на Parenting Style Dimension Questionnaire (PSDQ). Отчетена е демографска информация – раса, ниво на образование и социален статус. Резултатите не показват връзка между възпитанието и оралния статус. Според изследването посочените демографски показатели имат много по-силно влияние върху статуса, в сравнение с подходите при възпитанието [289].

Очаквания на родителите за поведението на детето в дентален кабинет

Способността на родителите да предвидят детското поведение по време на лечението е изключително интересна. Изследване върху 273 тригодишни деца установява, че родителите са изключително точни в предварителната оценка на негативната реакция при неинвазивни дентални процедури, като сядане на денталния стол и позволяване на преглед със сонда. Детското безпокойство при срещи с нови хора също е индикатор за съдействие [151]. Децата показват ниски нива на дентален страх, когато родителите предполагат съдействие към лечението. Техните очаквания не кореспондират с личните им страхове за лечението [192].

Редица проучвания търсят зависимост между денталното лечение и съдействие от страна на детето. Някои автори откриват, че родителите съобщават за проблемно поведение при деца от 3 до 12 годишна възраст извън кабинета, но не могат да го предвидят по време на лечението [15]. Данните от изследването показват, че информацията от родителите за комбинацията от този тип взаимоотношения с децата и възрастта им е сигурен показател за негативно поведение. Ранната детска възраст е единственият фактор, който може да се използва при определяне на поведението, докато само информацията от родителите не е достатъчна [15].

Някои проучвания демонстрират силна статистическа зависимост между очакванията на родителите за позитивно поведение на детето и проявата на

кооперативност при самото лечение [59]. Според тях очакванията на родителите могат да насочат денталния лекар за поведението на детето по време на лечението [83].

Преобладаващите публикации посочват очакванията на родителите за определено поведение като фактор, повлияващ денталната тревожност. Данните, получени за влиянието на родителите посочват, че очакването за негативно поведение при детето е сигурен знак за неговата тревожност [151]. Други изследвания откриват статистическа зависимост между очакванията на родителите за позитивно поведение и проява на кооперативност при самото лечение [331]. Авторите смятат, че информацията от родителите преди лечението може да насочи денталния лекар за поведението на детето по време на самото лечение [99].

Агресивните взаимоотношения между майка и дете се характеризират с непостоянство и слаба емоционална връзка. Децата на такива майки избират агресивни решения, когато се сблъскат с непозната ситуация, като денталното лечение, а децата на угрижени двойки майка-дете избират решение чрез отбягване [307]. Тези характеристики се покачват от негативното възприемане на родителите относно детското поведение. Родителите допринасят за детския дентален страх и отказа на дентално лечение. В повечето случаи те отдават негативното поведение на инвазивни дентални процедури в миналото, детския темперамент или негативно поведение на денталния лекар. Малка част от родителите обмислят влиянието на собствения си дентален страх или страх на член от семейството [304]. Повечето родители на деца с висок дентален страх го отдават на фактори, извън техния контрол, докато родители на деца с нисък дентален страх, определят себе си като важни в този процес. Това се дължи на чувство на безпомощност, тъй като те са неспособни да помогнат на децата си да преодолеят страха си [304].

7. Страх от дентално лечение

Страхът от дентално лечение е най-често срещаният проблем в детската дентална медицина. Разпространението му сред децата варира в зависимост от използваната методология и възрастта на децата. Серия от епидемиологични проучвания в Северна Европа доказват, че разпространението на страха и безпокойството при децата е около 3-21% и по-често се среща при момичетата [85, 180]. Подобни резултати са получени и в Австралия, Канада и САЩ [4].

Разпространението варира от 5-20% в различните страни [87, 179, 198]. С порастването, децата развиват методи за контрол на страха и това води до намаляването на тревожността [179].

Някои автори определят денталната тревожност като „абнормален страх или заплаха при посещение при дентален лекар за профилактика или лечение и неоправдано безпокойство от дентални процедури” [190]. Той е причина за липса на съдействие при денталното лечение [144]. Тревожните пациенти са склонни да надценяват болката и дискомфорта по време на лечение, да отлагат или преместват записани часове, което води до негативни последствия за оралното им здраве, което често налага по-сложни интервенции и навлизане в порочен кръг, който още повече засилва безпокойството по отношение на лечението [33].

Редица изследвания разглеждат най-честите страхове при децата в дентален кабинет, като страх от очакването на болка, от загуба на контрол, да не бъде предадено/излъгано, страх от непознатото (поради липса на информация и комуникация), от инвазивни процедури, от психическа агресия (мърморене, критика), страх от повторение на минали негативни преживявания, страх от шума на различните инструменти, от кървене, от неприятни миризми в кабинета, страх от среща с недружелюбен медицински персонал [85, 86, 99, 133, 176].

Денталното безпокойство е широко разпространено при пациенти от всички възрасти, но се появява и развива в детството [261]. Изследвания, свързани с време на поява на страха от дентално лечение, установяват, че при половината от участниците тези страхове се появяват в ранното детство. Те продължават да избягват и отлагат денталното лечение и в зряла възраст [202].

Специфичните страхове се широко разпространени в ранното детство [174]. Повечето са краткотрайни и изчезват за няколко месеца, но при някои деца те се запазват и нарушават нормалното функциониране [268]. Тогава трябва да се обсъди диагнозата специфична фобия. Фобията е страх, който е извън съзнателен контрол, пречи на нормалното функциониране и води до избягване на причинителя или обекта [21]. Интензивността на страха се измерва с помощта на визуални аналогови скали. Класификацията разделя страхове и фобии на три групи [264]. Първата група са ситуационни фобии, които включват светкавици, затворени пространства, тъмнина,

летене и височини. Втората група са фобии от животни- паяци, змии, а третата група са страховете от нараняване, към които спадат инжекции, зъболекари [231].

Изследователите са постигнали консенсус по отношение на оценката и лечението на специфичните фобии в ранното детство, но тяхната етиология все още остава неизяснена. Някои учени са на мнение, че възникването на фобиите е резултат от опита [88]. Други са на мнение, че този феномен отразява вродени, спонтанни реакции спрямо по-силни преживявания в периода на развитие [221].

Редица изследвания доказват, че страхът от дентално лечение е мултифакторен [229]. Смята се, че страхът възниква от неадекватното овладяване на болката [170]. Умереният страх е очакван и съответства на нормалното развитие. Може да се превърне в проблем и да изисква лечение, когато е в несъответствие с реалната заплаха [109,116]. Детският дентален лекар трябва да познава добре етиологията на страха, за да разбере по-добре малкия пациент и неговото семейство [222].

Важността на миналия медицински опит е много сложна променлива, дискутирна в продължение на много години [178]. Децата с минал позитивен медицински опит са много по-склонни да съдействат. Емоционалният заряд от предишното посещение е по-важен от броя на посещенията. Болката при лечението може да бъде умерена, интензивна, истинска или въображаема. Родителският опит от минала медицинска болка също корелират с кооперативното поведение на детето в кабинета [178]. Редовните посещения и излагане на нестресиращи дентални стимули са фактори, които спомагат за кооперативно поведение [311].

Страхът от дентално лечение е уникален в сравнение с други специфични страховете, защото включва силен компонент, свързан с заплахата от нараняване на тялото. Оралната област е много чувствителна с изобилието от тактилни и проприорецептори [129]. Независимо дали е нормална или не, реакцията на страх към денталното лечение може да се развие в патологичен. Този страх е свързан с много фактори, като директен опит или индиректен, получен чрез научаване от други хора, ситуации, фактори от средата [303].

7.1. Поведение на детето в дентален кабинет

Четири важни фактора, определящи поведението на детето в дентален кабинет са растежът и развитието на детето, семейството и социална среда, миналият медицински опит и денталният кабинет като среда [273].

Трудовете, описващи поведението на децата в кабинета, са центрирани около три основни области. Тези области включват (1) класифициране на поведението на децата, (2) описване на различните форми на поведение, при което са били открити отрицателните модели на поведение (3) разработване на фактори, които влияят върху поведението в денталната среда.

Класифициране на детското поведение

Множество системи са разработени за класифициране на поведението на децата в денталната среда. Познаването на тези системи представлява повече от академичен интерес и може да се счита за предимство на клиницистите по две причини - може да помогне при оценката на валидността на изследванията и да осигури системни средства за запис на поведение на пациентите. Денталният лекар, който лекува дете пациент, е най- притеснен за поведението на детето. На първо място лекарят трябва да класифицира поведението, за да улесни управление му. Има големи различия между системите за класификация.

Един от първите автори на подобни класификации е Wilson [273]. Той разделя четири класа на поведение - нормално или самоуверено, стеснително или плахо, истерично и непокорено. Според друг автор според поведението децата се разделят на пет вида - свръхчувствителни или тревожни, нервни, уплашени, физически негодни и упорити [227]. Тези системи помагат при идентифицирането на проблемно поведение в дентален кабинет, което значително ограничава успеха от лечението. Използваните въпросници се основават на психологически принципи.

Една от най-разпоространените скали за оценка е поведенческата скала на Frankl (Frankl Behaviour Evaluation Scale, FBES), разработена през 1962 [131]. Тя е лесна за употреба и се използва както при научни изследвания, така и в ежедневната дентална практика. Скалата класифицира поведението в четири групи според степента на оказаното съдействие от страна на детето. Поведенческата скала на Frankl се приема за златен стандарт при скалите за клинична оценка в детската дентална медицина.

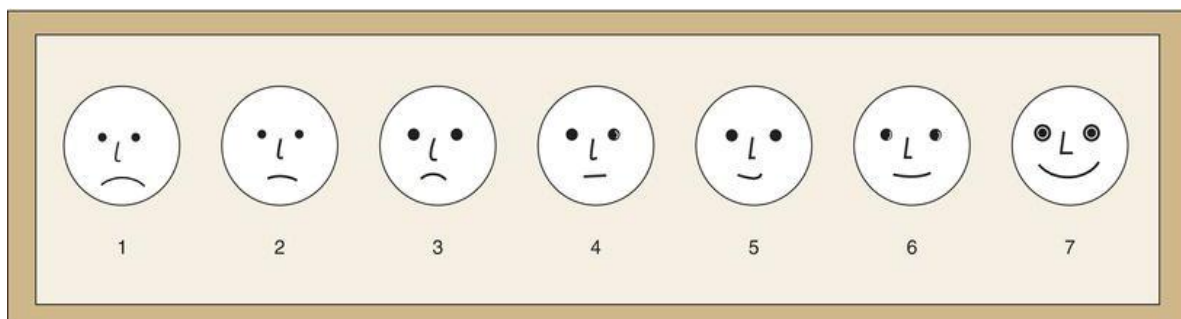
Нейните предимства са, че е функционална, количествена и надеждна. Тя обаче не посочва точно определени поведенчески критерии за наблюдение и позволява субективна интерпретация.

Други автори използват петстепенна скала за оценка, която има пет нива на отговора – Likert скала [278]. По-късно други автори използват петстепенната скала за самооценка на поведението и безпокойството [313].

Някои автори проучват дали денталните лекари са в състояние да оценят промени в нивото на страха на детето-пациент, базирани на сравнението от директно наблюдение на силно тревожни деца, в сравнение с видеонаблюдение на същата група, като се използва инструмент, създаден от авторите [311].

Самооценката е първият метод на избор, когато се изучава болката или безпокойството. Децата под осем годишна възраст имат ограничени когнитивни възможности, за да се разчита на точността на тяхната оценка [303]. Редица автори използват малки икони на щастливи до тъжни лица, за да подобрят коректността на информацията на тези скали [86, 289, 312] Такава скала е показана фиг.3. Такива скали се наричат визуално-аналогови скали (visualanaloguescaleVAS) и са най-ефектни в ранна детска възраст при много кооперативни и некооперативни деца [13]. В своето изследване авторите установяват, че е метод на избор да се използват два метода за оценка – самооценка и независим наблюдател и дават заключения от комбинирането на двата метода [13].

Фиг. 3 Визуално-аналогова скала, използваща весели и тъжни лица за оценка (Chapman, Kirby)



Описание на детското поведение

Познатите от литературата проучвания, описващи детското поведение са главно върху трудни за овладяване деца. Те класифицират детското поведение в дентален кабинет. Класификацията на Wright (1975) определя три групи детско поведение, отразяващи съдействието на пациента при лечението – сътруднически, потенциално сътруднически и деца с липсваща способност за сътрудничество [326].

Кооперативно поведение

Повечето изследвания оценяват поведението на децата в дентален кабинет като кооперативно [303]. Авторът описва тези деца като спокойни с минимална тревожност. Те може да са ентузиазирани от лечението. По скалата на Франкл те отговарят на позитивните групи. Кооперативните деца могат да бъдат лекувани на момента, като използваните методи са моделиране на поведението и кажи-покажи, направи [273].

Потенциално –сътрудническо поведение

Според някои автори това са деца с поведенчески проблеми [313]. Разликата между тях и децата с липсваща способност за съдействие е, че тези деца имат потенциала да се държат добре. Класифицирането им в тази група означава, че тяхното поведение може да бъде модифицирано - детето има конгнитивни умения да се справи със ситуацията в денталния кабинет и да стане кооперативно [326].

Липсваща способност за сътрудничество

В тази група са включени деца, по-малки от три години, с които е трудно да се комуникира. Според някои автори тези деца са в пре-кооперативен стадий и с порастването проблемите с поведението намаляват [273]. Децата с увреждания попадат в групата деца с липсваща способност за съдействие. Информация за тяхното интелектуално развитие може да даде насоки на денталния лекар за очакваното ниво на кооперативност. При тези деца не се очаква промяна в поведението.

7. 2. Методи за оценка на денталната тревожност

Установяването на денталната тревожност в най-ранна възраст дава възможност за ефективно повлияване на поведението [332].

Инструментите за оценка и определяне на степента на дентална тревожност при деца са разработени с цел създаване на универсален метод за оценка. Качествата на средствата за оценка са лесна и бърза употреба, висока степен на съгласуваност между екзaminаторите, получаване на точни резултати с висока достоверност, приложение без необходимост от допълнителни инструкции. Инструментът трябва да е обективен и получените данни да се обработват статистически [130].

Най-често авторите класифицират методите за оценка на денталната тревожност в четири групи [180].

1. Оценка на поведението на пациента в дентална среда с помощта на скали за оценка на поведението в детска възраст;
2. Физиологични методи;
3. Проективни техники, при които се интерпретира начинът на изпълнение на поставената на пациента задача от денталният лекар напр. рисуване на рисунка. Тези методи изискват внимателно анализиране и интерпретиране с помощта на специални скали. Те не показват надежност при използването им, а отнемат много време за провеждането им [38].
4. Психометрични тестове – има голямо разнообразие от психометрични тестове за оценка на денталната тревожност при деца.

Други автори предлагат нова класификация на методите за оценка на денталната тревожност според тяхната възможност за приложение [130].

- Епидемиологични методи, които определят преобладаването на дентална тревожност сред изследваната популация;
- Диагностични, които са описателни и чрез тях се определя степента на дентална тревожност;
- Методи за оценка на необходимостта от лечение, според нивото на дентална тревожност, довело до влошаване на оралното здраве.

Интензивността и същността на денталното безпокойство варира при различните индивиди. Това налага адаптацията на някои психометрични методи за оценка на тревожността при първото посещение [132].

Съвременните класификации разделят методите за оценка на денталната тревожност на субективни и обективни [144].

Обективни методи за оценка на денталната тревожност

Това са физиологични методи, отчитащи психофизиологични реакции при оценка на дентална тревожност. Промени се наблюдават в сърдечно-съдовата система, в секрецията на потните жлези, промени в мускулите, дихателна и храносмилателна системи [144].

Субективни методи за оценка на денталната тревожност

Субективните инструменти служат за оценка на денталния страх, която се прави от родителя, от денталният лекар, както и от детето, като се използват различни скали или една скала, модифицирана според възрастта и в зависимост от целта на изследването [99, 332]. Използваните скали имат цифрово измерение и изискват добре развити конгнитивни умения на детето за степенуване на собствения му страх и познаване на количествената стойност и измерение на цифрите [129].

Те са подходящи за деца под осем години. Установено е, че при по-големи деца с висока степен на тревожност е подходящо включването на картинни изображения на лица, съответстващи на цифровите измерения [159]. Авторите отчитат, че при децата е значително по-трудно да направят количествена оценка на страха си в сравнение със свързването на страха със съответното лицево изображение от скалата. Картинните изображения не изискват способност за подреждане и количествена оценка [84].

Правени са редица опити за оценка на денталния страх, главно с изследователска цел. Някои изследвания определят индикатори за пре- и постоперативни нива на безпокойство, за да изпробват различни техники за овладяване на безпокойството [161]. Проучванията се правят най-често в специализирани клиники в Америка, Швеция и Холандия [163, 164, 223]. В Холандия въпросниците за оценка на денталния страх са част от рутинната дентална документация надетските дентални лекари. Предимствата на тези скали е лесно и бързо попълване, оценка на реакциите при различни ситуации в дентален кабинет и това, че за прилагането им не се изисква специална апаратура [13].

Картинен тест за самооценка на тревожността по Venham (Venham's picture test)

Картиният тест на Venham представлява психометричен тест, който се използва за оценка разпространението на денталната тревожност при деца между 6 и 10 години със или без минал негативен опит в дентален кабинет [312]. Този тест се състои от 8 карти със 2 изображения – всяка карта има две фигури, на едната детето изглежда щастливо, а на другата тревожно (фигура. 1). Изследваното дете посочва картинката, която най-добре показва неговото емоционално състояние в момента. Всяко дете е разпитано за чувствата, които изпитва, ако следващия ден ще посети дентален лекар и посочва фигурата, която харесва най-много. Отчите се резултатът за всяка карта, когато е избрана тревожната картинка и се сумира. Резултатът варира от 0 до 8 и се определя от броя на тревожните лица. Колкото по-висок е резултатът, толкова по-тревожно е детето [312]. Недостатъците на скалата са, че преобладават негативните емоции, картинките са неясни за малки деца и не дават информация за отделните стресови фактори в дентален кабинет [13].

Фигура 4. Картинен тест за самооценка на тревожността по Venham



Скала за оценка на дентална тревожност на Corah (Corah's Dental Anxiety Scale, DAS)

Редица автори доказват, че скалата на Corah е надеждна, валидна и полезна за измерване на дентална тревожност при възрастни пациенти както в дентален кабинет, така и при различни изследвания [96]. Други автори модифицират скалата Modified Child Dental Anxiety Scale (MCDAS), за да може да се използва и в детска възраст [325].

Инструментът е разработен с цел оценка на детската тревожност, свързана със специфични дентални процедури, като екстракция и общи упойки. Резултатът се определя като сума от точки за всеки въпрос и се оценява в пет степени по скалата на Likert от 1- спокоен съм, до 5 – много съм разтревожен. Оригиналната скала се състои от 5 въпроса с минимален резултат 5 и максимален 25. Индикатор са силно тревожни пациенти, дори с фобия от дентално лечение е резултат, повече от 19 точки [325].

След време авторите сами променят скалата като изработват модифициран вариант. Той включва 8 въпроса за оценка на денталната тревожност при специфични дентални манипулации. Други автори разработват картинен вариант на инструмента (MCDASf) като добавят лица към цифровата оценка и използват скалата при деца между 8 и 12 години [154].

Фигура 5. Картинен вариант на скалата на Corah (Modified Child Dental Anxiety Scale, MCDASF)

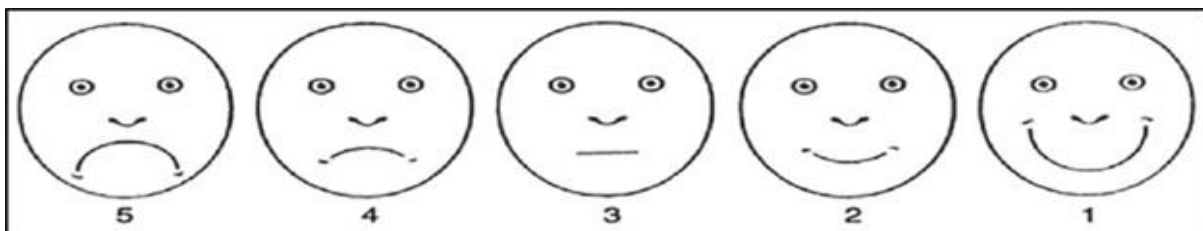
Модифицирана MCDASF Как се чувстваш когато:					
1. Ходиш на зъболекар	1	2	3	4	5
2. Преглеждат ти зъбите	1	2	3	4	5
3. Почистват ти зъбите	1	2	3	4	5
4. Слагат ти инжекция	1	2	3	4	5
5. Слагат ти пломба	1	2	3	4	5
6. Изваждат ти зъб	1	2	3	4	5

Скалата има редица предимства – попълва се бързо и лесно, широко използвана в редица изследвания, преведена на много езици, с доказана надежност и валидност, възможност за съпоставка. Някои автори съпоставят инструмента MCDASf с друг инструмент за оценка - дентална подскала на скалата за изследване на детски страх CFSS-DS и установяват висока степен на корелация между резултатите, получени с двете различни скали. Изследването доказва, че включването на катринни изображения в оценката на денталния страх дава възможност за надежното му и валидно измерване при деца от 5 до 12 годишна възраст [271].

Картинна скала с лица (Facial Image Scale)

Картинната скала съчетава пет отговора на един въпрос като започва с намръщено и завършва с усмихнато лице, под които са поставени цифри от 1 до 5 [74] (фиг.3). Децата трябва да посочат кое от лицата оговаря на чувствата им в момента, ето защо е моментно измерване на безпокойството. FIS се използва като комплект отговори на други тестове – MCADAS. Скалата е разработена, за да позволи оценката на страха на деца с ограничени когнитивни и лингвистични умения в ранното детство и представлява моментно отражение на чувствата на детето [118]. Недостатъците на скалата са, че тя отразява настроението на детето в по-голяма степен от състоянието му в момента и не измерва физиологичното състояние. Резултатите показват висока степен на корелация с картинния тест на Venham, което дава основание на авторите да посочат FIS като валиден и надежден инструмент за оценка на моментна тревожност при малки деца в клиничната практика [74].

Фигура 6. Картинна скала с лица (Facial Image Scale)

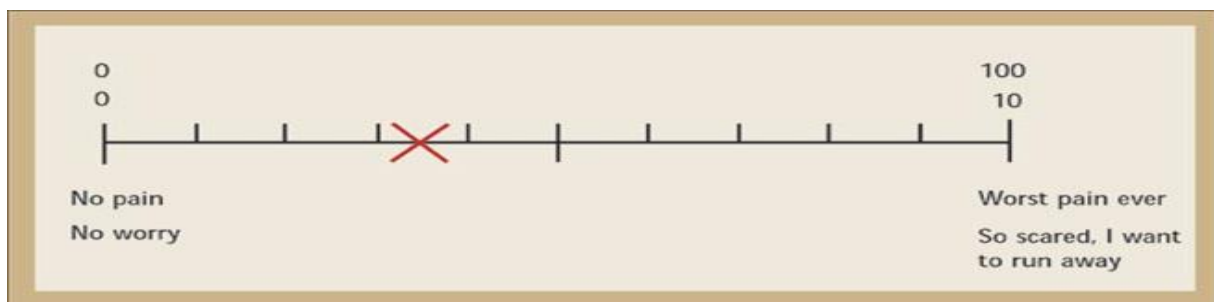


Визуално-аналогова скала (Visual- analoguescale, VAS)

Визуално-аналоговите скали за самооценка на болка и страх се използват често при деца и възрастни. Измерването с тях е лесно, отнема малко време, може да се

използва за различни цели. Те са начин за комуникация с пациента дори , когато той не може да отговори (по време на работа) [86]. Измерването се прави с хоризонтална линия, маркирана от 0 до 10 или от 0 до 100 във всеки край (фиг.4). Различни подскали могат да се маркират върху основната. Те се използват като скалата на Likert, на подходящото място пациентът наркира с X [241]. Скалата при деца се използва със стойности от 1 до10 и се изискват развити конгнитивни умения и познаване на количествената стойност и измерение на цифрите [56].

Фигура 7. Визуално аналогова скала (Visual analogue scale, VAS)



Изследването при деца може да изисква допълнителни обяснения на цифровите стойности. Описание на стойност „0” на пациента е „чувстваш се приятно, спокойно, щастливо, все едно гледаш любимото си филмче”, а „10” се описва като „ толкова страшно, че да те накара да избягаш”. Около шестгодишна възраст на въпроса „ Колко различно от 10 се чувстваш сега?” повечето деца са способни да определят цифрата, която отговаря на тяхното емоционално състояние [56].

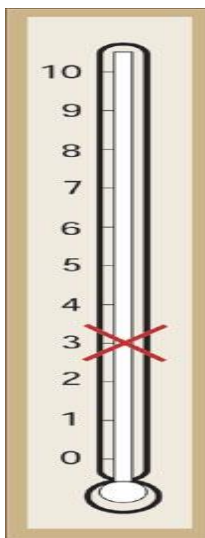
Страхов термометър

Друга визуално-аналогова скала, използвана за самооценка на нивото на дентален страх от децата е страховият термометър (фиг.5). Той се използва в ранното детство като част от десензитационни програма в началото на всеки етап при деца със различни фобии [174]. Инструментът е подходящ за употреба при деца, тъй като им дава позната практическа представа, а не абстрактно понятие, което би ги затруднило [56].

Пет нива на страховия термометър могат да се използват при деца, във връзка със „стоп сигнал при вдигане на ръка”. Детето вдига ръката, когато страхът достигне до определена стойност. Недопустими са стойности, близко до върха на термометъра.

Процедурата спира, когато пациентът вдигне ръка [96]. Когато стойностите се върнат към основата, лечението се подновява с нетравматична процедура [222]. Травматичната процедура се спира и пациентът се разпитва, относно причината за болката. Когато нивата са близки до базовата стойност, на детето се обяснява, че може да използва пръстите на ръката, за да степенува нивото на изпитвания страх. Трети човек, най-често сестрата, наблюдава ръката на детето. Важно е да се обясни на детето, че стоп сигналът се подава само при необходимост. Някои автори доказват, че предлагането на стоп сигнал увеличава нивото на страх, защото показва на детето, че има за какво да се тревожи [96].

Фигура 8. Страхов термометър



Изследванията са установили, че при кооперативни и потенциално кооперативни пациенти стоп сигналът се използва при процедури, като obtуриране, докато при некооперативни пациенти, той се използва още в началото на лечението [323].

Оценка на денталния страх с CFSS-DS (Dental Subscale of Childre’s Fear Survey Schedule)

Този инструмент за оценка е добре познат и често използван психометричен тест за оценка на дентален страх, изработен през 1982 [101]. Скалата е част от FearSurveyScheduleforChildren – въпросник от 80 въпроса, оценяващи разнообразни детски стракове и безпокойства [101]. CFSS-DS е призната като една от най-валидните и реални скали, с висока достоверност на получените резултати за страха в детска възраст. Скалата се състои от 15 специфични за денталния кабинет ситуации, като се

изисква от децата да определят колко стресираща е всяка ситуация. CFSS-DS се използва при деца от 4 до 14 годишна възраст и е с доказана ефективност както като индивидуален диагностичен инструмент, така и като групов. Скалата е с висока достоверност, валидност и надежност, доказано в редица изследвания [79, 268, 269]. Оценката на денталния страх с CFSS-DS е изключително прецизна, тъй като обхваща голям брой страх провокиращи фактори, което го прави предпочитан инструмент от изследователите в сравнение с други психометрични скали [13]. Недостатък на скалата е, че не измерва физиологичните реакции, мисли и поведение, които допринасят за безпокойството.

Скалата се състои от 15 въпроса, които описват специфични дентални ситуации. Всеки отговор има пет степени от 1 (въобще не ме е страх) до 5 (много ме е страх). Възможният резултат е от 15 до 75. Резултат равен или по-голям от 39 точки е показателен за дентална фобия, резултат между 32-38 е сигурен показател за развитие на дентална фобия, а резултат под 31 е показател за липса на такава [266]. Авторите посочват, че резултат по-висок от 39 се дължи или на възрастови характеристики или на повече от един негативен дентален опит. Тези деца изискват специално внимание, повече време и протокол за лечение, включващ фармакологично повлияване [16, 153].

Фигура 9. Скала за изследване на детския страх (CFSS-DS)

1.	Зъболекар	1	2	3	4	5
2.	Лекар	1	2	3	4	5
3.	Инжекции	1	2	3	4	5
4.	ако някой да ти преглежда устата	1	2	3	4	5
5.	ако трябва да си отвориш устата	1	2	3	4	5
6.	ако непознат те докосне	1	2	3	4	5
7.	ако някой те гледа	1	2	3	4	5
8.	ако зъболекарят работи с машинката	1	2	3	4	5
9.	видът на зъболекарят с машинката	1	2	3	4	5
10.	звукът на машинката	1	2	3	4	5

11.	ако някой ти поставя инструменти в устата	1	2	3	4	5
12.	да се задушиш	1	2	3	4	5
13.	ако трябва да отидеш в болница	1	2	3	4	5
14.	ако видиш хора с бели престилки	1	2	3	4	5
15.	ако зъболекарят ти мие зъбите	1	2	3	4	5

Скалата се използва в два варианта – за деца и родители. При деца в предучилищна възраст, се добавят лица с изображения, отговарящи на цифровите стойности от 1 до 5 [80, 293]. Някои автори отчитат степен на съгласуваност между родители и деца, като децата попълват деския вариант, а родителите – родителския. Резултатите показват съгласуваност и корелация между оценките на денталния страх от деца и родители. Въпреки получените резултати авторите отчитат, че повечето родители отчитат денталните страхове на децата си с по-високи стойности от самите тях [186].

8. Изследване на родителското поведение в дентален кабинет

Взаимоотношенията между родители и деца се отразяват на поведението като това е представено в литературата с различни термини - практики при отглеждането, родителски грижи, родителска практика, възпитателна практика и родителски стил. Термини като познавателна способност, вярвания, идеи и родителски ценности се включват като допълнение към изброените по-горе [93]. Въпреки че тези термини съответстват на друго понятие, всички са обединени от значението им във взаимоотношенията деца-родители [294].

Лечението на деца представлява трудност както за децата, така и за денталния лекар [226]. Етиологичните фактори, водещи до страх и отказа от лечение при деца се разделят на три групи – отнесени към детето, към родителя и към денталния лекар [18]. Факторите, свързани с детето са безпокойството и темперамента му. Втората група фактори, произлизащи от родителите са свързани със стила на възпитание, обект на редица изследвания и не бива да се подценява [228]. Третата група фактори могат да се контролират от денталния екип. Това са превенцията на болезнено дентално лечение и установяване на добра комуникация с детето и неговия родител. Денталните лекари

могат да моделират поведението на едно дете, но не са подготвени да търсят етиологията на тревожността му, както и не са в състояние да предотвратят появата на страх от денталното лечение [321].

Влиянието на възпитанието върху детското развитие от много години вълнува лекари от различни медицински специалности. Според психолозите то се отразява върху цялостното психо-социално развитие, а също и върху редица социални проблеми [250]. Изследваните деца, получавали в процеса на развитието си подкрепа и толерантност от ненатрапчиви родители показват по-добро психологично приспособяване, по-малко социални отклонения, те са по-доволни от живота, който водят [194]. Полът и възрастта дават отражение при изучаване на родителското възпитание [105]. С покачване на възрастта възпитанието на родителите започва да се идеализира, а момчетата по-често съобщават, че са отхвърляни от възпитаващите ги, в сравнение с момичетата [297].

Методите за изследване на факторите, свързани с отглеждането се разделят на две големи групи. Едната се базира на специално изработени въпросници, а другата на директното наблюдение върху взаимоотношенията деца-родители [220]. В повечето публикации се представят данни от използването на самооценъчни инструменти, като родителите сами оценяват стила си на възпитание, а резултатите се съпоставят с отговорите на децата и се проследяват по отношение на трети променливи [64, 147].

Семейната структура е изключително сложна и трудно може да бъде измерена. Изследванията са насочени към конкретен фактор и неговата връзка с конкретно разстройство, като суровата дисциплина с поведенчески проблеми [121, 148, 195, 308].

Повечето емпирични резултати при клинични изследвания са получени с помощта на два типа въпросници. Първият включва Parental Bonding Instrument (PBI) и неговата клинична версия Measure of Parenting Style (MOPS) [243, 244]. PBI обхваща две направления – полагане на грижи за децата и контрол върху поведението им, а MOPS включва и трето - малтретиране.

Вторият тип използвани въпросници са създадени за двамата родители, анкетирани поотделно. Те отчитат три фактора – отхвърляне и наказания, емоционална топлина и контрол и свръхпротекция - Egna Minnen Beträffande Uppfostran (EMBU- Own

Memories of Child Rearing Experiences)[251, 252]. Съществува английска и немска версия на въпросниците, а освен това кратка и дълга форма за всеки от тях. Късата включва 24 въпроса, а дългата – 81. Те осигуряват добри психометрични стойности. Въпросниците са преведени на английски и немски се различават по някои от въпросите на базата на културните различия в двете страни, но теоритичната основа е запазена (Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten, Recalled Parental Rearing Behavior) [34].

Късата версия на теста представлява надежден и валиден инструмент за определяне на родителското възпитание, използвайки спомените на възрастни за типа на възпитание [82]. Сравнително малкият брой въпроси помага за лесното му приложение и клинична работа. Поведението на майката и бащата, които отговарят отделно, се категоризира по скалата на Likert, използваща следните категории: едно „не“ – никога; две „да“ – понякога; 3 „да“ – често; 4 „да“ – винаги. Участниците оценяват всеки родител чрез специалните въпроси, откриващи трите търсени направления на възпитанието. За присъствие на топлота например се приема отговор, като „Моите родители ме хвалят“, за отхвърляне – „Моите родители ме критикуват и ми казват колко мързелив и безполезен съм, в сравнение с останалите. Резултатите, които показват високи стойности на тема отхвърляне означава, че присъстват спомени за отблъскващо родителско отношение и за наказания. Високите стойности на получените резултати в другите направления характеризират преобладаването на типа възпитание. Пример за свръхпротекция например е отговор, в който се казва „Имам чувството, че родителите ми се месят във всичко, което правя“. За цялостния тип възпитание се вземат предвид отговорите и на двамата родители, които се осредняват, а освен това се търси и корелацията между тях [230].

Вторият метод на изследване чрез директно наблюдение се използва значително по-рядко, защото е труден и отнема много време. При изследването се записва на видеозапис вербалното взаимодействие между юноши и техните родители при комплексна моторна задача. При повтарянето на задачата родителите са инструктирани, че могат да помагат на децата по всякакъв начин, но не и да я изпълняват вместо тях. Анализът на вербалната оценка се извършва по няколко начина. Те дават информация за степента на вмешателство и контрол от страна на родителя [92].

Недостатъците на тези изследвания са, че не осигуряват съпоставими

резултати, не откриват разлики при деца със и без тревожност и имат сериозни методологични ограничения. Въпреки тези трудности повечето изследвания показват, че родителите на тревожните са по-контролиращи от тези, на децата без тревожност [249].

Автори използват директното наблюдение и откриват доказателства, че родителите на тревожните деца ги насърчават да отбягват трудностите като стратегия за справяне [102, 103].

До този момент само две проучвания изследват връзката между възпитанието на родителите, измерено с EMBU-C и симптоми като страх и безпокойство [231]. При първото изследване децата попълват EMBU-C и Child Behaviour Checklist. The Child Behavior Checklist (CBCL) е широко използван метод за откриване на проблемно поведение при деца [30, 236].

Съществуват и алтернативни въпросници за учители (the Teacher's Report Form) и за деца (the Youth Self Report). Има две версии на въпросниците за деца, в зависимост от възрастта им. Първият е за деца от предучилищна възраст – от една и половина до пет години (preschool checklist - CBCL/1½-5). Училищната версия (CBCL/6-18) е за деца от шест до осемнадесет години. Въпросникът е важна част при измерване на емоционалния, поведенчески и социален аспект на живота на децата. Той се използва за диагностика на редица поведенчески и емоционални проблеми като хиперактивност, разрушително поведение, депресии, страх от отделяне, социална фобия и редица други специфични фобии [31].

Тестът съдържа редица ключови моменти, характеризиращи поведението на детето. За оценка отново се използва скалата на Likert: Стойност „0” се поставя, когато детето отговаря с „невярно”; Стойност „1” – при отговор „Понякога вярно”; Стойност „2” при „Често е вярно”. Въпросникът за предучилищна възраст съдържа сто въпроса, а за училищна - сто и двайсет [32]. Въпросите в теста са групирани за разкриване на съответния тип възпитание. Всяка съответна група въпроси разкрива симптом, а групирането им характеризират така наречения от авторите синдром, за съществуването на даден тип възпитание. Оформят се синдроми, като агресивно поведение, проблеми с интернализацията или екстернализацията и други. Използва се общата сума от отговорите по даден синдром. Така общата стойност от теста и тази, по

отделните синдроми характеризира поведението като нормално, гранично или патологично.

Рарее през 1997 доказва ролята на родителското поведение при отглеждане на деца за развитието на безпокойство и депресия [270]. Той прави обзор на литературата от редица области и доказва значението на отглеждането за развитие на тревожност. Методите, които използва имат своите ограничения, което не позволява да се изведат значими изводи. Сравнително малък брой проучвания изследват поведението при отглеждането чрез директен въпросник към родителите. Проведените интервюта описват родителите на тревожните деца като "контролиращи, свръхпротективни, отхвърлящи и критични" [44, 301].

Baumrind и колектив изследват подробно родителския стил на възпитание и определят три вида, установени чрез интервю с родители и деца, както и чрез наблюдение на взаимоотношенията между тях [53]. Те определят толерантен, авторитарен и авторитетен стил. По-късно въпросникът се използва при студенти, за да определят възпитателния стил според Baumrind [50]. Използваният метод е индиректно измерване на родителския прототип, който има редица предимства – ниска цена, може да се прилага от различни специалисти, възможна е стандартизация на инструмента на изследването и приложимостта му е голяма [54]. Има и някои недостатъци, което затруднява широкото му приложение – съдържанието на въпросника е на академично ниво, което прави трудно разбирането му, не може да се изследват прототипите на майките и бащите по отделно, Кронбах алфа-коефициентът по скалата на Кронбах е с умерена сила (60, 70 и 66, съответно за толерантни, авторитетни и авторитарни родители).

Друг автор коригира недостатъците и създава The Parental Authority Questionnaire [75]. Той използва по десет въпроса за всеки от четирите стила, оценено по пет степенна скала на Likert, разделени отделно за майки и бащи [75]. Тестът може да се използва при всички възрасти. Той включва три субскали, които отговарят на родителските стилове на Baumrind. Резултатът се отчита лесно като се сумира общия брой точки между 10 – 50.

Друга скала, използвана за оценка на родителското поведение е скалата Child-rearingPracticesReport(CRPR) [182]. Тя се използва за определяне на авторитарен,

авторитетен и толериращ аспект на възпитание. Изследването на детското поведение по време на лечението след локална анестезия е оценено чрез скала, вземаща предвид издаваните звуци, движенията на очите и движенията на тялото [62]. За повлияване на поведението се използват различни методи, като отделяне от родителя, отлагане на лечението, комуникация. Авторите изтъкват, че ефективната комуникация е необходима при всички пациенти, независимо от възпитанието [63]. Изследването осигурява предварителни доказателства, че детската реакция към възстановителни дентални процедури е повлияна от естеството на възпитателния стил [64].

Изследваните сами трябва да разделят твърденията на описателни, не е сигурно и неописателни. След това родителите трябва да определят, кои са най-описателни от описателните, най-неописателни от неописателните и така, докато всички твърдения се разделят в седем категории. Това затруднява много от участниците [63]. Оригиналният тест е Q-sort, който се използва в психологията за откриване на връзки между различни променливи [64]. Чрез факторен анализ се редуцират различните гледни точки до няколко фактора, които са сходни. Предимствата на този формат са намаленият брой отговори, но се прилага при малък брой изследвани лица. Този тип тестове се правят като се изброяват различни твърдения и отговарящият дава максимално най-близкия отговор. Изработен е компютърен софтуер за провеждане и отчитане на Q-тест online [63].

При своите изследвания Block открива, че когато факторният анализ се приложи на 91 въпроса, се откриват между 28 и 33 фактора [64].

По-късно други автори правят подобрения, като по-лесно попълване за по малко време чрез намаляване броя на въпросите на 40 и откриват по-смислена стратегия при отчитане на резултатите при по-малко фактори. Те използват въпросник вместо оригиналният Q-sort тест [272].

Авторите изследват голям брой хора с различен социален статус и от различни раси и при факторният анализ откриват два фактора – възискателност и отзивчивост. На базата на тези два фактора се очертават четирите типа родители [52].

Коефициентът на Кронбах се изчислява за двете групи. Резултатът от тази извадка служи като решение по двата фактора. Открити са редица недостатъци на

изследването. При изследването на коефициента на Кронбах в различните групи, той не е стабилен. Авторите казват, че резултатите остават същите, независимо от промяната на формата, което генерализира резултатите [167]. Не става ясно как корелират двата фактора в изследването на Block, защото се оказва, че са включени изследвани лица, които не са родители и не предават реалната ситуация, а само тяхната идея за възпитание на децата [63].

През 1996 Sanson използва Child-Rearing Practices Questionary (CRPQ) в своето изследване. Той се използва при родители на деца от 2 до 6 години и съдържа 30 твърдения, като родителят трябва да определи с пет степенна скала честотата на дадено твърдение [283, 284].

9. Анализ на литературния обзор

От направения преглед на известната ни литература става ясно, че усилията на изследователите са насочени към включването на родителя в повлияването на поведението на детето. Едновременно с това се разглеждат редица проблеми, които имат непосредствена взаимовръзка с възпитанието. Редица автори отчитат влиянието на начините, по които родителите въздействат на своите деца върху цялостното му поведение и върху поведението им в условията на лечение. На тази основа би могло да се потърси взаимовръзка между тези променливи и съответния тип поведение. В по-голяма част от проучванията като първо причина за определено поведение в дентален кабинет, свързана с възпитанието, се посочват техниките за дисциплиниране и колко свобода е позволена на детето. Не се намират научни изследвания относно цялостния комплекс на причини за негативно поведение в стоматологична среда, свързани със семейната среда. Тя представлява комплексна структура и само отделни нейни компоненти са свързани с определени поведенчески проблеми при децата. Резултати от подобно проучване биха изяснили значимостта на отделните причини за стимулиране на страха при децата в дентална среда. Информацията за начините на влияние на родителите върху детското поведение в дентална среда би допринесло за определяне на насоки при изработване на програми за родители.

Проучванията върху взаимоотношенията дете-родител върху влиянието на условията на денталната среда върху поведението на детето съвсем не изчерпват ролята на този фактор. Те оказват съществено влияние върху развитието на тревожност в

поведението на децата. Необходимо е по-задълбочено проучване при определянето на тази връзка, за да се постигне управление на детското поведение в желаната от денталния лекар посока.

Разбиранията на родителите за възпитанието на детето се отчитат като съществен елемент върху поведението на детето. Родителят влияе върху съдействието на детето в дентална среда, което определя успеха на лечението. Личностните особености на родителя оказват значимо влияние върху нивото на тревожност при децата. Посочени са надеждни скали за обективно поведенческо оценяване на родителя, които представляват психологически инструмент за откриване на родителското отношение по въпроси, свързани с възпитанието на детето и с общуването с него.

Под родителско отношение следва да се разбират разнообразни чувства по отношение на детето, поведенчески стереотипи, практикувани в общуването с него, особености на възприятието и разбирането на характера, на личността на детето и неговите постъпки. Включването на родителя в лечението и търсенето на причините за негативното поведение може значително намали стреса на детето.

Проучвания върху влиянието на родителското поведение в дентална среда показва, че то е определящо при избора на метод за повлияване на поведението при децата. Определянето на типа родители може да послужи да се предвиди определено поведение в денталния кабинет. Необходимо е по-задълбочено проучване върху различните типове родители и тяхното отношение към методите за повлияване на поведението.

Нерешени проблеми по въпроса

Направената литературна справка показва, че:

- в България не са провеждани проучвания, които изследват поведението на родителите в дентална среда;
- липсват данни за доминиращите характеристики в поведението на несътруднически родители;
- липсват съвременни данни за определяне на значимите рискови фактори от възпитанието в етиологията на денталния страх в периода на предучилищната възраст;

- не са известни методи за диагностициране на родителския стил на възпитание на родителите ;

- Не са прилагани техники за коригиране на негативните методи на възпитание за предотвратяване появата на страх при децата, които могат да се прилагат ефективно от лекарите по дентална медицина при лечение на деца в предучилищна възраст

- в България липсват данни за познанията за ролята на родителите и тяхното влияние преди и по време на денталното лечение на деца в ранна детска възраст

Взимайки предвид недостатъчно изследваните и все още нерешени въпроси по проучваната от нас тематика, установихме, че са необходими допълнителни проучвания. Така посочените предпоставки станаха основа за разработване на настоящия дисертационен труд.

СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ

II. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

Цел на настоящия дисертационен труд е да се установи връзката между родителския стил на възпитание и поведението на детето в дентален кабинет в предучилищна възраст.

За изпълнението на целта си поставихме **следните задачи**:

1. Да се определи относителния дял на децата с проблемно поведение в денталния кабинет между 4 до 6 – годишна възраст.
2. Да се характеризира типа родителско възпитание при деца между 4 и 6 години - авторитарно, авторитетно, толерантно и незаинтересовано.
3. Да се проучи връзката между типа родителско възпитание и поведението на детето в дентален кабинет.
4. Да се изработят модели за управление на поведението на децата в дентален кабинет чрез въздействие върху родителите.

III. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Пилотно проучване

Преди основното изследване през 2009 г беше планирано пилотно проучване. База за пилотното проучване е 51 ОДЗ – район „Илинден”. На случаен принцип бяха подбрани 2 групи от предучилищна група на възраст между 4 и 6 години. Броят на включените деца и техните майки е 84 (42 деца и 42 майки). Пилотното проучване включва дентален преглед на децата и пряка анкета поотделно за тях и техните родители. Дейността е извършена лично от дисертанта в частен дентален кабинет и специализиран кабинет в катедрата по ДДМ, ФДМ, МУ-София. Информацията от прегледите се записваше в индивидуални карти, където се регистрира възрастта, поведението на детето, оценено по скалата на Франкел и два въпросника към детето и родителя, за да се получи информация за начина на възпитание [28].

Основно проучване

1. Материал

Основното проучване е проведено в 3 детски градини в гр. София в периода 05.2013 г. - 11.2015 г. - 51 ОДЗ "Щурче", 53 ЦДГ „Света Троица”, ОДЗ 21 „Зора” в град София. Основанията за избор на тези детски градини са:

1. желанието за съдействие в процеса на изследването от страна на ръководствата на градините;
2. достатъчният брой деца, необходими за изследването.

Изследването обхваща две групи: 300 деца на възраст между 4 и 6 години и съответно 300 родители на съответните деца. В проучването участват майките на изследваните деца. Децата бяха подбрани според следните критерии за включване:

Включващи критерии:

- деца на възраст между 4 и 6 години;
- подписано информирано съгласие от родителя;
- език на общуване на детето – български език;

Исключващи критерии

- деца на възраст под 4 и над 6 години;
- деца със системни заболявания и изоставане във физическото развитие;
- деца с ментални и когнитивни разстройства;
- настоящо общо заболяване (настинка, скарлатина и др.);
- деца, подлагани на дентално лечение под обща анестезия;
- деца, изискващи спешна дентална помощ – травми, остър пулпит, периодонтит.

Родители, подбрани по следните включващи критерии:

- придружителят на детето, попълващ въпросника и присъстващ по време на лечението да е негов родител или настойник;
- език на общуване на родителя – български език;

- родителят да разбира и отговаря на всички въпроси, зададени от денталния лекар и във въпросника.

2. Методики

2.1. Клинични методи

Клиничното изследване беше стандартно за всяко дете и се определяше от условията:

- Осигуряване на стоматологичен кабинет с директно и индиректно осветление;
- Извършване на прегледа в един и същи интервал от време на деня;
- Дентален преглед с огледало и сонда;
- Почистване на съзъбието с четка и паста (професионална орална хигиена);
- Мнимо лечение (правят се всички действия като в едно обикновено лечение, но без наистина да се прави такова, измива се зъба, подсушава се, използва се турбината без да се работи по зъба, детето изплюва, след това се взема нискооборотната машина с кръгло борче, работи се с нея без да се доскосва зъба, но близо над него и т.н.).

2.2. Психологични методи

2.2.1. Оценяването на поведението на децата със скалата на Frankle

В настоящата работа поведението на всяко дете се оценяваше по оригиналната версия на скалата на Frankel , адаптирана от J. Machen и R. Johnson и цялостната оценка се изчисляваше въз основа на средната аритметична величина от оценките на поведението в пет етапа от денталната ситуация [128,131]. Оценката на децата се прави от двама независими изследователи в дентален кабинет от силно позитивни до силно негативни в пет различни момента:

1. При отделяне на детето от родителя;
2. Първа реакция на детето към обстановката в кабинета;
3. Отношение към денталния екип;

4. Поведение по време на почистването на зъбите с четка и паста;
5. Поведение след почистването на зъбите.

Чрез увеличаване на броя на изследваните поведенчески реакции намалихме пропуските при оценката на съществено за цялостната оценка поведение. Силно негативното поведение се регистрираше с код = 1, слабо негативното с код = 2, а слабо и силно позитивното съответно с код 3 и 4. Четирите степени, означени с цифри от 1 до 4, като всяка от тях означава и дефинира специфично поведение (Табл.3).

Таблица №3 Поведенческа скала на Frankel






Категория	Поведение	Определение
I категория	Силно негативни	Отказват лечение, оказват съпротива, силен страх, плач.
II категория	Слабо негативни	Страхливи, плачат, нервничат, оказват слаба съпротива.
III категория	Слабо позитивни	Възприемат лечението, но са предпазливи и резервирани, задават въпроси.
IV категория	Силно позитивни	Проявяват интерес към процедурите, липсват признаци на страх, осъзнават нуждата от лечение.

2.2.2. Методика за самооценка на детския дентален страх

За самооценка на денталния страх на децата допълнително беше използвана скалата за изследване на детския страх – дентална подскала (Children’s Fear Survey Schedule – Dental Subscale, CFSS-DS)[303]. За по-голяма точност и достоверност на отговорите при използването на този инструмент в изследваната от нас възрастова група използвахме картинния модифициран вариант на въпросника (Фиг.10).

Фигура №10 Скала за самооценка на детския дентален страх (CFSS-DS)

Картинките показват как се чувства детето при зъболекаря като 1 означава спокойно, 2-леко притеснено, 3- малко притеснено, 4-силно притеснено, 5–много разтревожено.

					
1. Зъболекар	1	2	3	4	5
2. Лекар	1	2	3	4	5
3. Инжекции	1	2	3	4	5
4. Ако някой да ти преглежда устата	1	2	3	4	5
5. Ако трябва да си отвориш устата	1	2	3	4	5
6. Ако непознат те докосне	1	2	3	4	5
7. Ако някой те гледа	1	2	3	4	5
8. Ако зъболекарят работи с машинката	1	2	3	4	5
9. Видът на зъболекаря с машинката	1	2	3	4	5
10. Звукът на машинката	1	2	3	4	5
11. Ако някой ти поставя инструменти в устата	1	2	3	4	5
12. Да се задушиш	1	2	3	4	5
13. Ако трябва да отидеш в болница	1	2	3	4	5
14. Ако видиш хора с бели престилки	1	2	3	4	5
15. Ако зъболекарят ти мие зъбите	1	2	3	4	5

За оценка на денталната тревожност се използва модифициран вариант на картинната скала за самооценка на тревожността на LeBaron (Faces Anxiety Scale)[303]. Цифрите от 1 до 5 съответстват на картинните изображения и осигуряват по-голяма точност и по-лесно описание на тревожността в изследваната от нас възрастова група. Като „1” означава „ изобщо не ме е страх”, код „2” – „съвсем малко ме е страх”, код „3”- „изпитвам известен страх”, код „4” - „доста ме е страх” и код „5” означава „ много

ме е страх”. В денталния кабинет всяко дете попълва въпросника с цел самооценка на детския дентален страх с помощта на денталния лекар.

Всеки участник избира лице, което най-добре описва денталния му страх за отделните 15 фактора. Крайният резултат е от 15 до 75 точки. Децата се категоризират в три групи според получения резултат:

- 1 ва група – деца със слаб страх – под 32 точки;
- 2 ра група – деца с риск от развитие на дентална фобия – от 32 до 38 точки;
- 3 та група – деца с дентална фобия – над 39 точки.

2.3. Анкетен метод

2.3.1. Оценка на родителското възпитание от децата

Въпросници с 26 въпроса бяха раздавани на всяко прегледано дете, като попълването им след прегледа в денталния кабинет. Подборът на въпросите е съгласуван с детски психолог. Всички въпроси в анкетите за децата са затворени и изискват един отговор. Описани са независимите променливи – пол и възраст на всяко дете. В картите за регистрация е отбелязано точната степен на поведението по скалата на Франкел.

Анкетите включват поведенческите независими променливи – осем въпроса говорят за любовта на майката, която детето усеща в детството си. Осем от въпроса са отговор на авторитарното поведение на родителя, девет от тях определят незаинтересовано поведение, седем са в отговор на толерантно, а пет въпроса определят авторитетното поведение. Денталният лекар попълва в анкетната карта отговорите на децата на насочените въпроси към основните характеристики на различния тип възпитание – авторитарно, авторитетно, толерантно и незаинтересовано.

Изследваните деца отговарят на всеки от въпросите по два възможни начина ("Да", "Не"). Всеки въпрос от теста получава цифрова оценка за определяне на съответния тип възпитание отговор „не“ – получава оценка 1, а отговор „да“ – оценка 2. Групата, получила оценка 2 е позитивна за съответния тип възпитание родителско поведение, а тази, получила оценка 1 е отрицателна за това възпитание.

Фигура № 11 Въпросник за деца

1. Помагат ли ти мама или татко дори, когато сам можеш да направиш нещо?	Да	Не
2. При всяко нещо, което правиш през деня ли са до теб?	Да	Не
3. Притесняват ли се, когато те водят на лекар?	Да	Не
4. Принуждават ли те да правиш това, което ти казват?	Да	Не
5. Наказват ли те строго, ако не го правиш?	Да	Не
6. Очакват ли от теб да правиш всичко, което ти кажат?	Да	Не
7. Позволяват ли ти да избираш какво да правиш?	Да	Не
8. Обясняват ли ти защо те наказват?	Да	Не
9. Често ли те наказват?	Да	Не
10. Често ли се ядосват и викат?	Да	Не
11. Позволяват ли ти да правиш всичко, каквото искаш?	Не	Не
12. Правят ли ти забележка, ако се държиш лошо?	Не	Не
13. Позволяват ли ти сам да правиш някои неща?	Да	Не
14. Разказваш ли им какво се е случило с приятелите ти?	Да	Не
15. Те интересуват ли се от това?	Да	Не
16. Говорите ли си често с мама и татко?	Да	Не
17. Знаеш ли как е правилно и как не е правилно да се държиш?	Да	Не
18. Разказваш ли им какво ти се е случило през деня?	Да	Не
19. Успокояват ли те, когато си разстроен от нещо?	Да	Не
20. Обичаш ли мама?	Да	Не
21. Мама обича ли те?	Да	Не
22. Мама винаги ли те обича?	Да	Не
23. Ако си постъпил лошо, мама казва ли ти, че няма да те обича?	Да	Не
24. Спиш ли в креватчето на мама?	Да	Не
25. Харесва ли ти да си играеш сам?	Да	Не
26. Предпочиташ ли мама да играе с теб?	Да	Не

При попълването на анкетата родителят отбелязва детска градина и група на детето. Съответствието между въпросника на родителя и въпросника и прегледа на детето става чрез съпадението на кодовете за детска градина и група. Авторитарен стил на възпитание беше определян от 8 въпроса, зададени към децата: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10. Незаинтересования стил беше определян от 9 въпроса, зададени към децата: 11, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 22, 23. Толерантният стил беше определян от седем въпроса: 7, 11, 13, 14, 15, 16, 18. Авторитетният стил на възпитание беше определян от 5 въпроса, зададени към децата: 8, 12, 13, 17, 19.

2.3.2. Самооценка на родителското възпитание

Въпросници с 37 въпроса бяха раздавани на родителите на прегледаните деца. За оценка на възпитанието при родителите се използва модифициран инструмент за

оценка на родителския стил (Child Rearing Practices Questionnaire – CRPQ) [275]. Избрани са някои от въпросите и е създадена система за оценка (Фиг.12).

При проучването на влиянието на родителите върху развитие на децата осем от въпросите определят авторитетното възпитание, девет въпроси определят незаинтересоваността на майката в процеса на възпитание, свръхпротективното възпитание се определя от осем въпроса, авторитарното от девет, а толерантното от осем. Два въпроса определят отношението на майката към денталното здраве на детето, а останалите 5 въпроса са насочени към средата, в която се отглежда детето, броя на децата в семейството, хората, които се грижат за детето и дали детето е планирано или случайно заченато. Всеки родител избира колко често проявява дадено поведение към детето. За всеки въпрос отговорите са означени в петстепенна скала по Ликерт [32] с цифри, със следните стойности: Стойност 1 – получава се при отговор „никога“; Стойност 2 – понякога, Стойност 3 – в половината от случаите, Стойност 4 – често, Стойност 5 - винаги.

Оценка на съществуващия авторитетен стил на възпитание се прави с помощта на следните осем въпроса - 4, 8, 18, 21, 24, 29, 30. За откриване на незаинтересовано поведение при възпитанието на децата се използва група от девет въпроса. Това са въпроси 8, 17, 18, 20, 23, 27, 28, 29. Някои от въпросите са използвани за характеризиране на друг тип възпитание, но за целта е определено различно оценяване, което формира индекса за характеризиране на възпитанието. За характеризиране на свръхпротективен стил на възпитание са използвани 8 въпроса, към които отново влиза 18 въпрос. Въпросите са 1, 2, 7, 13, 14, 15, 16, 18. За откриване на толерантно възпитание бяха определени 8 въпроса - 6, 7, 9, 14, 15, 16, 26, 28.

Фигура № 12 Въпросник за родители

	1	2	3	4	5
1.Криете ли сериозните проблеми от детето си?					
2.Ако сгрешите, признавате ли си пред детето?					
3.Оптимист ли сте?					
4. Вярвате ли, че всеки проблем има решение?					
5. Обичате ли реда в къщи?					
6. Дразните ли се, когато разпилява?					
7. Позволявате ли му да върши нещо само?					
8.Налагате ли стриктни правила?					
9.Дразните ли се, когато ги нарушава?					
10. Наказвате ли го?					
11 .Често ли прилагате сериозни наказания?					
12. Често ли се ядосвате и викате на детето си?					
13. Притеснявате ли се за здравето му?					
14. Оставете ли го да разкаже какво чувства на лекаря?					
15. Преразказвате ли усещанията му?					
16. Помагате ли му дори, когато знаете,че може исамо?					
17. Включвате ли се във всичко, което прави?					
18. Контролирате ли всичко, което прави?					
19. Принуждавате ли го да прави неща, които не харесва?					
20. Имате ли големи очаквания от детето?					
21. Обяснявате ли му защо трябва да направи нещо?					
22. Използвате ли фразата „защото аз казвам така“?					
23. Позволявате ли му да прави всичко, което иска?					
24. Можете ли да го контролирате?					
25. Мислите ли, че шляпването е добър начин да го накарате да се държи по-добре?					
26. Давате ли му възможност да решава само какво иска?					
27. Интересувате ли се от приятелите му?					
28. Имате ли търпение да го изслушате, когато ви разказва нещо?					
29. Обяснявате ли му ясно кое е правилно и кое не?					
30. Детето споделя ли с вас?					
31. Успокоявате ли го, когато е разстроено от нещо?					
32. Колко часа му позволявате да гледа телевизия? –.....					
33. Колко деца имате?				
34. Желали ли сте дете или стана случайно?	Да	Не			
35.Сами ли отглеждате детето си?	Да	Не			
36. Притеснявате ли се от обикновените медицински процедури?	Да	Не			
37.Водили ли сте го на зъболекар до сега?	Да	Не			

38. Как се държа там? 1=Няма проблем; 2 = не му е приятно, но позволява; 3 = съпротивлява се, но може да му се работи; 4 = изплашено е и не се работи лесно; 5= не позволява да му се работи.

Оценка на съществуващия авторитетен стил на възпитание

В оценката на авторитетния стил са включени следните осем въпроса - 4, 8, 18, 21, 24, 29, 30. Всеки въпрос от теста получава самостоятелна оценка и за определяне на съответния тип възпитание са прави сбор от получените точки за всеки включен въпрос, характеризиращ този тип. Определя се максимален и минимален брой точки за различните видове възпитание. От общия брой точки се формират три групи – позитивна за съответния тип възпитание родителско поведение, в която са включени случаи със сбор от стойностите 4 и 5, неутрална за съответния тип възпитание родителско поведение със стойност 3 и отрицателна за това възпитание – съ стойности 1 и 2. Общият сбор получени точки за всеки тип изследван родителски стил на възпитание е различен и зависи от броя на включените въпроси.

За авторитетния стил възпитание като позитивно се приема поведението на родителите събрало общ брой точки между 32 и 72. Неутрално за този стил поведение имат родителите, получили общо между 24 и 31 точки. Отрицателно е поведението, когато сборът получени точки е до 23. За авторитетно и толерантно възпитание позитивно се приема поведението на родителите събрало същия брой точки. За незаинтересовано възпитание като позитивно събрало общ брой точки между 36 и 81. Неутрално за този стил поведение имат родители, получили между 35 и 27, а отрицателно е когато сборът на получените точки е до 27.

Освен използваният общ брой точки за класифициране на родителското поведение като позитивно, неутрално или негативно за всеки тип възпитание, беше определян и индивидуален индекс, получен от средно аритметичната стойност на получените стойности от 0 до 5. Този индекс беше използван за сравнение и анализ на получените резултати. Индексът е позитивен при стойности близки до 5, неутрален при стойности близки до 2,5 и негативен близо до 0.

Отчетено е поведението на родителите по отношение на авторитетност. Отчетена е средната стойност на точките за групата. Сравнени са средните стойности на индекса в трите групи. Ако стойностите са в горната граница на индекса, това значи, че тези родители са действали по този начин само понякога. Ако стойностите са в долната граница на индекса, тогава родителите са действали почти винаги и стойности, близки до неутралното говорят за дадено действие в половината от случаите.

Оценка на съществуващото незаинтересовано родителско възпитание

За откриване на незаинтересовано поведение при възпитанието на децата се използва група от девет въпроса. Това са въпроси 8, 17, 18, 20, 23, 27, 28, 29. Някои от въпросите са използвани за характеризиране на друг тип възпитание, но за целта е определено различно оценяване, което формира индекса за характеризиране на възпитанието. От тях три въпроса – 8, 18, и 29 са използвани отново. Сега те са оценени в зависимост от търсеното ново качество и получават различни стойности на индекса за позитивност, неутралност и негативност и резултатите от тези въпроси са с друга стойност и значение.

Оценка на свръхпротекцията като родителски стил на възпитание

За характеризиране на свръхпротективен стил на възпитание са използвани 8 въпроса, към които отново влиза 18 въпрос. Въпросите са 1, 2, 7, 13, 14, 15, 16, 18. Ето защо данните за него ще бъдат ползвани за общия анализ и няма да се разглеждат отново резултатите от него. Определят се белезите на свръхпротекция и резултатите са анализирани по този критерий. Родителите се разделят на три групи – на негативни, неутрални и позитивни за свръхпротекция.

Оценка на толерантния стил на възпитание

За откриване на толерантно възпитание бяха определени 8 въпроса (6, 7, 9, 14, 15, 16, 26, 28).

2.3.3. Степен на съгласуваност между оценките на възпитанието на родителите, дадени от самите тях и от децата

Сравнява се индекса за всеки тип възпитание. В зависимост от неговите стойности и сравнението им между деца и родители се допуска присъствие на дадено възпитание. Високите стойности на индекса при деца ни кара да се съмняваме в родителските отговори и да допускаме значително по-високо присъствие на дадено възпитание.

Авторитарният стил на възпитание беше определян и бяха сравнявани следните въпроси при деца и родители – 1 деца -16 родители, 3- деца – 13 родители, 4- деца- 19 родители, 9-деца- 11 родители, 10 деца- 12 родители.

Незаинтересованият стил на възпитание беше определян и бяха сравнявани следните въпроси при деца и родители – 11 деца -23 родители, 12- деца – 29 родители, 14,15- деца- 27 родители, 16-деца- 30 родители, 18,19 деца- 28 родители.

Толерантният стил на възпитание беше определян и бяха сравнявани следните въпроси при деца и родители – 14 деца -27 родители, 13- деца – 7 родители, 18- деца- 28 родители, 9-деца- 11 родители, 10 деца- 12 родители.

Авторитетният стил на възпитание беше определян и бяха сравнявани следните въпроси при деца и родители – 8 деца -29 родители, 12- деца – 21 родители, 17- деца- 29 родители, 19-деца- 21 родители.

Определяне връзката между родителския стил на възпитание и поведението на детето в дентален кабинет

За да потърсим връзката на родителския стил на възпитание за формиране на проблемно поведение в денталния кабинет, разделихме отговорите на родителите на трийсетте въпроса в четири групи, в зависимост от поведението на децата, класифицирано по скалата на Франкел. Търсят се достоверни зависимости между родителското възпитание и детското поведение в денталния кабинет за отделните въпроси. Определени са въпросите, които разкриват определен тип възпитание. Определено е кое възпитание води до по-негативно настроени деца към денталното лечение.

2.4. Корелационни зависимости

Корелация между родителския стил и поведението на децата, получена от отговорите на родители и деца

За целта разделихме цялата група изследвани родители, в зависимост от поведението на децата, разпределени в четири степени по скалата на Франкел – силно негативни (Франкел 1), слабо негативни (Франкел 2), слабо позитивни (Франкел 3) и

силно позитивни (Франкел 4). Във всяка от четирите групи оценихме за всеки един от трийсетте въпроса към родителите, позитивните и негативни за всеки белег случаи, определящи стила на възпитание. Потърси се корелация между степента на поведението и присъствието на определени черти на родителския тип възпитание.

Влиянието на родителския стил възпитание за изграждане поведението на детето в денталния кабинет беше проверено още веднъж както този път се търсеше потвърждение на предварителните хипотези в отговорите на самите деца. От проведеното изследване на 26-те въпроса към децата беше установено в отговорите на кои въпроси липсва корелационна зависимост.

Изработване на материали

Управлението на поведението на децата в дентален кабинет чрез въздействие върху родителския стил на възпитание стана възможно на базата на получените резултати на предишните задачи. Включва три аспекта – диагностика на рисковото родителско възпитание, определяне стила на възпитание и моделиране на родителския стил. За определяне на рисковото родителско възпитание бяха използвани резултатите от трета задача, въпросник за родители (фиг.12) и въпросник за деца (фиг.11).

На базата на получените резултати относно връзката и корелацията между родителското възпитание и поведението на децата в дентален кабинет бяха определени поведенческите моменти във възпитанието, които категорично са свързани със създаване на негативно поведение. Такива са:

- прекаленото притеснение на родителите за здравето на детето, предаващо страхове и негативизъм;
- прекалено големите родителски очаквания към детето, които очевидно изграждат негативизъм в децата;
- липсата на търпение в родителите за вникване в детския свят и проблеми, което ги подготвя за подобно отношение към всеки човек, включително и към денталния лекар, имащ за цел да му помогне;
- липсата на оптимизъм в родителя, което формира негативизъм, недоверие и тревожност при всяка нова ситуация;

- родителското раздражение от наложените правила, от разпиляване и нарушаване на реда, което изгражда в децата усещането, че грешат, но са неразбрани;
- физическото наказание, изграждащо негативизъм и недоверие;
- прикриването на проблемите в семейството, при което детето усеща напрежението, но не намира нито причини за това, нито решение за ситуацията и това води до затваряне и негативизъм;
- непризнаването на родителските грешки пред детето, което създава в детето когнитивен дисонанс, довеждащ до загуба на доверие както към родителя, така и към всеки възрастен, опитващ се да изисква нещо от него.

Тези основни моменти от възпитанието, които категорично са свързани с формиране на негативно поведение в децата бяха оформени във въпросник за родителите, съставен от 8 въпроса.

Освен информацията от родителите, такава беше получена и от децата. Те свидетелстваха за други елементи от възпитанието, за които се доказва, че влияят за изграждане на негативно поведение в дентален кабинет:

- Усещането за липса на любов и подкрепа, липса на интерес към детския свят, липса на успокояване, когато детето е разстроено;
- Налагане на изисквания към децата, без да се разяснява смисъла и необходимостта от това;
- Строгите наказания;
- Свръхпротекцията;

На базата на тези доказани елементи във възпитанието, формиращи негативно поведение в дентален кабинет беше създаден за децата анамнестичен тест от 7 въпроса за откриване на риска за изграждане на негативизъм. Чрез двата теста се откриваше рисковото родителско възпитание. При откриване на такова се преминава към втората сфера на изследването – откриване на рисковия стил на родителско възпитание. Бяха търсени двата стила, достоверно свързани с формиране на детски негативизъм в денталния кабинет – авторитарен и свръхпротективен. Търсят се и онези елементи от авторитетния стил, при липсата на които се изгражда негативно възпитание. Използвайки най-силно свързаните с негативното влияние върху децата елементи, характеризиращи съответния стил на възпитание бяха изработени три

кратки въпросници за всеки един от тях. Откриването на преобладаващо използвания родителски стил при съответното дете показва насоката за моделиране на възпитателните подходи на родителите.

За всеки един от двата открити родителски сила, водещи достоверно до негативно поведение на децата бяха изработени указания за моделиране на родителския подход към детето. Тези указания се оформяха на базата на няколко принципа:

- Да се обхванат всички най-рискови елементи във възпитанието за всеки стил;
- Да се избегне вменяване на вина в родителя от прилагания стил;
- Да се използват позитивни послания;
- Да бъдат кратки, ясни и разбираеми.

Освен указанията насочени към коригиране на открития рисков стил, на всеки родител бяха връчени и указания за укрепване на авторитетния стил на възпитание, изработени на базата на същите принципи.

Методика на действието

При първото посещение на всяко дете се прави оценка на рисковото възпитание на родителите, като част от общото изследване на детето.

При установяване на рисково възпитание се пристъпва към диагностика на родителския стил на възпитание.

След установяване на прилагания стил на възпитание се провежда разговор с родителя за запознаването му с необходимостта от подпомагане на детето за преодоляване на негативното му поведение. Изтъква се, че освен помощта от денталния лекар, родителят трябва активно да съдейства чрез получените указания. Обяснява се смисъла от изискваните действия, включени в указанията и позитивният ефект, който биха имали върху детското поведение. Родителят се стимулира да прилага указанията във всеки един момент от деня. Остава се време от един месец до следващия преглед, в което родителят трябва да прилага указанията и да държи телефонна връзка с денталния лекар всяка седмица за споделяне на резултатите, за нови указания или за корекции при нужда. След първия месец се пристъпва към лечение или мнимо лечение, ако детето все още не е готово за реалното. В хода на това лечение се установяват

напредъка или липсата му чрез контролни манипулация и добронамерен разговор. Отново се мотивира родителя и в зависимост от постигнатото се прави подбор в нужните указания или се акцентира на някои от тях. От този момент прегледите трябва да става веднъж седмично и постепенно да зачестяват и да се включва реално лечение. Всяко посещение включва ремотивация на родителя и включване на стандартните методи за повлияване на детското поведение.

2.5. Статистически методи

Данните бяха въведени в база данни на MS Excel и изчетени и обработени със статистически пакет SPSS 19. За ниво на значимост, при което се отхвърля нулевата хипотеза, е избрано $p < 0,05$. Бяха използвани следните методи:

1. Графичен анализ – за визуализация на получените резултати;
2. Дескриптивен анализ – в табличен вид е представено честотното разпределение на разглежданите признаци;
3. Вариационен анализ - при описание на количествените показатели с нормално или близко до нормалното разпределение;
4. Алтернативен анализ – за сравняване на относителни дялове;
5. Корелационен анализ – за количествена оценка на зависимостта между изследваните признаци;
6. Т-тест на две зависими извадки (Paired Simple Test) – проверка за равенство на две средни при нормално разпределение;
7. Непараметричен Student's test – за проверка на хипотези за различие между две независими извадки;
8. Едно факторен дисперсионен анализ (OneWayANOVA) - за сравняване на повече от две средни стойности.

IV. Собствени резултати

1. Резултати по първа задача

Поведението на детето към денталното лечение беше изследвано чрез няколко скали, за да може да се характеризира по-пълно. Беше използвана скалата на Франкел, тестово определяне с помощта на 15 въпроса и картинен тест.

Таблица №4 Разпределение на децата по скалата на Франкел

Степен по Франкел	Брой деца	%
1	24	8%
2	106	35,33%
3	131	43,67%
4	39	13%
Общо	300	100%

При определяне на поведението на децата по скалата на Франкел се вижда, че негативните деца общо са 43,33%, а позитивните 56,67%. Става ясно, че малко повече от половината от групата изследвани деца са позитивно настроени към денталното лечение, но една значимо голяма група са с негативно отношение. Разпределението на негативните и позитивните деца е почти изравнено. В групата на негативните 8% са силно негативни, които създават сериозни затруднения на денталните лекари, защото този факт показва, че приблизително всяко дете от десет има проблемно поведение в кабинета.

Другата използвана скала за установяване на детското поведение е скала за изследване на детски страх- дентална подскала (CFSS-DS), която се основава на тест от петнадесет въпроса, зададени към детето. В този тест се взема предвид не само безпокойството на детето в денталния кабинет, но и към други ситуации и медицински манипулации, като се цели да се получи цялостна представа за поведението на детето и изградения у него позитивизъм или негативизъм.

Оценката на поведението също както и при скалата на Франкел, става с четири степени, което улеснява сравнението на получените резултати.

За да направим сравнението обединихме слабо негативните и слабо позитивните в една група и за двата теста. Тази група нарекохме група с риск от дентална фобия.

Таблица №5 Разпределение на децата чрез скалата за изследване на детски страх CFSS-DS

Група	Брой деца	%	Сума от точки	\bar{X}	SD
Слаб страх	142	47,33	3641	25,64	4,83
Риск за дентална фобия	61	20,33	2081	34,11	1,84
С дентална фобия	97	32,23	5000	51,55	9,05

Както и чрез скалата Франкел, така и с този тест най-голямата част от децата са позитивните или с минимален страх. Това се доказва както с разпределението на децата, така и от сумата на точките, събрани при изследването. Този тест е почувствителен към денталната фобия и се откриват повече такива деца. Ако се обединят тези деца децата с тези със риск от дентална фобия се получава една значителна група, която има нужда от повлияване.

Таблица №6 Разпределение на децата по скалата на Франкел с обединяване на групите

Група	Брой деца	Сума от точки	\bar{X}	SD
Първа (4)	39	156	4,00	0,00
Втора (3 и 2)	237	605	2,55	0,50
Трета (1)	24	24	1,00	0,00

При обединяване на групите по скалата на Франкел с малки различия има подобно разпределение, както с другата използвана скала.

Сравнявайки разпределението на децата в трите категории – със слаб страх, риск от дентална фобия и наличие на дентална фобия получихме много висока степен на корелация между двата теста ($r = -0,8656$). Тази корелация показва, че резултатите от двата степен с много висока степен на достоверност дават еднакви резултати при

отчитане поведението на децата в дентален кабинет. Освен това се вижда, че има негативна корелация, което в случая означава, че най-много са децата със слаба фобия, а най-малко – с дентална фобия. Въпреки това обаче, за работата в дентален кабинет с деца на изследваната възраст значение има голямата група деца с риск от фобия, които трябва да се изследват, за определяне на причините и за намаляване на този риск.

Освен това направихме корелация и с точките, които получават в тези групи. И тук се получи висока степен на отрицателна корелация ($r=-0,7634$). Или и този резултат показва сходните данни, получени с двата метода на изследване. Проверката валидизира резултатите, получени по двата начина, поради което продължихме търсенето на корелация между родителския стил на възпитание и поведението на детето в денталния кабинет чрез резултатите, получени по скалата на Франкел.

2. Резултати по втора задача

Определянето типа на родителското възпитание беше реализирано чрез анкетиране на родителите и анкетиране на децата.

Определяне на типа родителско възпитание чрез анкетиране на родителите

Анализ на съществуващия авторитетен стил на възпитание според отговорите на родителите (въпроси 3,4,8,18,21,24,29,30).

Таблица№7 Определя ли се майката като оптимист?

Въпрос 3	Позитивни	Неутрални	Негативни	Общо
Брой отговори	191	72	37	300
%	63,66%	24%	12,33%	100%
Брой точки	852	216	72	1140
\bar{X}	4,43	3	1,94	3,8
$\pm SD$	0,55	0,0	0,22	0,97
t, p	t п,о=12,6 p<0,001	t нутр,о=14,8 p<0,0001	t н,о=35,33 p<0,0001	

Първият въпрос от групата, която характеризира авторитетното възпитание е дали майката е оптимист. Предполага се, че оптимистично настроените могат да се отнасят със спокойствие при възникването на проблеми при възпитанието и отглеждането на децата и това би позволило авторитетно поведение. Като цяло групата на анкетиранията има средно 3,8 точки, което ги класифицира в групата на неутралните, които могат да се определят като умерени оптимисти, тъй като подхождат с оптимизъм в половината от случаите. Родителите, които попадат в групата на оптимистите са 63,66% от всички. Те имат средно 4,43 точки. Този резултат е значимо по-висок от общата стойност за групата, което се потвърждава с голяма достоверност. Това показва, че близо две трети от майките подхождат със значителен оптимизъм при отглеждането на децата си. Случаите, които са неутрални по отношение на оптимизма са 24%. Те имат стойност 3, която е по-ниска от средната за групата. В групата присъстват и песимисти, които са 12,33%. Тяхната стойност е 1,94 и е достоверно по-ниска от средната за групата.

Таблица №8 Вярва на майката, че всеки проблем има решения

Въпрос 4	Позитивни	Неутрални	Негативни	Общ брой
Брой отговори	209	63	28	300
%	69,66%	21%	9,33%	100%
Брой точки	947	189	55	1314
\bar{X}	4,53	3	1,96	4,38
$\pm SD$	0,5	0,0	0,18	0,89
t, p	t п,о=2,5 p<0,05	t неут,о=8,62 p<0,0001	t н,о=18,57 p<0,0001	

Като допълнение към горния въпрос е следващият, в който питаме по друг начин майките дали вярват, че всеки проблем има решение. В цялата група средната стойност от получените точки е 4,38, която попада в групата на уверените и оптимистични майки. Тази стойност за групата на позитивните отговори е малко по-висока, но разликата между тях е статистически достоверна. Това е и достоверно най-голямата група от всички и показва категоричният оптимизъм на майките при отглеждането на децата си. Тази група отговаря на групата оптимистични майки от първия въпрос, поради липсата на достоверна разлика между тях ($t=1,27$, $p>0,05$). Неутралните родители, които в половината от случаите смятат, че проблемите могат да се решават са 21% и те са с достоверно по-малък брой точки. Групата майки, които смятат, че никога или само понякога проблемите могат да се решават са едва 9,33%, достоверно най-малко. Тяхната стойност е 1,96, която е достоверно по-ниска от всяка друга група. Ако се сравни частта на майките, които подхождат с песимизъм при отглеждането на децата си не се открива достоверна разлика при отговора на двата въпроса ($t= 0,38$, $p>0,05$).

Таблица №9 Налагане на стриктни правила от майката при възпитанието

Въпрос 8	Позитивни	Неутрални	Негативни	Общ брой
Брой отговори	136	87	77	300
%	45%	29%	26%	100%
Брой точки	573	261	140	974
\bar{X}	4,21	3	1,81	3, 24
\pm SD	0,38	0,38	0,41	1,04
t, p	t п,о=16,15 p<0,0001	t неут,о=4,8 p<0,0001	t н,о=39,66 p<0,0001	

Създаването на стриктни правила при възпитанието канализира поведението на детето, не допуска екстремни ситуации и създава авторитет на майката, който позволява изграждане на спокойствие и уравновесеност в детето. 45% от майките се водят от стриктни правила при възпитанието на детето. Тяхната средна стойност на получените точки е 4,21, което показва, че вътре в групата отговорите са по-близки до честото придържане на правила, отколкото до следването на абсолютните правила. Това е много по-уравновесена позиция, отколкото непоколебимото следване на създадените правила. Приблизително равни са останалите две групи – на родителите, които само в половината от случаите следват правилата и тези, които почти никога не следват такива. Между тези две групи няма достоверна разлика ($t=0,43$, $p>0,05$). Групата, която не следва правила има средно 1,81 точки, което означава, че повечето от майките в тази група само понякога налагат правила. Може да се каже, че приблизително една трета от майките не обръщат особено внимание на правилата при отглеждането на децата си и това създава възможност децата да налагат собствените си желания и да контролират поведението на майките си. Такива деца могат да представляват сериозен риск за трудно овладяване на поведението в денталния кабинет. Отговорите на тази група категорично се отличава от всяка група, включително и от неутралните майки. Като цяло анкетираните майки имат 3,24 точки, което ги поставя в групата на следващи правила в половината от случаите. Този факт показва предпоставка за относително лесно създаване на нестабилно поведение на децата в денталния кабинет, поради нестабилния авторитет на родителите. Общият среден индекс е достоверно по-нисък от този, за позитивните ($t_{о,п}=16,15$, $p<0,0001$), но достоверно по-висок от групата на неутралните ($t_{неут,о}=4,8$, $p<0,0001$).

Таблица №10 Съществува ли родителски контрол на детското поведение

Въпрос 18	Позитивни	Неутрални	Негативни	Общ брой
Брой отговори	121	79	100	300
%	40,33%	26,33%	33,33%	100%
Брой точки	525	237	188	1314
\bar{X}	4,33	3	1,88	4,38
$\pm SD$	0,56	0,00	0,67	1,02
t, p	t п,о=0,13 p>0,05	t о,неутр=23 p<0,0001	t неутр, нег=18,66 p<0,0001	

Горният въпрос подсилва информацията за наличието на родителски авторитет при възпитанието на децата. По-малко от половината от родителите (40,33%) смятат, че могат да контролират поведението на децата си. Средната стойност от получените точки в тази група е 4,33, което показва, че това става в повечето от случаите, но не винаги. И по отношение на този въпрос останалите две групи си поделят приблизително по една трета от майките, тъй като липсва достоверна разлика между тях ($t=1,08$, $p>0,05$). Групата на майките, които не могат да контролират поведението на децата си получават средно 1,88 точки, което означава, че само понякога успяват. Като цяло средните точки в групата са 4,38, което показва, че майките в повечето от случаите могат да контролират поведението на децата си, или че бихме могли да получим подкрепа от тях при лечението на децата им в денталния кабинет. Резултатът е достоверно различен от този, в първата група, тъй като липсва достоверна разлика между цялата и тази, контролираща поведението на децата. Достоверна разлика има между стойностите на двете останали групи.

Таблица №11 Обяснява ли се на детето защо трябва да постъпва по определен начин

Въпрос 21	Позитивни	Неутрални	Негативни	Общ брой
Брой отговори	232	49	19	300
%	77.33%	16,33%	6,33%	100%
Брой точки	1091	147	37	1275
\bar{X}	4,7	3	1,94	4,25
$\pm SD$	0,42	0,0	0,45	0,89
t,p	t о,п=9 p<0,0001	t неутр,н=10,6 p<0,0001		

Интересен е резултатът от горния въпрос. Близко две трети от всички майки посочват, че обясняват на децата си защо изискват от тях определено поведение. едните точки в тази група е 4,7, което попада в групата, действаща винаги по този начин. Тази стойност обаче е достоверно по-висока от тази, на майките, които реално контролират поведението на децата си ($t = 7,4, p < 0,0001$). Това означава, че по-голямата част от всички майки обясняват на децата си защо трябва да правят нещо, но това не е достатъчно, за да могат да контролират поведението им. При такъв резултат могат да съществуват две обяснения – или майките отговарят на този въпрос така, както се очаква от тях, или контрол върху поведението на децата не може да се постигне с разумна аргументация на поведението. По-вероятно е да се допусне първото, че майките в този случай са нагаждали отговорите си към очакваното. При този въпрос майките, които откровено признават, че не обясняват на децата си защо трябва да действат по определен начин са едва 6,33% и те имат доста висока стойност за тази група – 1,94. Тя е по-близка до отговора, че само понякога, а не винаги обясняват. Средната стойност е достоверно по-ниска от неутралните майки ($t_{\text{неутр},n=10,6, p < 0,0001$).

Таблица № 12 Присъствие на родителски контрол

Въпрос 24	Позитивни	Неутрални	Негативни	Общ брой
Брой отговори	188	68	44	300
	62,66%	22,66%	14,66%	100%
Брой точки	831	204	82	1117
\bar{X}	4,42	3	1,86	3,72
$\pm SD$	0,78	0,97	0,99	1,21
t,p между % отговори на 4 и 6 въпрос	t 6,4= 3,98 p<0,001	t 4,6=0,52, p>0,05	t 4,6=3,12 p<0,01	p<0,0001
t,p между x,4 и 6	t 4,6 = 1,28 p>0,05	0	t 4,6=2,62 p<0,05	t 4,6=8.25 p<0,0001

Този въпрос отново се поставя на майките по малко по-различен начин след няколко други въпроса, за да се постигне по-голяма обективност на отговорите. Когато се сравни средната стойност на точките при двата въпроса, получени в цялата група се вижда достоверно по-ниска средна стойност за второто задаване на въпроса (Табл.12). Този втори резултат вероятно е по-точен. Докато при първото запитване средно групата родители спада към позитивните родители за контрол на децата си, то при повторното запитване, отговорите попадат към неутралната група, която може да контролира децата си в половината от случаите. Този резултат е и по-вероятният. При второто запитване значително по-голям брой родители дават отговор, че могат да контролират децата си ($t_{6,4} = 3,98$, $p < 0,001$), но няма достоверна разлика в средните стойности на получените точки в тази група ($t_{4,6} = 1,28$, $p > 0,05$), което потвърждава факта, че някои от родителите са променили отговорите си след запитването дали обясняват на децата си защо трябва да действат така. В групата на неутралните няма достоверни разлики, а в групата на негативните за авторитетно възпитание вторият път вече има достоверно по-малък процент отговорили, както и средните точки са по-ниски. По-ниският процент на отговорите потвърждава движението на отговорите към позитивната група, а по-ниската средна стойност на точките говори, че в тази група са останали случаите с по-слаб контрол.

Таблица № 13 Обясняват ли родителите кое е правилното поведение?

Въпрос 29	Позитивни	Неутрални	Негативни	Общ брой
Брой отговори	256	26	18	300
%	85,33%	8,66%	6%	100%
Брой точки	1212	78	35	1325
\bar{X}	4,73	3	1,94	4,41
$\pm SD$	0,44	0,45	0,23	1,02
t, p %	t=2,27, p<0,05	t= 1,00, p>0,05	t=0,04, p>0,005	
t, p x	t=0,78, p>0,05	t=0,01, p>0,05	t= 2,28, p<0,05	

Този въпрос отново е контрол на преди зададен подобен въпрос (въпрос 5) с цел обективизиране на получената информация. Тук акцентът е за създаване на правилно поведение, във връзка с родителските ценности. Като цяло при повторното задаване на въпроса има по-висока средна стойност на получените точки, което е потвърдено с най-малката достоверност (t= 2,28, p<0,05). Това показва отново малко по-добър резултат при повторното задаване на въпроса мили нагаждане на отговорите към очакваното. Тази констатация се потвърждава при сравнение на групите, позитивни за авторитетно възпитание. Вторият път родителите там са достоверно повече (t=2,27, p<0,05), макар при сравнението на средните стойности от точките да липсва достоверна разлика. В другите групи не се открива достоверна разлика.

Таблица №14 Споделяне на детето

Въпрос 30	Позитивни	Неутрални	Негативни	Общ брой
Брой отговори	247	32	21	300
%	82,33%	10,66%	7%	100%
Брой точки	1107	96	41	1244
\bar{X}	4,48	3	1,95	4,14
$\pm SD$	0,45	0,0	0,35	0,56
t, p	t ₀ ,p= 8,09 p<0,0001	t неутр, n=0,49p>0,05		

Този въпрос се задава, за да се провери дали авторитетът на родителите предразполага детето към споделяне. Тук позитивните са 82,33, което според родителите отговаря на значително доверие към тях. Неутралните отговори представляват само 10,66%, а негативните едва 7%. Средната стойност на точките в цялата група е 4,14, което е стойност по-близка до ситуацията в която децата често, но не винаги споделят с родителите си. Подобен е и резултатът в групата на позитивните. Те обаче са с достоверно по-висока средна стойност, макар и тук да не преминава към случаите, в които децата винаги споделят с майките си. Групата на неутралните е относително ниска, докато в групата на негативните средната стойност е близка до ситуацията, в която децата само понякога споделят. Няма достоверна разлика между тях. Тези две групи трябва да се приемат като евентуален риск за създаване на негативно поведение в денталния кабинет.

Таблица № 15 Общи резултати за присъствие на авторитетен стил на възпитание според родителите

Общо	Позитивни	Неутрални	Негативни	Общ брой
Брой отговори	1580	476	344	2400
%	65,88%	10,83%	14,33%	100%
Брой точки	7138	1428	650	9216
\bar{X}	4,51	3	1,88	3,84
$\pm SD$	0,46	0,0	0,38	0,47
t, p	$t_{0,+} = 50, p < 0,0001$	$t_{\text{неутр}}, n=56, p < 0,0001$		

От обобщените резултати на въпросите, отговарящи на степента на авторитетност при възпитанието, нанесени в таблица 15 се вижда, че като цяло анкетираните родители попадат в групата с неутрално поведение по отношение на авторитетността. Средната стойност точки за групата е 3,84. Това е в горната граница на неутралните отговори. Тълкуванието на резултата показва, че средно анкетираните майки в половината от случаите имат авторитетно поведение. В групата на позитивните за авторитетно поведение попадат 65,88% от случаите. Тези родители имат достоверно по-висока средна стойност на индекса за авторитетност ($t_{0,+} = 50, p < 0,0001$). Достоверно по-високи са и стойностите на неутралните, в сравнение с негативните. Трябва да се

отбележи обаче, че негативните са в горната граница на индекса, което показва, че тези родители действат само понякога авторитетно, но не никога. При всички случаи не трябва да се пропускат тези 14, 33%, които нямат авторитетно поведение, а заедно с още 10,83% на неутралните за авторитетност, действащи само в половината от случаите така представляват близо една четвърт от всички. Това трябва да е сигнал, че една четвърт от всички деца са с потенциален риск от проблемно поведение в денталния кабинет.

Анализ на съществуващото незаинтересовано родителско възпитание

За издирване на незаинтересовано поведение при възпитанието на децата беше оформена група от девет 8,13,17,18,20,23,27,28,29. Някои от въпросите са използвани за характеризиране на друг тип възпитание, но за целта е определено различно оценяване, което формира индекса за характеризиране на възпитанието. За анализа на този тип възпитание бяха използвани 9 въпроса. От тях три въпроса – 8, 18, и 29 са използвани отново. Сега те са оценени в зависимост от търсеното ново качество и получават различни стойности на индекса за позитивност, неутралност и негативност, поради което отново представихме резултатите от тези въпроси, но сега с друга стойност и значение.

Таблица № 16 Налагат ли родителите стриктни правила?

8 въпрос	незаинтересовани	неутрални	заинтересовани	Общо
Брой отговори	77	87	136	300
%	25,66%	29%	45,33%	100%
Брой точки	322	261	243	826
\bar{X}	4,18	3	1,78	2,75
$\pm SD$	0,38	0,38	0,41	1,04
t, p	$t_{n,0}=23,83,$ $p<0,0001$		$t_{0,3}=16,16,$ $p<0,0001$	

От горната таблица става ясно, че една четвърт (25,66%) от родителите са незаинтересовани за възпитанието на децата, като никога или почти никога не налагат правила. Близо една трета (29%) от родителите са неутрални, което означава, че в 50%

от случаите те не са заинтересовани да възпитават децата си. Средната стойност на индекса при незаинтересованите родители е достоверно по-нисък от този, за цялата група. По-малко от половината майки (45,33%) са заинтересовани и налагат правила при възпитанието. Средната стойност на индекса е по-близка до значението, че правила се създават често, което е достоверно повече от общата група ($t_{0,3}=16,16, p<0,0001$). От анализа на таблицата може да се направи заключение, че повече от половината от майките не проявяват особена заинтересованост към създаване на правила във възпитанието, а една четвърт от тях проявяват подчертана незаинтересованост. По отношение на този критерий риск за създаване на рисковото поведение в децата носи възпитанието на повечето от децата.

Таблица № 17 Родителско притеснение за здравето на детето

13 въпрос	незаинтересовани	неутрални	Заинтересовани	Общо
Брой отговори	29	24	247	300
%	9,66%	8%	82,33%	100%
Брой точки	118	72	321	511
\bar{X}	4,06	3	1,29	1,7
$\pm SD$	0,25	0,0	0,46	1,13
t, p	$t_{n,0}=13,8, p<0,0001$		$t_{3,0}= 4,1, p<0,001$	

В цялата група на анкетираните средният индекс е в границата на заинтересованите родители – до 2. Все пак е в горната му граница, което говори за често притеснение за здравето на детето. Групата на заинтересованите майки за здравето на децата си попадат по-голямата част от анкетираните (82,33%), а средната стойност на индекса за заинтересованост е към максималната стойност (1,29). Съществува достоверна разлика между индекса на заинтересованите и цялата група. Все пак се вижда, че 9,66% не се притесняват за здравето на детето си или всяка десета майка е напълно незаинтересована от това, което става с него. Тази група има индекс, достоверно по-висок от общия за възрастта. Трябва да се направи извод, че между 10% и 20% са очакваната група на родители, от които може да се очаква незаинтересованост към здравето на детето и това е сериозен проблем за денталното му здраве. В тази група можем да очакваме и проблеми в поведението на детето в денталния кабинет.

Таблица № 18 Участие на родителя в заниманията на детето

17 въпрос	незаинтересовани	неутрални	Заинтересовани	Общо
Брой отговори	116	90	94	300
%	38,66%	30%	31,33%	100%
Брой точки	471	270	165	906
\bar{X}	4,06	3	1,75	3,02
$\pm SD$	0,24	0,0	0,43	1,00
t, p	$t_{0,n}=17,04, p<0,0001$		$t_{3,0}=18,14, p<0,0001$	

От горната таблица се вижда, че в цялата група индексът на заинтересованост е в границите на неутралното. Това означава, че в половината от случаите родителите оставят децата си сами да се занимават. Това не може да се приеме за негативно, тъй като на възрастта на изследваната група деца вече се очаква децата да започнат сами да се занимават. В същото време се вижда, че цялата група е разпределена почти равномерно на трите изследвани категории – заинтересовани, неутрални и незаинтересовани. Една трета от майките участват почти винаги в заниманията на децата си, което показва по- скоро свръхпротекция. Стойността на индекса на тази част от анкетираните е достоверно по-нисък от този на общата група. В същото време малко повече от една трета от майките (38,66%) попадат в групата на незаинтересованите. Техният среден индекс показва, че почти никога не участват в заниманието на децата си. Това говори не за даване на свобода на децата, а за липса на заинтересованост. По отношение на този критерий повече от една трета от майките представляват риск за поведението на децата в денталния кабинет.

Таблица № 19 Контрол на действията на детето

18 въпрос	незаинтересовани	неутрални	Заинтересовани	Общо
Брой отговори	100	79	121	300
%	33,33%	26,33%	40,33%	100%
Брой точки	412	237	201	850
\bar{X}	4,12	3	1,66	2,83
$\pm SD$	0,32	0,0	0,47	1,11
t, p	$t_{n,0}=18,42, p<0,0001$		$t_{3,0}=21,25, p<0,0001$	

Разглеждайки отговорите на въпроса дали родителите контролират всичко, което детето прави се вижда, че цялата група попада в групата на контролиращите заинтересовани за възпитанието на децата си. От цялата група 40,33% контролират всичко, което детето прави. Техният индекс е достоверно по-нисък от общата група или в тази група категорично липсва незаинтересованост във възпитанието ($t_{3,0}=21,25$, $p<0,0001$). В същото време една трета от родителите признават, че не контролират действията на децата си (33,33%). В тази група индексът на незаинтересованост е доста висок и е достоверно по-висок от средния за групата ($t_{n,0}=18,42$, $p<0,0001$). Под една трета от родителите (26,33%) контролират децата си в половината от случаите. И за този въпрос може незаинтересоваността на родителите създава риск за поведението на децата в около една трета от всички случаи.

Таблица № 20 Очаквания към детето

20 въпрос	незаинтересовани	неутрални	заинтересовани	Общо
Брой отговори	65	70	165	300
Брой точки	277	210	260	747
%	21,55%	23,33%	55%	100%
\bar{X}	4,26	3	1,57	2,49
$\pm SD$	0,44	0,0	0,49	1,17
t, p	$t_{n,0}=20,58$ $p<0,0001$		$t_{3,0}=11,924$ $p<0,0001$	

Заинтересованите за детето си родители имат и по-високи очаквания към него. Те полагат по-големи усилия при възпитанието и очакват тези усилия да доведат до добра реализация на детето. От анализа на резултатите се вижда, че изследваните като цяло попадат в групата на неутралното отношение. Това означава, че в половината от случаите те очакват детето да се реализира. Стойността на общия индекс (2,49) клони към по-чести големи очаквания. Този резултат е позитивен за цялата група, тъй като прекалените очаквания натоварват и могат да комплексират децата. Малко повече от половината от родителите имат големи очаквания. Техният индекс е достоверно по-нисък от този, в общата група ($t_{3,0}=11,94$, $p<0,0001$) и показва както заинтересованост, така и известно натоварване на децата или говори по-скоро за свръх протекция. В

същото време малко повече от една пета от майките нямат големи очаквания към децата си (21,55%). Техният индекс говори, че много често те не са заинтересовани от развитието на детето. Този резултат достоверно се отличава от средния индекс за групата ($t_{n,0}=20,58$, $p<0,0001$) и показва, че всяка пета майка е незаинтересована.

Таблица № 21 Разрешаване на децата да правят всичко, което желаят

23 въпрос	незаинтересовани	неутрални	заинтересовани	Общо
Бр. отговори	46	98	156	300
%	15,33%	32,66%	52%	100%
Брой точки	190	294	286	770
\bar{X}	4,13	3	1,83	2,56
$\pm SD$	0,34	0,0	0,37	0,89
t, p	$t_{n,0}=22,11$ $p<0,0001$		$t_{z,0}=12,58$ $p<0,0001$	

Разрешаването на децата да правят всичко, което поискат говори за незаинтересованост, защото това е най-лесният вариант, който не изисква усилия от страна на родителите да изграждат позитивни качества в децата си. Деца, на които всичко е позволено не познават правилата на поведение и са трудни пациенти, които не искат да се подлагат на каквото и да е натоварване. От получените резултати общата група попада в неутралните граници със среден индекс 2,56. Това показва, че средно родителите позволяват в половината от случаите на децата си да правят всичко, което желаят. Повече от половината майки (52%) позволяват само понякога на децата да правят всичко, което пожелаят. Те са заинтересованите родители за възпитанието на децата и средният им индекс на незаинтересоваността е достоверно по-нисък от средния за цялата група ($t_{z,0}=12,58$, $p<0,0001$). Близко една трета от майките са в неутралната група и те също не представляват сериозен риск за децата. В същото време 15,33% от майките позволяват всичко на децата си. Тази група майки са незаинтересовани, а децата им са в рисковата група за проблемно поведение в денталния кабинет. Стойността на индексът за незаинтересованост е висок и е достоверно по-висок от средния за цялата група ($t_{n,0}=22,11$, $p<0,0001$).

Таблица № 22 Интерес на родителите към приятелите на детето

Въпрос 27	незаинтересовани	неутрални	заинтересовани	Общо
Брой отговори	18	27	255	300
%	6%	9%	85%	100%
Брой точки	74	81	333	488
\bar{X}	4,11	3	1,30	1,62
$\pm SD$	0,32	0,0	0,46	0,90
t, p	t _{n,0} =27,6 p<0,0001		t _{3,0} =6,4, p<0,001	

От този въпрос категорично личи заинтересоваността на родителите от децата. Разбира се от директното задаване на такъв въпрос произлиза възможността за най-голямо присъствие на автоцензура в родители, така че въпреки директната показателност на този въпрос той трябва да се приема с известни уговорки и да се търси подкрепа чрез други косвени въпроси. В цялата група индексът на незаинтересованост по отношение на този въпрос е твърде нисък – 1,62. Това означава, че цялата група е средно от заинтересовани родители. Групата на заинтересованите е 85%, а средният им индекс е достоверно по-нисък от средния за групата (t_{3,0}= 6,4, p<0,001). Само 6% от родителите откровено казват, че не се интересуват от приятелите на децата си. Те имат висок индекс, достоверно по-висок от средния за групата (t_{n,0}=27,6, p<0,0001). Не бива да се изпуска от внимание групата на неутралните, които също не са много (9%), но тъй като те се интересуват от приятелите на децата си само в половината от случаите, това само по себе си говори за известна незаинтересованост. Като заключение може да се приеме, че 15% от майките изразяват известна незаинтересованост, която е рискова за поведението на децата.

Таблица № 23 Присъствие на търпение за изслушване на детето

Въпрос 28	позитивни	неутрални	Негативни	Общо
Брой отговори	16	52	232	300
%	5,33%	17,33%	77,33%	100%
Брой точки	66	156	314	536
\bar{X}	4,12	3	1,35	1,78
$\pm SD$	0,34	0,0	0,47	0,93
t,p	$t_{n,0}=17,2$ $p<0,0001$		$t_{n,0}=7,16$ $p<0,001$	

Търпението да изслушване на детските проблеми и преживявания е възлов белег за наличието на заинтересованост във възпитанието на детето. Като цяло средният индекс в групата е в границите на заинтересоваността – 1,78 макар и в горната граница, когато това присъства не винаги, а често. В групата на заинтересованите индексът на незаинтересованост е още по-нисък – 1,35 и той по-скоро клони към винаги. С такива отговори са 77,33% от майките. Тези отговори, разбира се, поради автоцензурата трябва да се приемат с известна резерва. Тези заинтересовани родители са с достоверно по-нисък индекс от общия за групата ($t_{z,0}=7,16$, $p<0,001$). Само 5,33% от майките казват, че нямат търпение да изслушват децата си. Техният индекс е достоверно по-висок от средния за групата ($t_{n,0}=17,2$, $p<0,0001$). Тази група е малка, но заедно с неутралните, които имат търпение само в половината от случаите (17,33%) се получава група от 22,65%, което вече представлява близо една четвърт от случаите. Това показва, че при тази група може да се очакват проблеми в поведението на децата в денталния кабинет.

Таблица № 24 Обясняване на правилните и неправилни постъпки

Въпрос 29	незаинтересовани	неутрални	Заинтересовани	Общо
Бр. отговори	18	26	256	300
%	6%	8,66%	85,33%	100%
Брой точки	73	78	324	475
\bar{X}	4,05	3	1,26	1,58
$\pm SD$	0,3	0,0	0,44	0,64
t,p	$t_{n,0}=32,07$, $p<0,0001$		$t_{z,0}=7,80$, $p<0,0001$	

Обясняването на правилните и неправилни постъпки разкрива заинтересованост на родителите към правилното възпитание на децата. В цялата група средният индекс за незаинтересованост е много нисък, което се обяснява с присъствие на обяснения много често (1,58). В групата на заинтересованите родители средният индекс е още по-нисък (1,26) и той е по-близо до отговор – винаги. Така отговарят 85,33% от всички. Стойността на индекса е достоверно по-ниска от иначе ниския среден индекс ($t_{3,0}= 7,80$, $p<0,0001$). Въпреки големия процент майки, попадащи в тази група и тук се оформя група от 6% напълно незаинтересовани да възпитават децата си в правилни постъпки. Техният индекс на незаинтересованост е достоверно по-висок от средния ($t_{3,0}= 32,07$, $p<0,0001$). Към тях може да се прибави и група от 8,66%, които казват, че поясняват само в половината от случаите. Така се оформя една рискова група от 14,66%, която не е малка.

Таблица № 25 Общи резултати за незаинтересовано възпитание

Общо	незаинтересовани	неутрални	заинтересовани	Общо
Брой отговори	485	553	1662	2700
%	17,96%	20,48%	61,55%	100%
Брой точки	2003	1659	2447	6109
\bar{X}	4,12	3	1,47	2,26
$\pm SD$	0,33	0,0	0,37	0,92
t, p	$t_{3,0}=42,27$ $p<0,0001$		$t_{3,0}=18,33$ $p<0,0001$	

Обобщавайки резултатите от всички 9 въпроса, които бяха подбрани за да характеризират незаинтересованото възпитание се вижда, че 17,96% от всички родители са незаинтересовани от възпитанието на децата си. Това е доста голям процент, който би създал предпоставка за висок риск от проблемно поведение на децата в денталния кабинет. Към тази група трябва да се прибави и групата на неутралните родители, които само в половината от случаите са заинтересовани от децата си – 20,48%. Така общият процент на потенциално рисковата група става 38,44%. Средният индекс на незаинтересованост в групата не е много нисък – 2,26. Според тази стойност цялата група попада в неутралното поведение, където

стойностите са между 2 и 4. Все пак средната стойност е в ниските граници, което говори по-скоро за често проявена заинтересованост. Тази стойност е достоверно по-висока от средния индекс в групата на заинтересованите родители ($t_{3,0}=18,33$, $p<0,0001$) и достоверно по-ниска от средния индекс в групата на незаинтересованите ($t_{n,0}=42,27$, $p<0,0001$).

Анализ на свръх протекцията като родителски стил на възпитание

За характеризирание на свръхпротективен стил на възпитание са използвани 8 въпроса (1,2,7,13,14,15,16,18), към които отново влиза 18 въпрос. Ето защо данните за него ще бъдат ползвани за общия анализ и няма да се разглеждат отново резултатите от него.

Таблица № 26 Криене на сериозните проблеми от детето

1 въпрос	позитивни	неутрални	Негативни	Общо
Брой отговори	118	45	137	300
%	39,33%	15%	45,66%	100%
Брой точки	524	135	243	902
\bar{X}	4,44	3	1,77	3,00
$\pm SD$	0,5	0,0	0,41	1,3
t,p	$t_{n,0}=16,55$, $p<0,0001$		$t_{n,0}=15$, $p<0,0001$	

Свръхпротекцията като родителски стил на възпитание се проявява с различни похвати за предпазване на детето от всички фактори, които могат да го наранят. Един такъв е спестяването на възникващите проблеми и създаване на фалшиво позитивна среда. Анализирайки резултатите по този критерий се вижда, че цялата група анкетирани попада в неутралната част на скалата, характеризираща свръх протекцията. Това означава, че средното поведение на родителите е да крият проблемите в 50% от случаите. Това е нормално, тъй като не всеки проблем, възникнал в семейството може да засегне детето директно и дори без да се избягва криене, той може да не е споделен с него. Разглеждайки разпределението на отговорите прави впечатление, че само 15% от всички родители са в неутралната група. Частта от родителите, които казват, че не крият проблеми от детето са 45,66%. Те имат достоверно по-нисък индекс от средния за групата индекс ($t_{n,0}=15$, $p<0,0001$). В същото време 39,33% от родителите признават ,

че крият проблемите от децата си. Това е сериозен белег за свръх протекция. Индексът на тази група е достоверно по-висок от този, за цялата група ($t_{п,о}=16,55$, $p<0,0001$).

Таблица № 27 Признават ли се родителските грешки пред детето

2 въпрос	позитивни	неутрални	негативни	Общо
Брой отговори	77	44	179	300
%	25,66%	14,66%	59,66%	100%
Брой точки	320	132	255	707
\bar{X}	4,15	3	1,42	2,35
$\pm SD$	0,36	0,0	0,49	1,26
t,p	$t_{п,о}=21,95$ $p<0,0001$		$t_{н,о}=11,62$ $p<0,0001$	

Друг израз на свръхпротекция е скриване на родителските грешки. Като цяло изследваните попадат в неутралната група. Стойността на средния за групата индекс е под средния – 2,35, което показва, че крият грешките си по-скоро понякога, отколкото в половината от случаите. Това е нормално поведение и не би създадо риск за неправилно формиране на детското поведение. Вътре в групата неутралните родители са само 14,66%, което е близо до резултата от предишния въпрос (Табл.27). Тук негативните родители са по-голяма част от тези, при задаването на предишния въпрос – 59,66%. Техният индекс е нисък и показва, че само понякога скриват грешките си. Той е достоверно по-нисък, от средния ($t_{н,о}=11,62$, $p<0,0001$). Групата на позитивните за свръхпротекция е около една четвърт от всички – 25,66%. При тези майки индексът за свръхпротекция е висок и показва, че почти винаги крият грешките си. Той е достоверно по-висок от средния за цялата група ($t_{п,о}=21,95$, $p<0,0001$).

Таблица № 28 Позволява ли се на детето да прави нещо само

7 въпрос	позитивни	неутрални	негативни	Общо
Брой отговори	47	66	187	300
%	15,66%	22%	62,33%	100%
Брой точки	191	198	329	718
\bar{X}	4,06	3,0	1,75	2,39
$\pm SD$	0,42	0,0	0,24	0,94
t, p	$t_{п,о}=26,5$ $p<0,0001$		$t_{н,о}=12,33$ $p<0,0001$	

Създаването на самостоятелност в детето става постепенно и изисква обучение и създаване на способност за извършване на определени действия без помощта на родител. Средният индекс в групата е в границите на неутралното поведение за свръх протекция 2,39. Тази стойност е по-ниска от средната и показва, че родителите в повече от половината случаи позволяват на децата си да вършат някои дейности сами. В групата на неутралното за този критерий поведение попадат 22% от всички, които позволяват в половината от случаите. Негативните са голямата част от групата – 62,33%. Техният индекс е достоверно по-нисък от средния ($t_{n,0}=12,33$, $p<0,0001$) и показва, че тези родители почти винаги позволяват на детето да върши някои дейности само. Относително малък процент от родителите са позитивни за свръх протекция – 15,55%. Тази група е по-малка от позитивните по предишните два въпроса, но този въпрос много по-ясно говори за свръх протекция от родителите. Индексът в тази група е достоверно по-висок от средния ($t_{n,0}=26,5$, $p<0,0001$) и показва, че почти никога тези родители не позволяват на детето да върши нещо само. Така се създават несамостоятелни деца, които няма да могат да се справят сами с очакващите ги проблеми и точно затова представляват сериозен риск за проблемно поведение в денталния кабинет.

Таблица № 29 Притеснения за здравето на детето

13 въпрос	позитивни	неутрални	Негативни	Общо
Брой отговори	247	24	29	300
%	82,33%	8%	9,66%	100%
Брой точки	1161	72	56	1289
\bar{X}	4,7	3	1,93	4,29
$\pm SD$	0,42	0,0	0,25	1,06
t,p	$t_{n,0}=15,15$, $p<0,0001$		$t_{n,0}=31,05$, $p<0,0001$	

Притесненията за здравето на детето са нещо естествено за всеки загрижен родител. Тази загриженост може да бъде екстремна и тогава се превръща в свръх протекция. Изследваната група реагира на този критерий твърде силно. Общият реден индекс е твърде висок – 4,29. Той показва, че родителите почти винаги се притесняват за здравето на децата си. В групата на позитивните индексът е още по-висок – 4,7 и достоверно се различава от цялата група. За тази група притесненията са близки до отговор „винаги”. Така отговарят значителната част от изследваните – 82,33%. Тъй като

здравето на детето е твърде чувствителен въпрос за всеки родител, не може да се предположи, че всички отговорили по този начин имат свръхпротективен стил на възпитание. Само с този въпрос трудно може да се определи свръхпротективния стил на възпитание, но значението му ще се прояви в съчетание с останалите въпроси, разкриващи стила. Особено притеснителен е факта, че близо 10% от родителите никога не се притесняват за децата си. Те също са риск за проблеми в детското поведение. Индексът в тази група е много нисък и достоверно се различава от средния.

Таблица № 30 Възможност на детето да разкаже само усещанията си на лекаря

14 въпрос	позитивни	неутрални	Негативни	Общо
Брой отговори	38	48	214	300
%	12,66%	16%	71,33%	100%
Брой точки	176	144	300	620
\bar{X}	4,63	3	1,4	2,06
$\pm SD$	0,31	0,0	0,49	1,07
t, p	$t_{n,o}=9,42, p<0,001$		$t_{n,o}=9,42, p<0,001$	

Родителите, които не оставят детето си да разкаже на лекаря усещанията си спадат към свръхпротективния стил на възпитание. Като цяло изследваните родители попадат почти в групата на негативните за свръх протекция. Средният индекс за цялата група е само 2,06, което означава, че само понякога майките не дават възможност на децата си да разкажат за усещанията си. Негативните за свръх протекция са преобладаващо мнозинство – 71,33%. Средният индекс в тази група е 1,4, което означава, че стойността е по-близо до отговор „никога”, отколкото към „поякога”. Той е достоверно по-нисък от средния за цялата група ($t_{n,o}=9,42, p<0,001$). Още 16% от родителите постъпват така само в половината от случаите (индекс 3). Позитивните са 12,6%. Те откровено признават, че не дават възможност на децата си сами да обясняват. Индексът в тази група е доста висок – 4,63 и клони към отговор „винаги”. Има достоверна разлика с индекса на цялата група ($t_{n,o}=9,42, p<0,001$).

Таблица № 31 Преразказват ли родителите усещанията на детето си

Въпрос 15	позитивни	неутрални	негативни	Общо
Брой отговори	148	54	98	300
%	49,3%	18%	32,66%	100%
Брой точки	592	162	182	936
\bar{X}	4,0	3	1,85	3,12
$\pm SD$	0,48	0,0	0,35	0,69
t, p	t _{п,0} =16 p<0,0001		t _{н,о} =10,57 p<0,0001	
	t _{14, 15} =10 p<0,0001	t _{14,15} =0 p>0,05	t _{14,15} =9,37 p<0,001	t _{14,15} =14,32 p<0,0001

Горният въпрос контролира и коригира отговорите, получени в таблица 30. Попитани по този начин, родителите отговарят доста по-различно. Сега средният индекс в групата е достоверно по-висок ($t_{14,15}=14,32$, $p<0,0001$). При този въпрос средната стойност попада в неутралната група, а стойността на индекса е по-близка до отговора почти винаги. Тук групата на негативните е достоверно по-малка от тази при въпрос 14 ($t_{14,15}=9,37$, $p<0,001$). Единствено неутралните не се отличават при двата зададени въпроси. Тук обаче позитивните за свръх протекция са достоверно повече ($t_{14,15}=10$, $p<0,0001$). При така зададения въпрос близо половината отговарят положително – 49,3%. От друга страна средният индекс на позитивните е 4, което означава, че не винаги, а почти винаги преразказват усещанията на децата си. Съществува достоверна разлика в този индекс за 14 и 15 въпроси. Очевидно е, че тези, които винаги правят това са същата група, но сега е много по-голяма частта на тези, които го правят почти винаги.

Таблица № 32 Помагат ли, дори когато детето може само

16 въпрос	позитивни	неутрални	негативни	Общо
Брой отговори	79	65	156	300
%	26,33%	21,66%	52%	100%
Брой точки	330	195	283	808
\bar{X}	4,17	3	1,81	2,69
$\pm SD$	0,38	0,0	0,39	0,62
t, p	$t_{п,о}=26,90$ $p<0,0001$		$t_{н,о}=19,13$ $p<0,0001$	
t_x, p	$t_{7,16}=5$ $p<0,001$	$t_{7,16}=0$ $p>0,05$	$t_{7,16}=1,71$ $p>0,05$	$t_{7,16}=4,61$ $p<0,001$
$t\%, p$	$t_{7,16}=1,47$ $p>0,05$	$t_{7,16}=0,15$ $p>0,05$	$t_{7,16}=1,85$ $p>0,05$	

Помощта на майката в действията на детето, дори и да може да се справи е корекция на отговорите на въпрос 7. Попитани по този начин майките попадат в групата на неутралните, както и при въпрос 7, само че сега индексът е достоверно по-висок. При този въпрос отговорите се доближават до значението „в половината от случаите”, а при предишното питане – до „понякога”. Няма разлика между групата на негативните за този стил възпитание ($t_{7,16}=1,71, p>0,05$) и между неутралните ($t_{7,16}=0,15, p>0,05$). Достоверната разлика е в позитивните. При това запитване индексът на позитивните е достоверно по-висок ($t_{7,16}=5, p<0,001$). Няма достоверна разлика между разпределението на отговорите в отделните групи.

Към групата въпроси за характеризирание на свръх протекцията включихме и данните на въпрос 18 (Табл.19), който характеризира контрола на родителите върху всяко действия на детето.

Таблица № 33 Общи данни за свръхпротекция

Общо свръхпр.	позитивни	неутрални	Негативни	Общо
Брой отговори	875	425	1100	2400
%	33,91%	17,37%	48,70%	100%
Брой точки	3819	1275	1836	6930
\bar{X}	4,36	3	1,66	2,88
$\pm SD$	0,57	0,0	0,56	0,89
t, p	$t_{n,o}=26,0, ,<0,0001$		$t_{n,o}=52,27, ,<0,0001$	

Обобщените резултати за родителския стил на възпитание „свръхпротекция” са нанесени в таблица 33. Средният индекс за изследваните е 2,88, което поставя групата като цяло в неутралната част на скалата. Тази стойност характеризира цялата група родители като такива, които проявяват свръхпротекция малко по-рядко от половината случаи. В същото време, когато се проследи разпределението в трите степени на признака, прави впечатление, че най-малката част са неутралните родители (17,37%). Негативните са под 50% от всички, а около една терта (33,91%) са позитивни за признака свръхпротекция. Както, позитивните, така и негативните имат достоверно различни стойности от средния за цялата група индекс. Този резултат би могъл да поучи тълкувание, че една значителна част от родителите – 33,91% са със свръхпротективен стил възпитание и създават сериозен риск за децата си. Децата, възпитавани по подобен начин са много по-несамостоятелни, по-несигурни и по-трудно се справят в нова ситуация. Те не са готови да понесат натоварване, защото свикват с мисълта, че майките им трябва и могат да поемат тяхната тежест. Такива деца са със сериозен риск за проблемно поведение в денталния кабинет.

Анализ на авторитарния тип възпитание

Авторитарният тип възпитание е свързан с налагане волята на родителя и лишаване на детето от собствена изява, самостоятелност и способност за справяне с проблемите. Възпитаваните по този начин деца могат да подчинят волята си на родителската и да станат зависими от това или да развият агресивност, която се обръща не само към родителите, но и към всички останали, възприемани като евентуална заплаха за личността им. За откриване на този тип родителско възпитание бяха определени 10 въпроса.

Таблица № 34 Обичат ли реда в къщи?

5 въпрос	Позитивни	неутрални	Негативни	Общо
Брой отговори	239	46	15	300
%	79,66%	15,33%	5%	100%
Брой точки	1094	138	30	1262
\bar{X}	4,57	3	2	4,2
$\pm SD$	0,49	0,0	0,0	0,87
	$t_{p,o}=6,27, p<0,001$		$t_{n,o}=13,9, p<0,0001$	

Резултатите от този въпрос поставя изследваните като цяло в групата на позитивните за признака – 4,2. Значението на тази стойност на индекса е, че родителите обичат почти винаги реда в къщи. Този факт сам по себе си все още не означава авторитарно поведение, но ако това желание се превърне в самоцел, би могло да се превърне в средство за тероризиране на децата. Позитивните към признака имат още по-висок индекс, достоверно по-висок от средния ($t_{p,o}=6,27, p<0,001$). Този факт показва само известен риск за авторитарност, без да е категоричен знак за присъствието му. Неутралните са само 15,33%, които имат по-толерантно отношение към проблема и не биха създавали свръх изисквания към децата си. Негативните са само 5% и индексът им е достоверно по-нисък от средния за групата ($t_{n,o}=13,9, p<0,0001$).

Таблица № 35 Дразнят ли се, когато децата разпиляват?

6 въпрос	Позитивни	неутрални	Негативни	Общо
Брой отговори	153	65	82	300
%	51%	21,66%	27,33%	100%
Брой точки	657	195	158	1010
\bar{X}	4,29	3	1,92	3,36
$\pm SD$	0,45	0,0	0,26	1,07
t,p	$t_{п,о}=13,09$ $p<0,0001$		$t_{н,о}=21,17, p<0,0001$	
t%, p	$t_{5,6}=5,97, p<0,001$	$t_{5,6}=0,84, p>0,05$	$t_{5,6}=2,99, p<0,01$	

Този въпрос е свързан с първия, но вече разкрива негативния му ефект. Сега средната стойност на индекса в цялата извадка е значително по-нисък и вече е в зоната на неутралното поведение. Това означава, че макар и да обичат реда, родителите като цяло се дразнят от неспазването му едва в половината от случаите. Сега негативните са достоверно повече от отговорите на предишния въпрос ($t_{5,6}=2,99, p<0,01$), неутралните не се различават статистически ($t_{5,6}=0,84, p>0,05$). Позитивните за авторитарно възпитание са достоверно по-малко от тези, при предишния въпрос ($t_{5,6}=5,97, p<0,001$). Макар и по-малко те са повече от половината от всички – 51%, което показва реален риск за авторитарно възпитание в по-голямата част от случаите. Позитивните са с достоверно по-висок индекс от средния ($t_{п,о}=13,09, p<0,0001$), но е по-нисък от този, получен за предишния въпрос. Негативните имат значимо по-нисък индекс от средния за групата ($t_{н,о}=21,17, p<0,0001$).

Налагането на стриктни правила е също предпоставка за преминаване в авторитарност. Резултатите от този въпрос са нанесени в таблица 9. Позитивните са 45% от всички и те носят риск за авторитарност. Следващият въпрос доразкрива възможността правилата за възпитание да преминат в авторитарност и двата въпроса ще бъдат разгледани в сравнение.

Таблица № 36 Дразнят ли се, когато се нарушават?

9 въпрос	Позитивни	неутрални	негативни	Общо
Брой отговори	103	99	98	300
%	34,33%	33%	32,66%	100%
Брой точки	441	297	183	921
\bar{X}	4,28	3	1,86	3,07
$\pm SD$	0,45	0,0	0,35	1,04
tх,p	тп,о=16,35, p<0,0001		тн,о= 17,53, p<0,0001	
t, p	t%8,9=1,73, p>0,05 tx8,9 = 1,4, p>0,05	tx8,9=2,09 p<0,05	t%8,9=1,02, p>0,05 tx8,9=0,89, p>0,05	

От сравнението между двата въпроса се вижда, че средният индекс на въпроса за присъствие на раздразнение у родителите е малко по-нисък с най-слабата статистическа достоверност. Това може да се разтълкува като слабо намален риск за авторитарност. При втория въпрос позитивните са по-малко с 10%, но липсва достоверна разлика между двата въпроса. Няма достоверна разлика и между другите групи на неутралните и негативните. Това показва, че двата въпроса подкрепят едни и същи зависимости. Средният индекс за този въпрос е 3,07, което поставя анкетираните в групата на неутралното поведение за авторитарност. Разпределението вътре в групата е почти равномерно по една трета във всяка. Позитивните имат достоверно по-висок индекс от средния, (тп,о=16,35, p<0,0001) а негативни – достоверно по-нисък (тн,о=17,53, p<0,0001).

Таблица № 37 Наказват ли децата си?

10 въпрос	Позитивни	неутрални	Негативни	Общо
Брой отговори	52	60	188	300
%	17,33%	20%	62,66%	100%
Брой точки	216	180	357	753
\bar{X}	4,15	3	1,89	2,51
$\pm SD$	0,36	0,0	0,32	0,91
t, p	тп,о=24,84, p<0,0001		тн,о=11,07, p<0,0001	

Наказанията на децата категорично говорят за присъствие на авторитарен стил на възпитание. Средният индекс за изследваните е 2,51, което е в границата на неутралното, но в долната граница, приближаващо до негативно за авторитарност поведение. Все пак негативните вътре в цялото са с достоверно по-нисък индекс от средния ($t_{n,o}=11,07$, $p<0,0001$). В тази група попадат по-голямата част от родителите – 62,66%. Това показва, че родителите не използват наказания в повечето от случаите. По отношение на този въпрос обаче изпъква друга зависимост – неутралните са 20% от всички, а това означава, че една пета от родителите в половината от случаите налагат наказания. Тази група проявява авторитарност във възпитанието.

Таблица № 38 Често ли се налагат сериозни наказания?

11 въпрос	Позитивни	неутрални	Негативни	общо
Брой отговори	25	52	223	300
%	8,33%	17,33%	74,33%	100%
Брой точки	108	156	355	619
\bar{X}	4,32	3	1,59	2.06
$\pm SD$	0,47	0,0	0,49	0,73
t,p	$t_{n,o}=22,6$, $p<0,0001$		$t_{n,o}=9,03$, $p<0,0001$	

С този въпрос трябваше да установим честотата на налагането на наказания. Като цяло изследваните са неутрални, но много близо до негативните – средният индекс е 2,06, което е в горната граница на негативното за авторитарност поведение. Негативната група е най-голямата – 74,33%. Всички те налагат само понякога наказания. Средният индекс в групата е достоверно по-нисък от средния ($t_{n,o}=9,03$, $p<0,0001$). Позитивните са относително малко – само 8,33%, но те налагат доста често наказания. Средният индекс в тази група е достоверно по-висок от средния ($t_{n,o}=22,6$).

Таблица № 39 Често ли се ядосват и викат на детето?

12 въпрос	Позитивни	неутрални	Негативни	Общо
Брой отговори	49	45	206	300
%	16,33%	15%	68,66%	100%
Брой точки	211	135	387	733
\bar{X}	4,3	3	1,87	2,44
$\pm SD$	0,45	0,0	0,32	0,97
	$t_{n,o}=21,88, p<0,0001$		$t_{n,o}=12,54, p<0,0001$	

Този въпрос показва липса на търпение при възпитаване на детето в случаите, когато детето не извършва желаните от родителя действия. Средният индекс за цялата извадка е в границите на неутралното и по-близо до стойността на негативното за признака – 2.44. По-голямата част от родителите попадат в групата на негативните за авторитарно възпитание – 68,66%. Техният индекс е достоверно по-нисък от средния ($t_{n,o}=12,54, p<0,0001$). Приблизително равни са останалите две групи, като позитивните са малко повече – 16,33%. Техният индекс показва, че повече от често се дразнят и викат на децата си. Този индекс е достоверно по-висок от средния ($t_{n,o}=21,88, p<0,0001$). Тъй като при неутралните (15%) това става в половината от случаите, може да се приема за рискова групата от 31,33% или близо една трета от всички.

Таблица № 40 Принуждава ли се детето да прави неща, които не харесва?

19 въпрос	Позитивни	неутрални	Негативни	Общо
Брой отговори	37	51	212	300
%	12,33%	17%	70,66%	100%
Брой точки	154	153	351	658
\bar{X}	4,16	3	1,65	2,19
$\pm SD$	0,36	0,0	0,47	0,99
t,p	$t_{n,o}=24,62, p<0,0001$		$t_{n,o}=8,30, p<0,0001$	

Авторитарният родител налага волята си и принуждава детето да върши това, което той смята за необходимо. Този въпрос директно отговаря показва авторитарния стил на възпитание. Като цяло изследваните са близо до негативното за авторитарност поведение – средният индекс е 2,19 или съвсем малко над негативното поведение. Все

пак индексът е в неутралната зона. Негативни са голямата част от извадката – 70,66% или малко повече от две трети от всички. Индексът на тази група е 1,65 или във горната граница на негативното поведение, клонящо към отговор „понякога”. Това означава, че дори в групата на негативните има родители, които понякога принуждават децата си. Все пак стойността на индекса е достоверно по-ниска от средната ($t_{n,0}=8,30$, $p<0,0001$). Неутралните, които в половината от случаите постъпват така са 17%. Позитивните са 12,33%, които правят това често до винаги. Индексът в тази група отговаря на такова действие почти винаги и е достоверно по-висок от средния ($t_{n,0}=24,62$, $p<0,0001$).

Таблица № 41 Използва ли се фразата „защото аз казвам така”

Въпрос	Позитивни	неутрални	Негативни	Общо
Брой отговори	41	44	215	300
%	13,66%	14,66%	71,66%	100%
Брой точки	176	132	337	645
\bar{X}	4,29	3	1,56	2,15
$\pm SD$	0,46	0,0	0,49	1,05
t,p	$t_{n,0}=23,01$, $p<0,0001$		$t_{n,0}= 8,67$, $p<0,001$	

Още по-ярък пример за авторитарно възпитание е използването като аргумент за принуждаване на детето да направи нещо, фразата „защото аз казвам така”. Средният индекс за този въпрос също е в зоната на неутралното, но доста близо до негативното – 2,15. Това показва, че като цяло авторитарният стил на възпитание не е присъщ за извадката. Негативните, както и при горния въпрос представляват малко повече от две трети от всички – 71,66%. Индексът им е достоверно по-нисък от средния ($t_{n,0}= 8,67$, $p<0,001$) и показва, че само понякога тези родители използват фразата. Неутралните, които я използват в половината от случаите са 14,66%, но се вижда друга група от 13,66%, които чест или дори винаги го правят. Индексът в позитивната група е достоверно по-висок от средния ($t_{n,0}=23,01$, $p<0,0001$).

Таблица № 42 Мислите ли, че шляпването е добър начин да накарате детето да се държи добре?

25 въпрос	Позитивни	неутрални	негативни	Общо
Брой отговори	23	37	240	300
%	7,66%	12,33%	80%	100%
Брой точки	97	111	360	568
\bar{X}	4,21	3	1,4	1,89
$\pm SD$	0,56	0,0	0,64	0,98
t,p	$t_{п,о}=19,33, p<0,0001$		$t_{н,о}=7, p<0,0001$	

Физическото наказание е ярък пример за авторитарно поведение. На този въпрос много по-малка част отговарят, че го правят винаги или често – 7,66%. Странното е, че дори в днешни дни и в детски заведения в столицата все още има родители, които го правят. Още 12,33% са неутралните родители, но в случая това означава, че в половината от случаите тези родители го правят. Негативните са 80%. Средният индекс за извадката е в границите на негативното запризнака или такова действие не се използва – 1,89. Самите негативни имат още по-нисък индекс, който достоверно се отличава от средния ($t_{н,о}=7, p<0,0001$). Позитивните са отново много малко – 7,66% и техният индекс е достоверно по-висок от средния ($t_{п,о}=19,33, p<0,0001$).

Към негативните обаче трябва да се прибавят и неутралните, които в половината от случаите го правят – още 12,33%. Така на рискови по този въпрос родители могат да се приемат около една пета от всички.

Таблица № 43 Обобщени данни за авторитарно възпитание

Обща група	Позитивни	неутрални	негативни	Общо
Брой отговори	858	586	1556	3000
%	28,60%	19,55%	51,85%	100%
Брой точки	3532	1758	2526	7816
\bar{X}	4,11	3	1,62	2,60
$\pm SD$	0,58	0,49	0,48	1,06
t,p	$t_{п,о}=55,9, p<0,0001$		$t_{н,о}=42,6, p<0,0001$	

При търсене на авторитарно поведение родителите бяха запитани с 10 въпроса, някои от които взаимно се доизясняваха. Средният индекс за цялата извадка е 2,6, което показва, че анкетираните заемат неутралната част от скалата. Тълкуванието на тази индексна стойност е, че тези родители проявяват авторитарно поведение в половината от случаите. При разпределението на отговорите в трите части на индексната скала се вижда, че 51,85% от всички са негативни за авторитарно поведение. Техният индекс е достоверно по-нисък от средния ($t_{n,o} = 42.6, p < 0,0001$) и показва, че почти никога тази част от родителите не проявяват авторитарно поведение. Около една пета от родителите са неутрални – 19,55%. Позитивните са 28,60% или малко по-често от всеки четвърти родител проявява авторитарен стил на възпитание. Индексът в тази група показва, че често до винаги се държат така с децата си. Стойността на индекса е достоверно по-висока от средната ($t_{n,o} = 55,9, p < 0,0001$).

Анализ на толерантния стил на възпитание

Таблица № 44 Дразнят ли се, ако детето разпилява

Въпрос 6	позитивни	неутрални	негативни	общо
Брой отговори	82	65	153	300
%	27,33%	21,66%	51%	100%
Брой точки	334	195	261	790
\bar{X}	4,07	3	1,67	2,63
$\pm SD$	0,65	0,00	0,57	0,98
t, p	$t_{n,o}=15,8, p < 0,0001$		$t_{n,o}=13,15, p < 0,0001$	

Средната стойност на индекса за толерантно възпитание за цялата група е 2,63 или в зоната на неутралното поведение. Доближавайки се до средната стойност за толерантност – 3, средният индекс показва, че средно родителите проявяват толерантно отношение в половината от случаите. Позитивни за толерантно поведение са по-малко от една трета (27,33%). Техният индекс е достоверно по-висок от средния ($t_{n,o}=15,8, p < 0,0001$) и показва, че почти винаги постъпват така. Неутралните са 21,66%, а негативните са повече от половината – 51%. Те се дразнят почти винаги или винаги от децата си. Съществува достоверна разлика между средния индекс за общата група и този, на негативните.

Таблица № 45 Позволява ли се на детето да върши нещо само

Въпрос 7	Позитивни	неутрални	негативни	Общо
Брой отговори	187	66	47	300
%	62,33%	22%	15,66%	100%
Брой точки	793	198	91	1082
\bar{X}	4,24	3	1,93	3,60
$\pm SD$	0,46	0,00	0,52	0,98
t, p	tп,о=9,84 p<0,0001	tн,о=12 p<0,001	tн,о=17,33 p<0,0001	

От горната таблица се вижда, че средният индекс в цялата група е 3,60 или в границите на неутралното поведение за толерантно възпитание, но е по-близо до позитивното или до стойността, получена при отговор „почти винаги”. Тази стойност е достоверно по-висока от стойността на негативните и достоверно по-ниска тази, на от позитивните. Тя е достоверно по-висока и от стойността на неутралните. От разпределението по групите се вижда, че най-голямата част са позитивните или родители, които проявяват толерантност – 62,33%. Най-малко са негативните за толерантност – едва 15,66%.

Таблица №46 Налагат ли се стриктни правила

Въпрос 9	позитивни	неутрални	негативни	Общо
Брой отговори	98	99	103	300
%	32,66%	33%	34,33%	100%
Брой точки	405	297	177	879
\bar{X}	4,13	3	1,71	2,93
$\pm SD$	0,49	0,0	0,38	0,89
t, p	tп,о=16, p<0,0001		tн,о=14,02, p<0,0001	

Средната стойност на индекса за извадката е твърде висок – 4,28, което определя родителите като негативни за толерантност. Той е достоверно по-висок от индекса за

негативните и достоверно по-нисък от този, за позитивните. Разпределението на родителите в трите групи е относително равномерно. Може да се приеме, че една трета от родителите са толерантни, втората трета са толерантни само в половината от случаите, а последната трета налагат стриктни правила.

Таблица № 47 Остава ли се детето да разкаже чувствата си само на лекар

Въпрос 14	позитивни	неутрални	негативни	Общо
Брой отговори	214	48	38	300
%	71,33%	16%	12,66%	100%
Брой точки	984	144	72	1200
\bar{X}	4,59	3	1,89	4,0
$\pm SD$	0,49	0,0	0,51	1,01
t, p	$t_{n,o}=8,80, p<0,0001$		$t_{n,o}=21,7, p<0,0001$	

Родителите с толерантен стил на възпитание биха позволили на детето да разкаже само на лекаря чувствата си. В общата група средният индекс е доста висок – 4,0. Така резултатът показва, че почти винаги родителите оставят децата си да обяснят сами чувствата си. Стрямо този въпрос позитивните са преобладаващата част от всички – 71,33%, което обяснява и високият общ среден индекс. Независимо от високата му стойност, той е достоверно по-нисък от омдекса на позитивните – 4,59, който клоно към отговора „винаги” оставят децата си да обясняват. Индексът е достоверно по-висок от този, на негативните.

Таблица 48 Преразказват ли родителите усещанията на детето

Въпрос 15	позитивни	неутрални	негативни	Общо
Брой отговори	98	54	148	300
%	32,66%	18%	49,33%	100%
Брой точки	406	162	238	806
\bar{X}	4,14	3	1,6	2,68
$\pm SD$	0,64	0,0	0,45	0,99
t, p	$t_{n,o}=17,17, p<0,0001$		$t_{n,o}=15,88, p<0,0001$	

По отношение на този въпрос групата изследвани като цяло е неутрална по отношение на толерантното поведение – индексът е (2,68). При тази стойност

родителите приблизително в половината от случаите постъпват така. В същото време частта на истински неутралните са едва 18%. Негативните са най-голямата част в случая и са близко до половината от всички – 49,33%. Техният индекс е достоверно по-нисък от средния за групата ($t_{n,0}=15,88$, $p<0,0001$). Позитивните по отношение на този въпрос са близо една трета – 32,66%. Те имат достоверно по-висок индекс от средния ($t_{n,0}=17,17$, $p<0,0001$).

Таблица № 49 Помагат ли родителите на детето, дори и да може да се справи само

Въпрос 16	позитивни	неутрални	негативни	Общо
Брой отговори	156	65	79	300
%	52%	21,66%	26,33%	100
Брой точки	653	195	144	992
\bar{X}	4,18	3	1,82	3,3
$\pm SD$	0,38	0,0	0,36	0,98
t, p	$t_{n,0}=13,75$, $p<0,0001$		$t_{n,0}=21,44$, $p<0,0001$	

В цялата група средният индекс по този въпрос е 3,3, или в неутралната зона. Той достоверно е по-висок от индекса при негативните и по-нисък от позитивните. Разпределението на отговорите в трите групи показва, че повече от половината (52%) са позитивни по отношение на този въпрос. Това означава, че тази част от родителите почти винаги (дори част от тях – винаги) не помагат на детето, ако то може да се справи само. Негативните и неутралните са почти равни части от цялото.

Таблица № 50 Позволява ли се на детето да решава какво да прави

Въпрос 26	позитивни	неутрални	негативни	Общо
Брой отговори	147	71	82	300
%	49%	23,66%	27,33%	100%
Брой точки	622	213	159	994
\bar{X}	4,23	3	1,94	3,31
$\pm SD$	0,39	0,0	0,4	0,84
t, p	tп,о=15,53, <0,0001		tн,о= 21,07, p<0,0001	

Горният въпрос директно разкрива присъствие на толерантност при възпитанието на детето. Цялата група попада в неутралната зона – средният индекс е 3,31. Този индекс е достоверно по-висок от индекс за негативните и по-нисък за позитивните. Разпределението на родителите в трите групи показва, че позитивните спрямо този въпрос са близо половината от случаите – 49%. Те са убедително позитивни, защото индексът е повече от 4, а това се получава, когато присъстват родители, постъпващи винаги така. Неутралните са по-малко от негативните, които са повече от една четвърт от всички – 27,33%.

Таблица № 51 Имат ли родителите търпение да изслушват децата си

Въпрос 28	позитивни	неутрални	негативни	Общо
Брой отговори	232	52	16	300
%	77,33%	17,33%	5,33%	100%
Брой точки	1078	156	30	1264
\bar{X}	4,64	3	1,87	4,21
$\pm SD$	0,51	0,0	0,43	1,02
t, p	tп,о = 6,41, p<0,001		tн,о=20,05, p<0,0001	

Отговорите на този въпрос поставят изследваните родители като цяло в групата на позитивните. Средната стойност на индекса в цялата група е 4,21, което показва, че почти винаги родителите имат търпение да изслушват децата си. Разпределението в трите групи потвърждава това заключение, защото се вижда, че 77,33% от родителите са позитивни. Техният индекс е дори достоверно по-висок от средния за общата група.

Тъй като стойността му е 4,64 или по-близо до максималната оценка 5, това говори, че повечето от родителите винаги постъпват така. Най-малко са негативните – само 5,33%.

Таблица № 52 Обобщени резултати

Общо	позитивни	неутрални	негативни	Общо
Брой отговори	1337	705	958	3000
%	44,56%	23,5%	31,94%	100%
Брой точки	5787	2115	1701	9603
\bar{X}	4,32	3	1,77	3,20
$\pm SD$	0,65	0,0	0,57	1,08
t, p	тп,о=35,76, p<0,0001		тн,о=38,84, p<0,0001	

Обобщавайки резултатите от всички 10 въпроса, разкриващи различни аспекти на толерантния стил на родителско възпитание се установява, че цялата извадка от анкетираните родители попада в неутралната зона на индекса. Тълкуванието е, че родителите използват този стил в половината от случаите. Разпределението в трите групи показва, че около една трета не използват този стил на възпитание и попадат в негативните за толерантност – 31,94%. Неутралните са 23,5%. Най-голямата част от родителите са толерантните – 44,56%. Техният индекс е малко повече от 4 и показва, че почти винаги тези позитивни родители постъпват така. Около една трета от тях постъпват винаги така.

Определяне на родителския стил на възпитание според децата

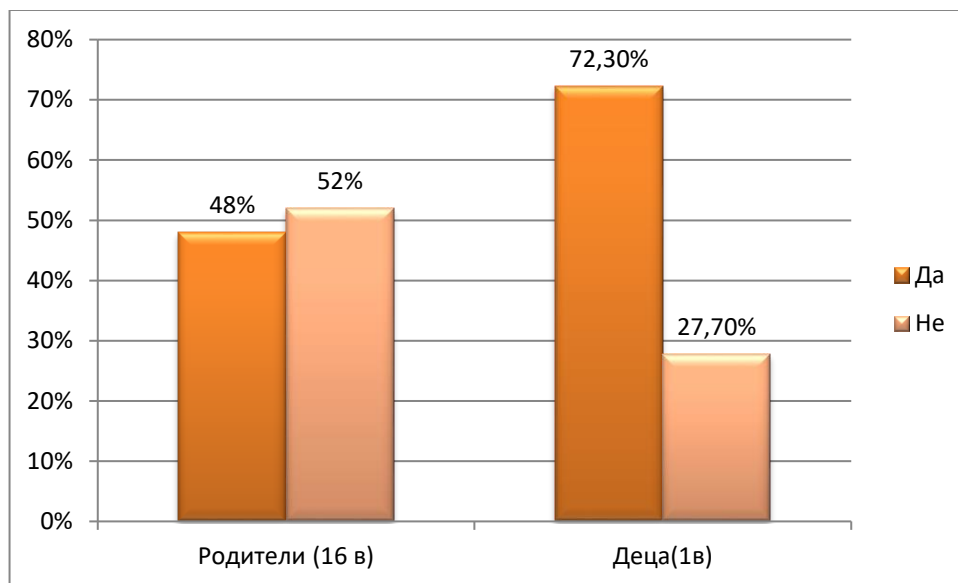
Авторитарен стил на възпитание - Авторитарният стил на възпитание беше определен от 8 въпроса, зададени към децата (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10).

Таблица № 53 Помагат ли ти дори, когато можеш сам?

Въпрос 1	Да	Не	Общо
Брой отговори	217	83	300
%, Sp	72,3%, 2,6	27,7% 2,6	100%
Брой точки	434 /217	83 /166	517 / 383
\bar{X}	2	1	1,72 / 1,27
$\pm SD$	0	0	0,49
Индекс	5	1	4,3 / 3,19

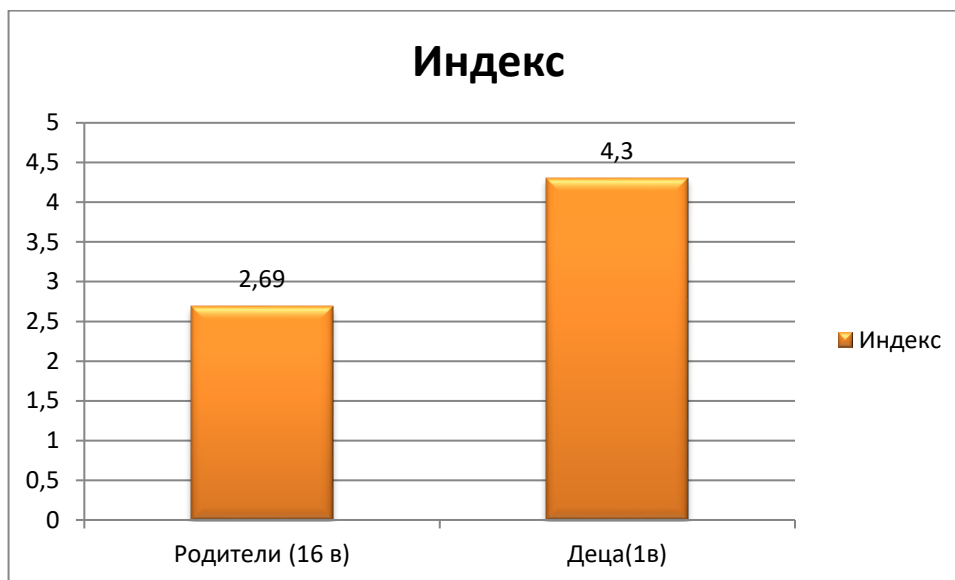
От резултатите от таблицата се вижда, че данни за авторитарен стил на възпитание преобладава в изследваната група. Близко $\frac{3}{4}$ от децата са позитивни за авторитарен тип на възпитание. Само при $\frac{1}{4}$ не се прилага този тип възпитание. По-голяма част от децата усещат оказваната от родителите помощ. Открива се и доста висок индекс за авторитарност - 4,3.

Фиг. 13 Сравнение на отговорите между родители и деца



При сравнението на отговорите на родители и деца се вижда достоверна разлика ($t \% = 4,71, p < 0,0001$). Докато в отговорите на родителите има изравняване на позитивните и негативни отговори и не може да се мисли за наличие на авторитарност, то при децата има достоверно по-голям процент позитивните отговори. Очевидно родителите не осъзнават действията си спрямо децата, докато последните усещат силно закрилата на родителите си.

Фигура №14 Сравнение на индекса за авторитарност при родители и деца



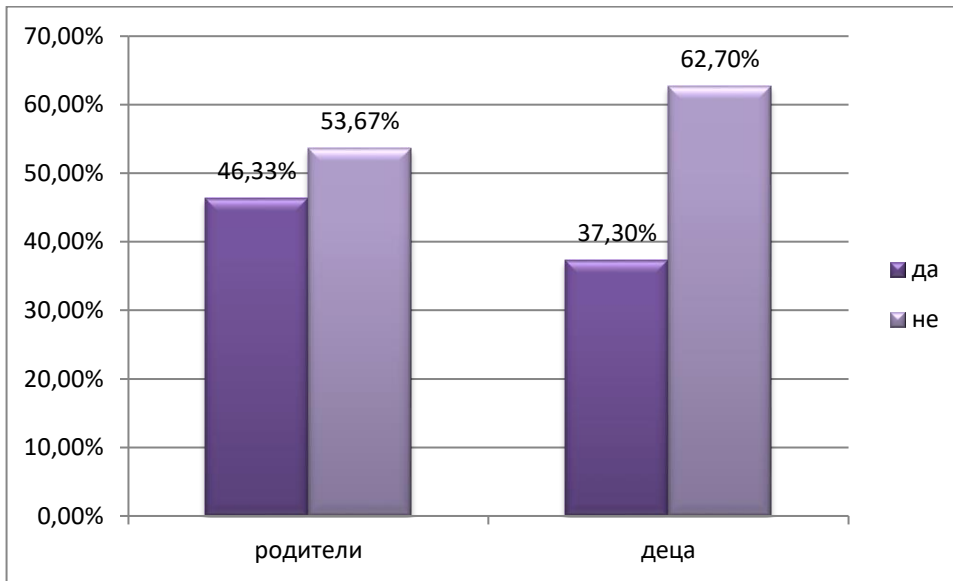
Сравнението на индекса за авторитарност отново доказва достоверно по-ниските стойности при родителите, в сравнение с децата ($t_i=35,77$, $p<0,001$). Високите стойности на децата ни кара да се съмняваме в родителските отговори и да допускаме значително по-високо присъствие на авторитарно възпитание.

Таблица №54 Включват ли се родителите във всичко, което детето прави

Въпрос 2	Да	Не	Общо
Брой отговори	112	188	300
%, Sp	37,3, 2,8	62,7, 2,8	100%
Брой точки	224	188	412
\bar{X}	2	1	1,37 /1,59
$\pm SD$	0	0	0,48
Индекс	5	1	3,45 /3,98

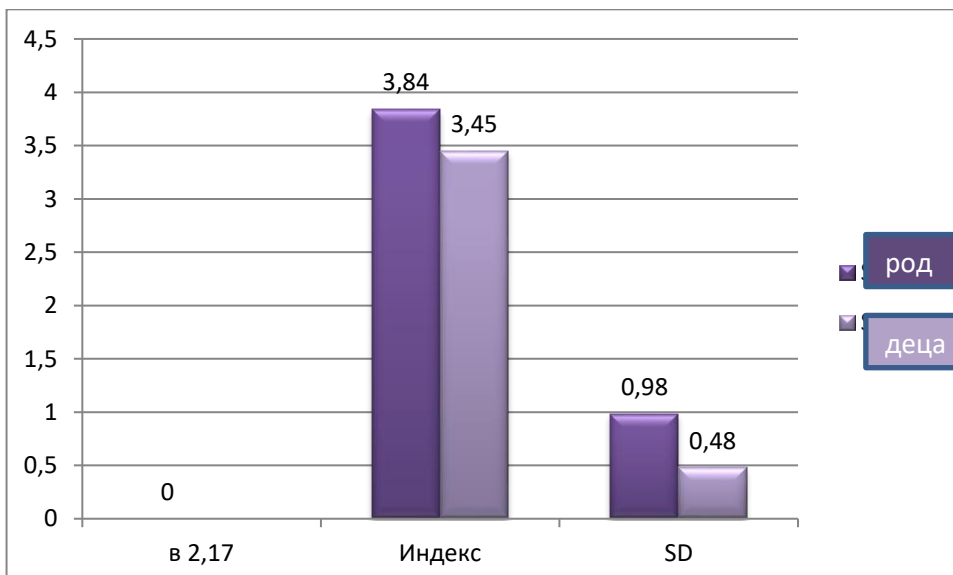
На този въпрос близо 1/3 от децата отговарят положително, а останалите 2/3 са на мнение, че родителите им не участват във всяко занимание. Средният индекс за авторитарност в групата не е висок 3,45. Според тази стойност децата не дават данни за авторитарен стил на възпитание.

Фигура №15 Сравнение в отговорите между родители и деца



Сравнението на отговорите на деца и родители показва, че родителите са по-загрижени за децата си, отколкото децата предполагат. Достоверността на разликата в отговорите показва вярването на родителите, че участват в по-значима степен в заниманията на децата си, отколкото децата го забелязват ($t = 2,25, p < 0,05$).

Фигура №16 Сравнение в индекса за авторитарност на деца и родители



$t_i = 4,48, p < 0,001$

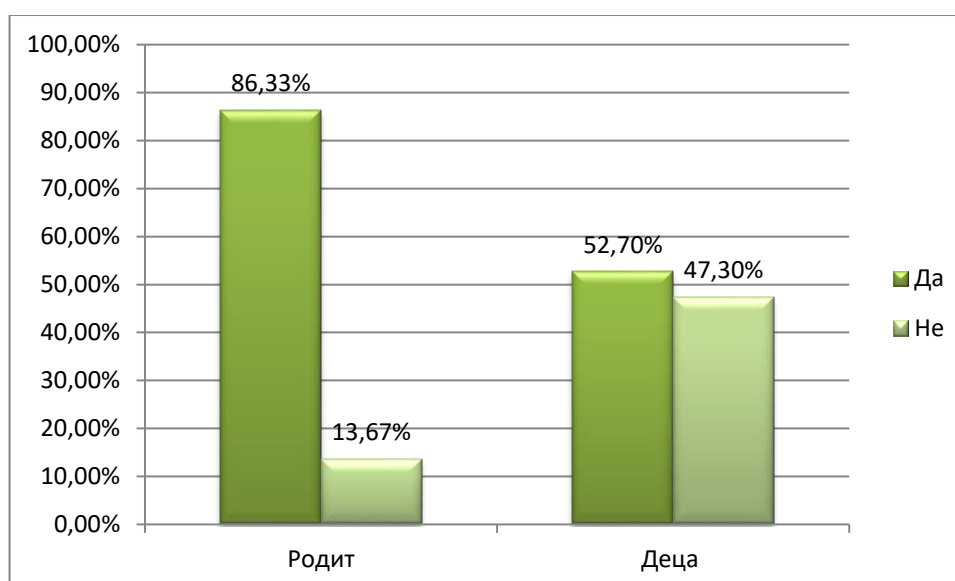
От сравнението се вижда относително по-висок индекс при родителите, в сравнение с децата. И деца и родители са в границите на неутралното поведение за авторитарност. И тук се вижда достоверно по-висок индекс при родителите.

Таблица №55 Дали родителите се притесняват, когато водят децата си на лекар

Въпрос 3	Да	Не	Общо
Брой отговори	158	142	300
%, Sp	52,7%, 2,9	47,3%, 2,9	100%
Брой точки	316	142	458
\bar{X}	2	1	1,52
$\pm SD$	0	0	0.50
Индекс	5	1	3,8

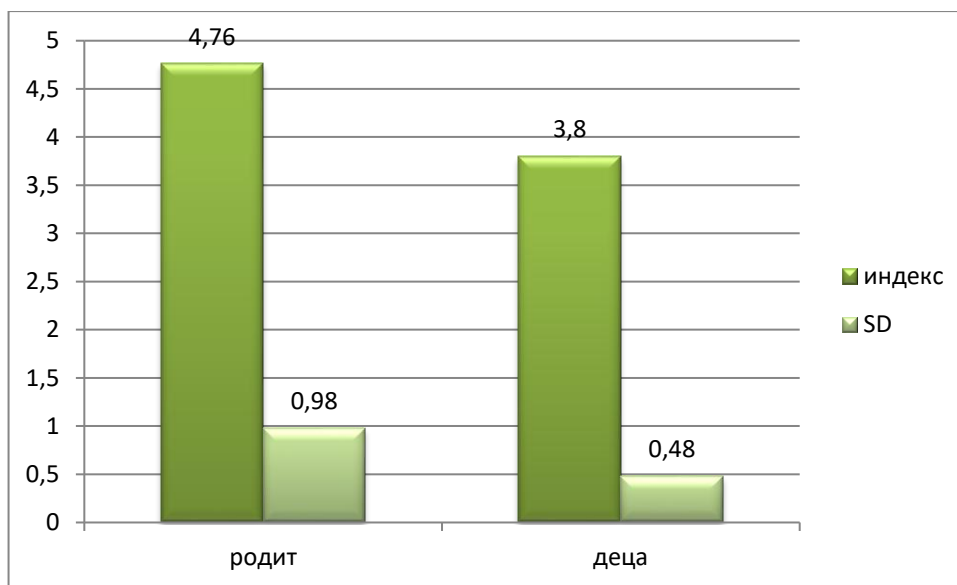
Повече от половината от родителите отговарят положително, а близо 47,3% отговарят, че нямат подобни притеснения. Здравето на детето е много деликатен въпрос, за който родителят носи отговорност. Част от общото здраве е дентално здраве на детето. Грижите за него изискват постоянство и упоритост, което ще доведе до развитие на правилни навици за орална хигиена. Дори прекалената загриженост не говори за свръхпротекция, когато става въпрос за здраве. На този въпрос има слаби данни за авторитарност. Индексът е в сферата на неутралното, но в горната му граница.

Фигура № 17 Сравнение относителния дял на позитивни и негативни отговори между родители и деца



Сравнението на родителското притеснение за здравето на детето отново се разминава при родители и деца. Около половината от децата са схванали родителското притеснение, докато по-голямата част от родителите признават притесненията си. Открива се достоверна разлика между тях ($t = 7,47, p < 0,001$). Този факт говори, че родителите макар и да се притесняват, в по-голямата си част не показват това на децата и за тях не представлява травма. Все пак половината от децата са схванали притесненията и това може да формира неправилно отношение в тях.

Фигура № 18 Сравнение в индекса на родители и деца (3,13 въпрос)



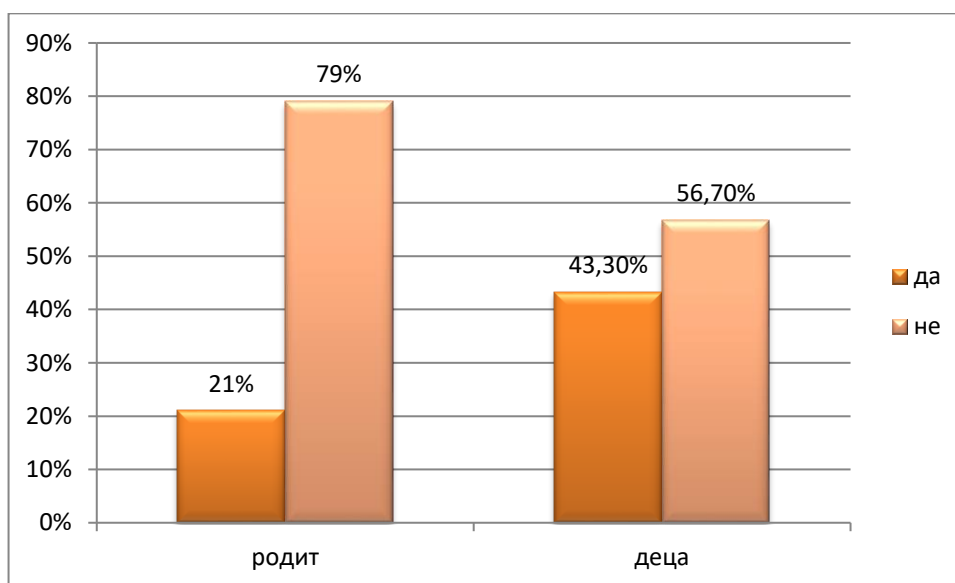
От анализа на данните за индекса при деца и родители се вижда достоверно по-високи стойности при родителите ($t_i = 14,54, p < 0,0001$). Това подкрепя горните твърдения.

Таблица №56 Принуждават ли го да прави, каквото му казват?

Въпрос 4	Да	Не	Общо
Брой отговори	130	170	300
%, Sp	43,3%	56,7%	100%
Брой точки	260	170	430
\bar{X}	2	1	1,43
$\pm SD$	0	0	0,48
Индекс	5	1	3,57

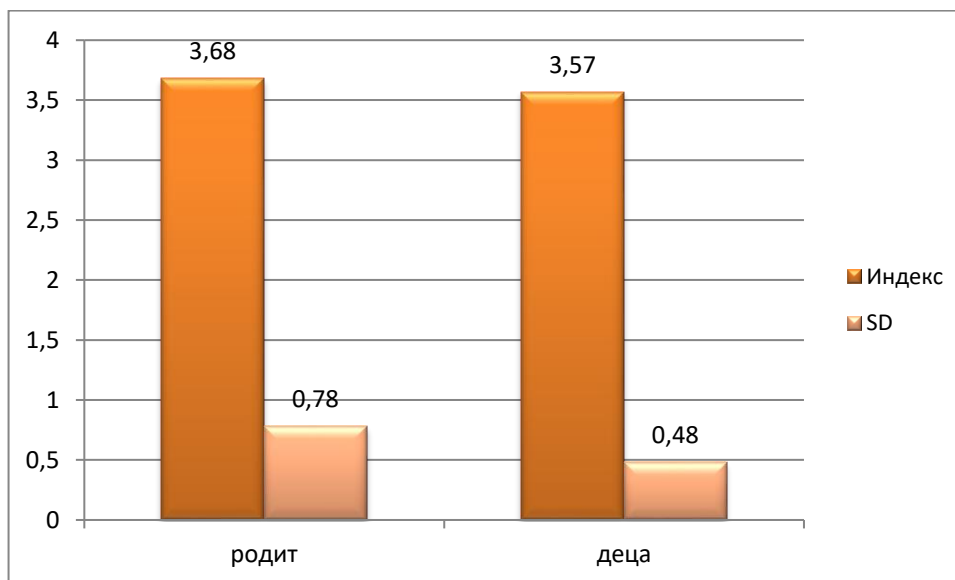
Малко повече от половината деца не усещат принуда от родителите. Останалата половина обаче усещат такава. Индексът за авторитарност по този въпрос е по-висок от средния 3,57, което показва слаба позитивност за авторитарно възпитание.

Фигура №19 Сравнение на позитивни и негативни отговори между родители и деца (въпроси 19 и 4)



И по този въпрос забелязваме разминаване между родителските и детските усещания. Докато при децата близо половината усещат принудата, то само една пета от родителите признават за проява на принуда към децата си. Разликата е достоверна ($t = 3,31$, $p < 0,001$). Очевидно е, че родителите не осъзнават поведението си и ефекта, който то оказва върху децата.

Фигура № 20 Сравнение между индексите на родители и деца (въпроси 19 и 4)



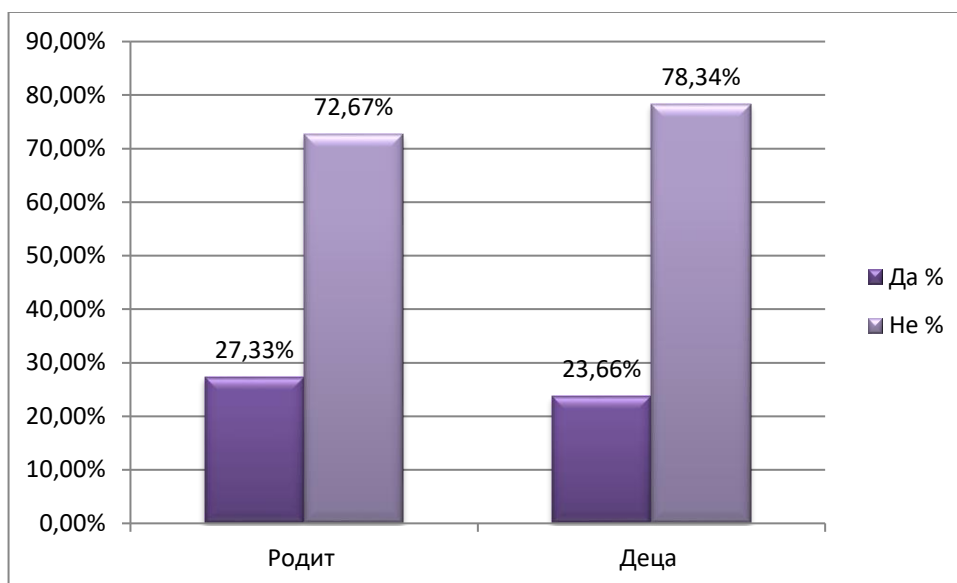
Индексът за авторитарност по този въпрос е в границите на леката позитивност. При това сравнение се открива достоверно по-висока стойност при родителите ($t_i = 2,2$, $p < 0,05$). Този резултат обективизира поведението на родителите и показва достоверността на въведения индекс за улавяне на търсените явления.

Таблица №57 Наказват ли детето, ако не изпълнява нареждане

Въпрос 5	Да	Не	Общо
Брой отговори	71	229	300
%, Sp	23,66%	76,34%	100%
Брой точки	142	229	371
\bar{X}	2	1	1,23
$\pm SD$	0	0	0,52
Индекс	5	1	3,07

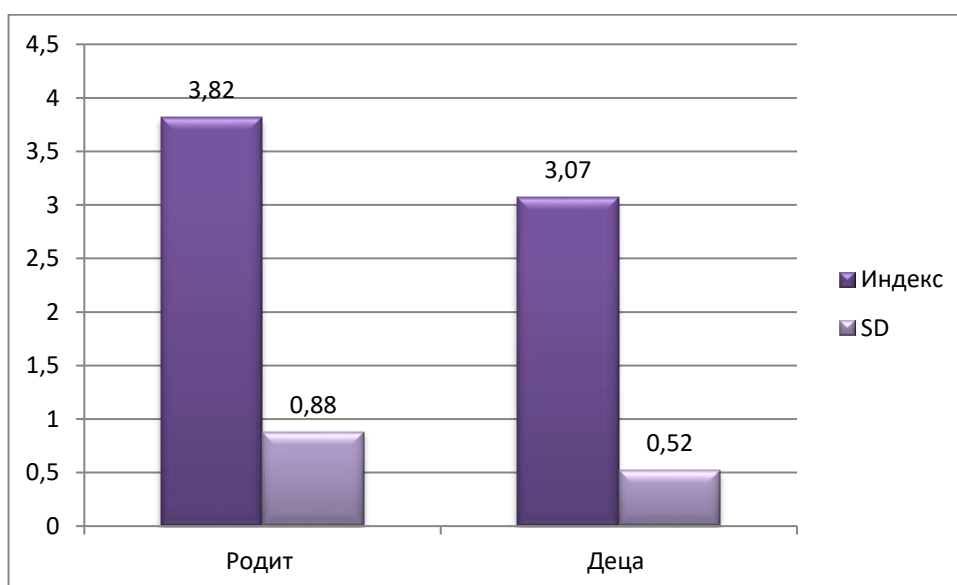
Получените данни от децата показват, че само една четвърт от тях са подложени на наказания. Общият индекс за авторитетност в групата по този въпрос е малко под средната стойност. Въпреки това стойността от 3 за този индекс показва малко по-високо присъствие, в сравнение с относително малкия брой деца, признаващи наказанията. И тук индексът е по-чувствителен и показва скрити тенденции.

Фигура № 21 Сравнение на отговорите между родители и деца (въпроси 19 и 4)



Сравнението на относителните дялове с позитивни и негативни отговори при деца и родители не показва достоверни разлики по този въпрос ($t^0 = 0,52$, $p > 0,05$). Тези резултати говорят, че има сходство между двете групи и наличието на авторитарност чрез наказанията на детето не надвишават една четвърт от случаите.

Фигура № 22 Сравнение на индексите между родители и деца (въпроси 19 и 4)



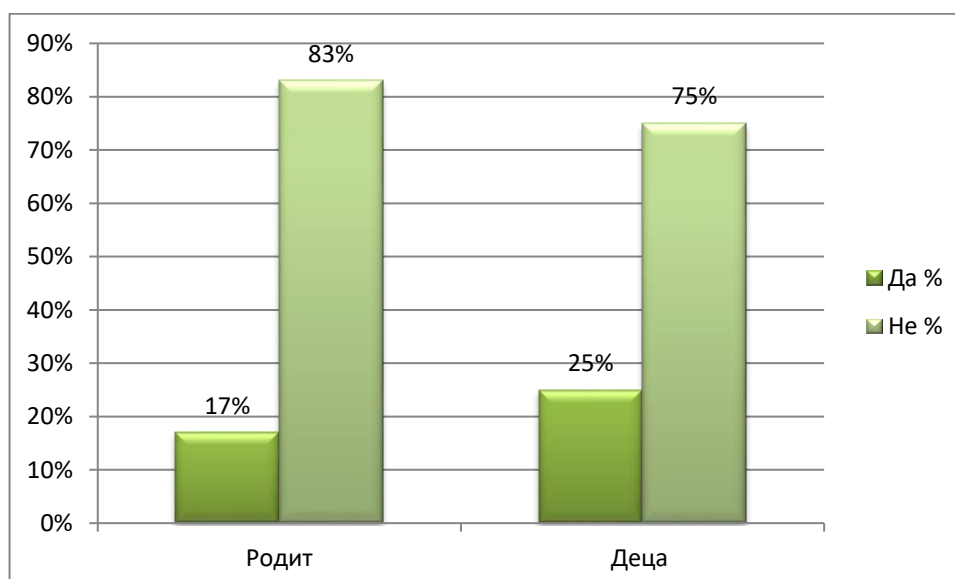
Сравнението на индекса за авторитарност по този въпрос показва обаче достоверно по-големи стойности при родителите ($t_i = 12,93$, $p < 0,001$). Отново индексът показва прикритата картина. Макар и стойностите да са в границите на неутралното, то родителите показват малко над средните стойности, което загатва за наченки на авторитарност.

Таблица № 58 Често ли наказват детето

Въпрос 9	Да	Не	Общо
Брой отговори	75	225	300
%, Sp	25%, 2,5	75%, 2,5	100%
Брой точки	150	225	375
\bar{X}	2	1	1,25
$\pm SD$	0	0	0,51
Индекс	5	1	3,12

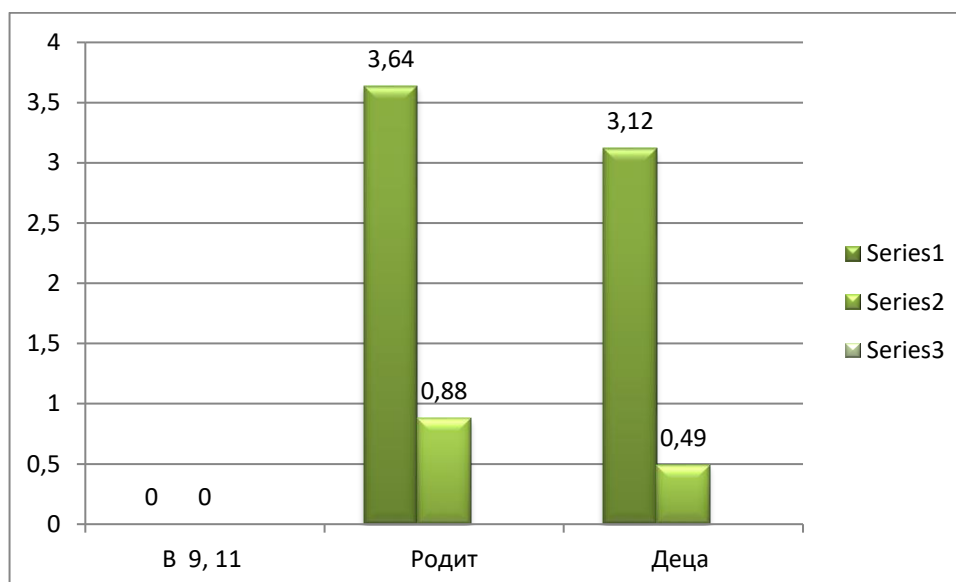
Авторитарните родители често подлагат децата си на наказание. Когато децата получават чести наказания, те могат да израснат враждебни и агресивни. Родителите, които наказват децата си могат да отгледат тревожни и провокиращи деца. Една четвърт от децата са наказвани, а останалата по-голяма част не са подлагани на наказание. Индексът е в неутралната за авторитарност скала.

Фигура №23 Сравнение в отговорите на родители и деца (въпроси 11 и 9)



В общи линии и деца, и родители свидетелстват за наказания в една малка част. Няма достоверност в разликите за двете групи ($t^0 = 1,1$, $p > 0,05$). Все пак е притеснителен фактът, че близо една пета от децата се наказват често и този факт се доказва с резултатите.

Фигура №24 Сравнение на индексите между родители и деца (въпроси 11 и 9)



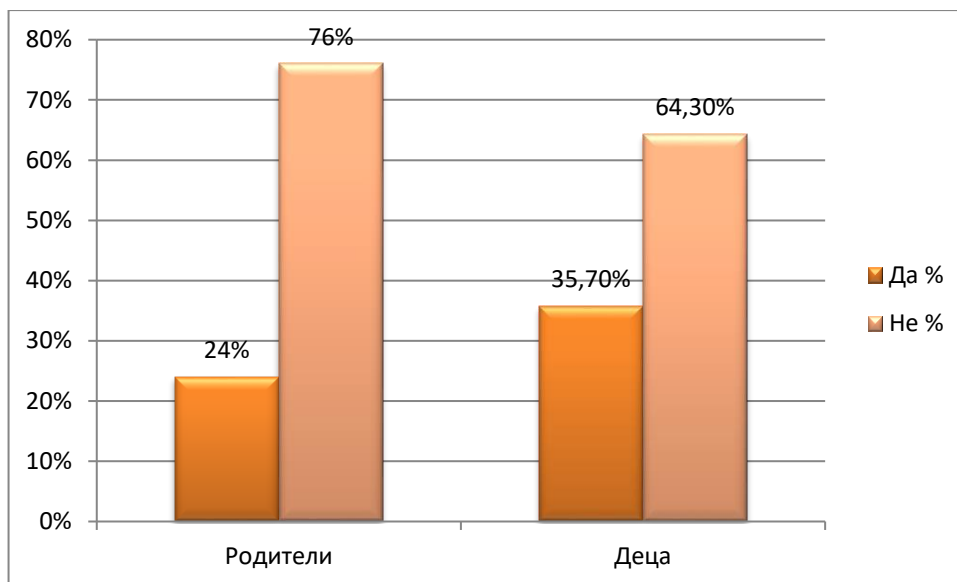
Индексът за авторитарност по този въпрос е в границите на неутралното и за двете групи. В същото време се вижда, че родителите имат достоверно по-висок индекс за авторитарност, в сравнение с децата ($t_i = 9,28$ $p < 0,001$). Това показва, че независимо от относително малкия дял на наказваните деца, родителите имат склонност да прилагат често наказания.

Таблица №59 Често ли родителите се ядосват и викат на детето

Въпрос 10	Да	Не	Общо
Брой отговори	107	193	300
%, Sp	35,7%, 2,8	64,3%, 2,8	100%
Брой точки	214	193	407
\bar{X}	2	1	1,35
$\pm SD$	0	0	0,46
Индекс	5	1	3,37

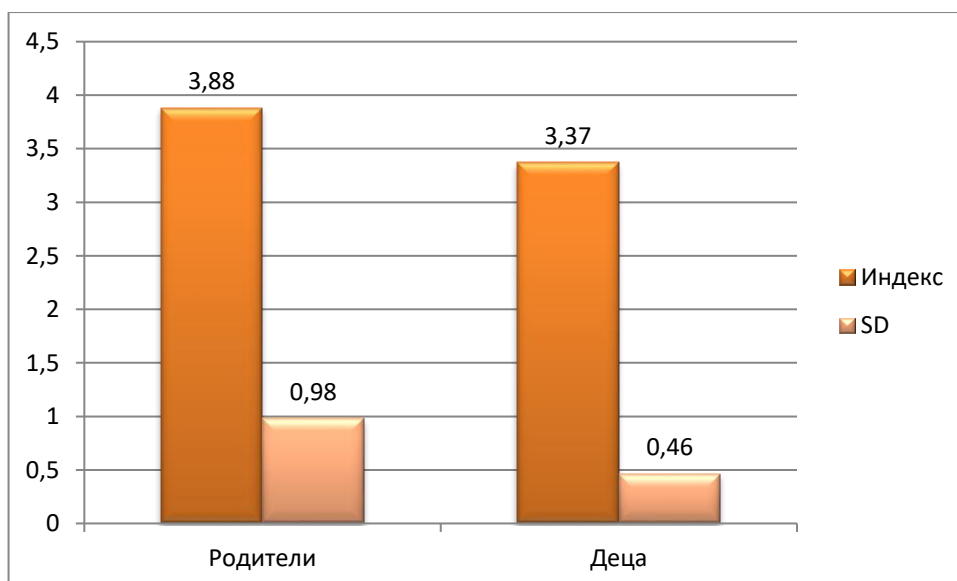
Викането срещу ядосано дете подсилва негативните чувства, които то изпитва. Родителският гняв дава пример за подражание, който децата лесно възприемат. Доста висок процент деца (35,7%) са възпитавани по този начин. Индексът за авторитарност е в неутралната скала.

Фигура №25 Сравнение между отговорите на родители и деца (въпроси 12 и 10)



Децата в по-голям процент съобщават за често ядосване и викане на родителите, но няма достоверност в разликата между тях ($t = 1.58$ $p > 0,05$). Вероятна причина е малкият брой случаи, отговарящи така. Отново обаче се откриват признаци за авторитарност по този въпрос в приблизително същата част от изследваната група – около една четвърт.

Фигура №26 Сравнение в индексите на родители и деца (въпроси 12 и 10)



Макар стойностите на индексите за авторитарност по този въпрос да са в границите на неутралното поведение, родителите имат достоверно по-висок индекс от децата, което потвърждава, че на този въпрос отговорите свидетелстват за слаба позитивност за авторитарност ($t_i = 8,22$ $p < 0,001$).

Таблица № 60 Обобщени резултати за авторитарност

Общо деца	позитивни	негативни	общо	t, p
Брой отговори	870	1230	2100	t поз%=1,82 p<0,05 t _i =37,5 p<0,0001
%	41,42%	58,58%	100%	
Брой точки	1740	1230	2907	
\bar{X}	2	1	1,38	
$\pm SD$	0	0	0,61	
Индекс	5	2,5	3,45	
Общо родители				
Брой отговори	778	1322	2100	t _i поз=36,29 p<0,0001
%	37,05%	62,95%	100%	
Брой точки	3164	2366	5672	
X Индекс	4,06	1,78	2,70	
$\pm SD$	0,77	0,98	1,01	

От обобщението на резултатите се вижда, че децата показват в по-голяма степен признаци за наличие на авторитарно възпитание, в сравнение с родителите си. Потвърдено е с най-малката достоверност ($t = 1,82$, $p < 0,05$). Оказва се, че присъствието на този стил на възпитание се среща в около 40% от случаите.

Индексът за авторитарност е достоверно по-висок при децата, в сравнение с този, на родителите ($t = 36,29$, $p < 0,001$). Това показва, че децата усещат в по-голяма степен авторитарния стил, отколкото родителите смятат, че използват при възпитанието. Стойностите са в границите на неутралното поведение по отношение на цялата група, но все пак са над средната стойност.

Незаинтересован стил на възпитание според децата

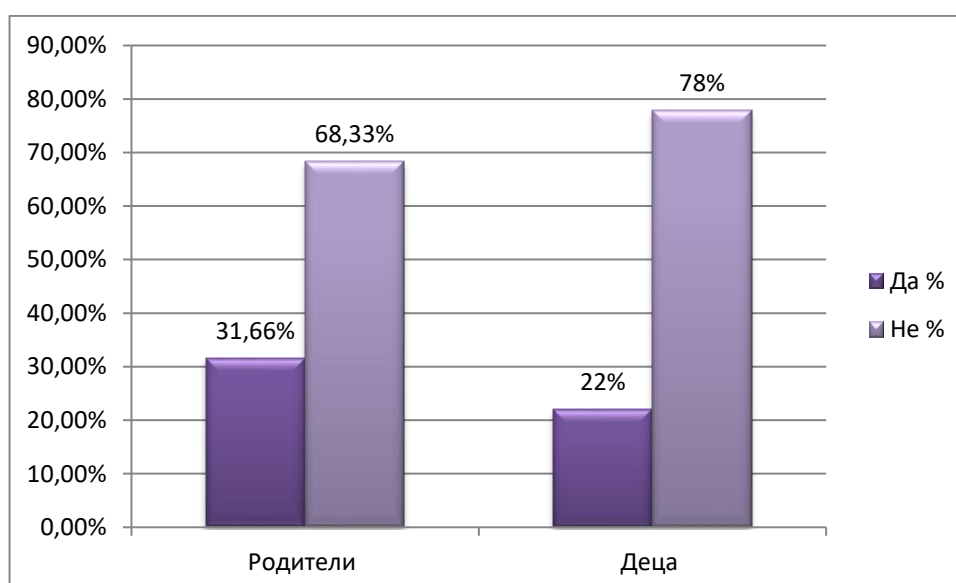
Незаинтересованият родител възпитава със слабо изразени ограничения и изисквания. Налице е липса на интерес към родителските функции и възпитателен такт. Безразлични са към децата и техните занимания, разрешават им да правят всичко.

Таблица № 61 Позволяват ли на детето да прави всичко, което иска

Въпрос 11	Да	Не	Общо
Брой отговори	66	234	300
%, Sp	22%, 2,4	78%, 2,4	100%
Брой точки	132	234	366
\bar{X}	2	1	1,22
$\pm SD$	0	0	0,49
Индекс	5	1	3,05

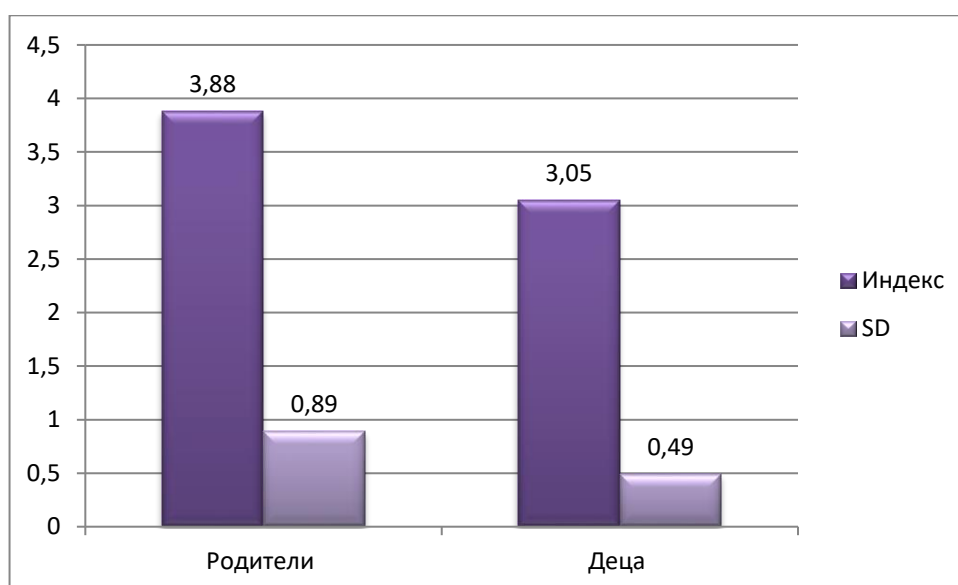
На въпроса дали на детето е позволено да прави всичко, което иска, който разкрива незаинтересованост от страна на родителя, около една четвърт (22%) от децата отговарят положително. Индексът е в неутралната за незаинтересованост зона, но все пак е по-висок от средния 3,05.

Фигура №27 Сравнение в отговорите на родители (23 въпрос) и деца (11 въпрос)



При сравнение на отговорите по този въпрос от родители и деца се вижда, че достоверно по-голяма част от родителите признават за незаинтересованост ($t\% = 2,69$ $p < 0,05$). Децата не са усетили в същата степен незаинтересоваността на родителите си. Този факт говори за две явления. Вероятно родителите са дали повече позитивни отговори, смятайки, че звучи по-толерантно да позволяваш на детето всичко. В същото време макар наличие на достоверна разлика в двете групи, става ясно, че малко повече от една пета от децата са възпитавани с елемент на незаинтересованост.

Фигура №28 Сравнение на индексите между родители (въпрос 23) и деца (въпрос 11)



Сравнението на индекса за незаинтересованост по този въпрос показва, че от една страна и в двете групи стойностите са над средните, но при родителите е с достоверно по-високи стойности ($p < 0,05$). Това говори за слаба позитивност за незаинтересовано възпитание.

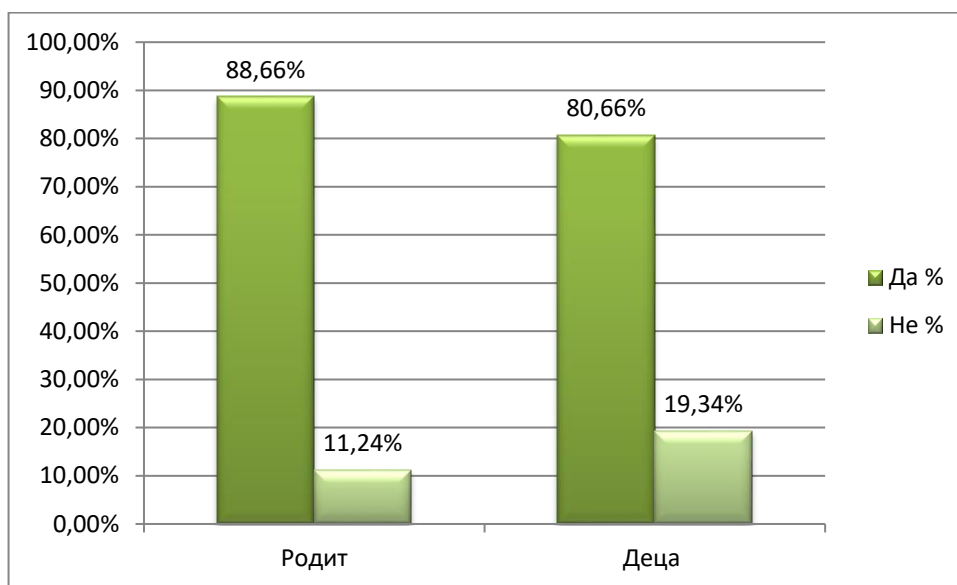
Таблица № 62 Правят ли му забележка, ако се държи лошо

Въпрос 12	Да	Не	Общо
Брой отговори	242	58	300
%, Sp	80,66%, 2,3	19,34%, 2,3	100%
Брой точки	242	116	358
\bar{X}	1	2	1,19
$\pm SD$	0	0	0,51
Индекс	1	5	2,97

Резултатите от този въпрос показват незаинтересованост при възпитанието на близо една пета от децата. Те отговарят, че не им правят забележка при лошо поведение. Отново се оформя подобна група, както и при предишния въпрос.

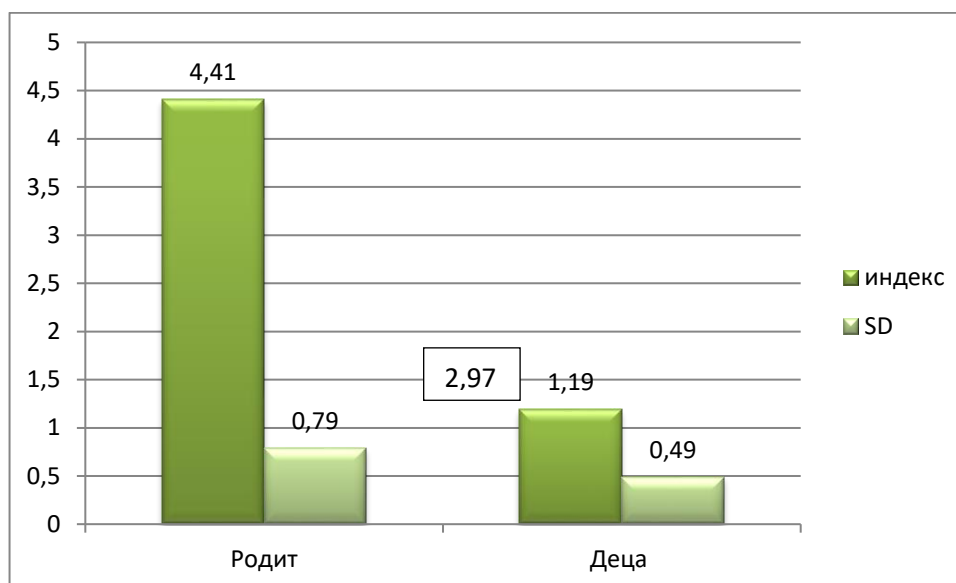
От друга страна общият индекс за незаинтересованост по този въпрос е малко над средната стойност, въпреки че е в зоната на неутралното поведение.

Фигура 29 Сравнение в отговорите на родители (въпрос 29) и на деца (въпрос 12)



При сравняване на родители и деца за незаинтересованост по този въпрос се открива, че родителите в много по-малка степен си признават, че не правят забележки. Разликата между отговорите на родители и деца е достоверна ($t=3,19$, $p<0,001$). Очевидно е, че част от родителите прикриват реалното си отношение.

Фигура № 30 Сравнение в индекса между родители(въпрос 29) и деца (въпрос12)



От сравнението на индексите за незаинтересованост става ясно, че в групата на родителите този индекс е чувствително по-висок ($t_i = 30,18$ $p < 0,001$). Индексът за незаинтересованост при родителите е в границите на положителните стойности.

Таблица №63 Споделяне на детето с родителите за приятелите си

Въпрос 14	Да	Не	Общо
Брой отговори	254	46	300
%, Sp	84,7%, 2,1	15,33%, 2,1	100%
Брой точки	254	92	346
\bar{X}	1	2	1,15
$\pm SD$	0	0	0,51
Индекс	1	5	2,87

Според получените резултати 15% от децата не споделят с родителите си това, което се случва с приятелите им. Липсата на споделяне говори, че родителите не се интересуват от онова, което е важно за детето. Очевидно липсата на заинтересованост от тяхна страна спира децата от подобни действия. В същото време общият индекс за незаинтересованост е 2,87. Като цяло тази стойност показва неутралност по отношение

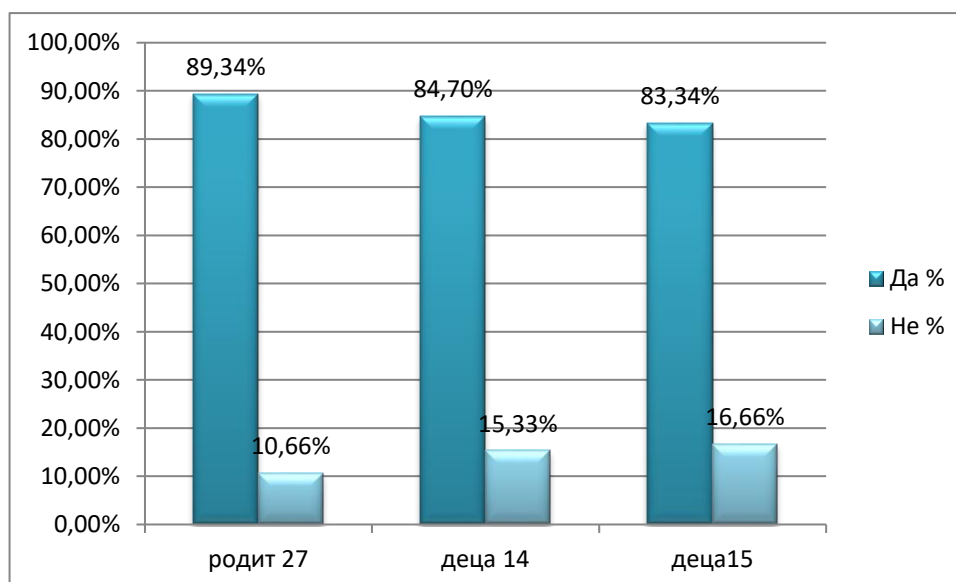
на незаинтересоваността, но въпреки това не бива да се пропуска факта, че стойността е малко над средната.

Таблица №64 Родителите интересуват ли се от това

Въпрос 15	Да	Не	Общо
Брой отговори	250	50	300
%, Sp	83,34%, 2,2	16,66%, 2,2	100%
Брой точки	250	100	350
\bar{X}	1	2	1,16
$\pm SD$	0	0	0,49
Индекс	1	5	2,9

Отговорите на следващия въпрос допълва информацията на предишния, като се пита дали родителите се интересуват от приятелите на детето. Получените резултати повтарят приблизително предишните, което валидизира 15 -16% от родителите, които проявяват незаинтересованост. Индексът е в същите граници.

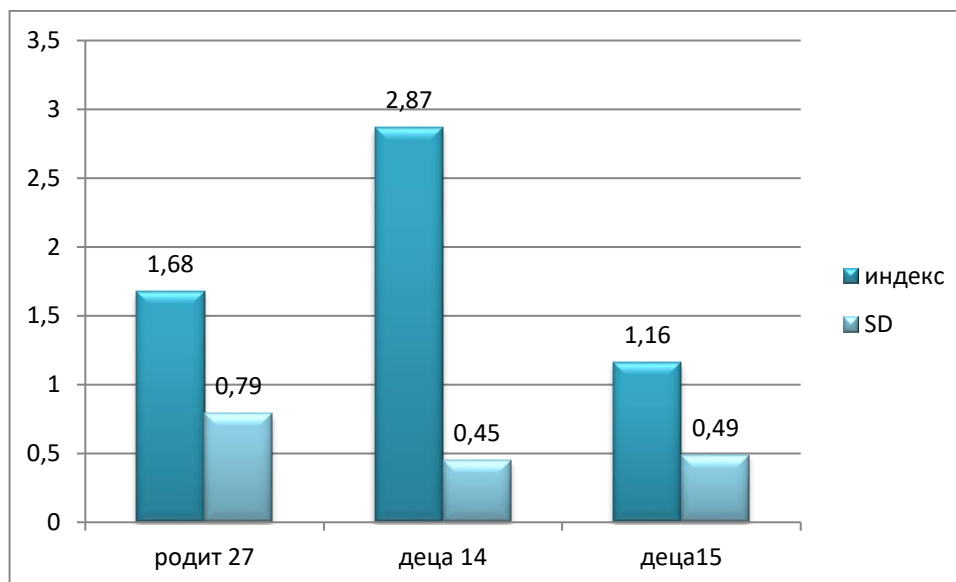
Фигура №31 Сравнение между родители (въпрос 27) и деца (въпроси 14 и 15)



От проведеното сравнение между отговорите на родители и деца се вижда, че родителите в достоверно по-малка степен признават за незаинтересоваността си към децата. И по двата зададени въпроса се получават достоверни разлики с отговорите на

родителите ($t_{14}=1,72$ $p>0,05$, $t_{15}=2,2$, $p<0,05$). Групата на незаинтересованите родители не е голяма, но тя присъства и представлява проблем.

Фигура №32 Сравнение на индекса за незаинтересованост при родители (въпрос 27) и деца (Въпроси 14 и 15)



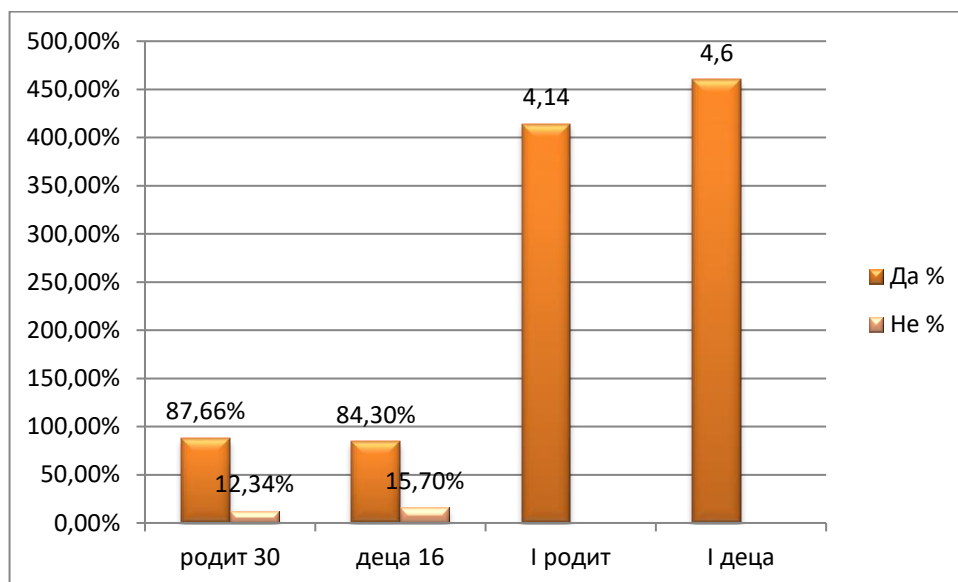
От получените резултати за тези въпроси се вижда, че индексът за незаинтересованост при родителите е много нисък. Интересно е, че индексът при децата за въпрос 14, където става въпрос за споделяне с родителите, индексът при децата е достоверно по-висок ($t_{14}=22,88$ $p<0,001$), докато за въпрос 15, където се пита дали родителите се интересуват от приятелите на децата, индексът е достоверно по-нисък от родителския ($t_{15}=10$, $p<0,001$). От тези резултати може да се предположи, че има и други причини за несподеляне на децата, освен проявената незаинтересованост на родителите към приятелите на детето.

Таблица № 65 Говорят ли си често с родителите

Въпрос 16	Да	Не	Общо
Брой отговори	253	47	300
%, Sp	84,3%, 2,1	15,7%, 2,1	100%
Брой точки	253	94	347
\bar{X}	1	2	1,15
$\pm SD$	0	0	0,49
Индекс	1	5	2,87

И при този въпрос се забелязва същата тенденция. Около 16% от децата не разговарят често с родителите си, а индексът за незаинтересованост е също в зоната на неутралното, но малко над средната.

Фигура № 33 Сравнение между родители (въпрос 30) и деца (въпрос 16)



По този въпрос липсва достоверна разлика в отговорите на родители и деца ($t^*=1,18$ $p>0,05$). Потвърждава се група от около 15% родители, които проявяват незаинтересованост. По отношение на индекса за незаинтересованост се открива достоверно по-високи стойности при децата, в сравнение с родителите ($t_i=7,3$ $p<0,001$). Това говори, че децата много по-силно усещат липсата на интерес към тях в родителите си.

Таблица № 66 Разказва ли на родителите си случилото се през деня

Въпрос 18	Да	Не	Общо
Брой отговори	240	60	300
%, Sp	80%, 2,3	20%, 2,3	100%
Брой точки	240	120	360
\bar{X}	1	2	1,2
$\pm SD$	0	0	0,49
Индекс	1	5	3,0

При този въпрос се оформя относително по-голяма група деца с родители, които не показват интерес към децата си – 20%. Малко по-висок е и средният индекс за незаинтересованост в групата деца, макар и да е в неутралната зона.

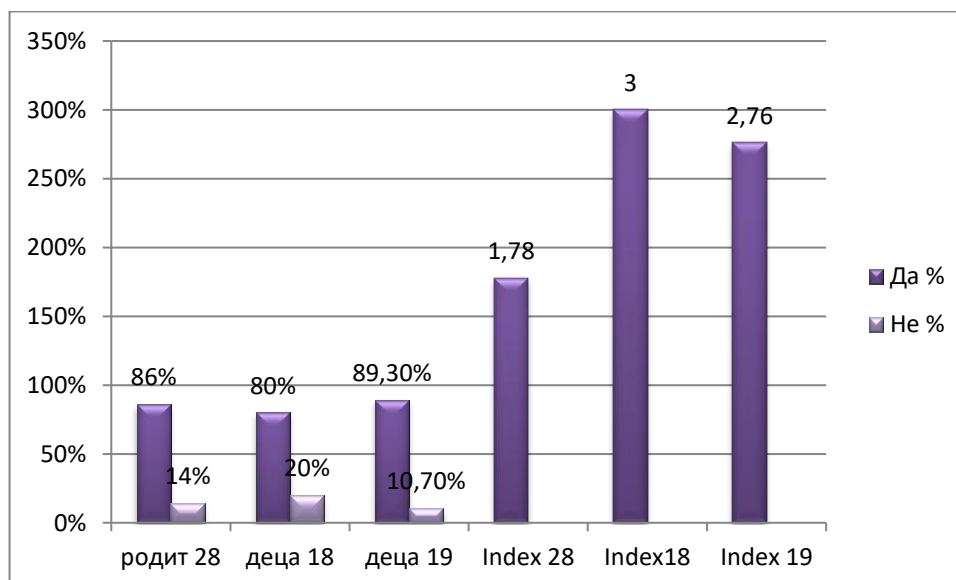
Още един въпрос към децата беше използван за разкриване на незаинтересованост при възпитанието на родителите. Това е дали децата се успокояват, когато са разстроени.

Таблица №67 Успокояват ли го, когато е разстроено

Въпрос 19	Да	Не	Общо
Брой отговори	268	32	300
%, Sp	89,3%, 2,3	10,7%, 2,3	100%
Брой точки	268	64	332
\bar{X}	1	12	1,1
$\pm SD$	0	0	0,51
Индекс	1	5	2,76

На този въпрос се открива незаинтересованост само в една десета от родителите. Индексът отново е в зоната на незаинтересованост.

Фигура №34 Сравнение между родители (въпрос 28) и деца (въпроси 18 и 19)



От сравнението на отговорите става ясно, че няма достоверна разлика между родителите и двата въпроса към децата ($t_{18\%} = 1,92, p > 0,05$; $t_{19\%} = 1,23, p > 0,05$). Що се отнася до индекса за незаинтересованост, и за двата въпроса към децата съществуват достоверно по-високи стойности, в сравнение с родителския индекс ($t_{i18} = 19,06, p < 0,001$; $t_{i19} = 15,07, p < 0,001$; $t_{i18,19} = 6, p < 0,001$). Тези резултати отново показват по-голямата чувствителност на децата към незаинтересоваността на родителите си, а родителите не осъзнават последствията от възпитанието си.

Таблица № 68 Мама винаги ли го обича

Въпрос 22	Да	Не	Общо
Брой отговори	275	25	300
%, Sp	91,7%, 1,6	8,3%, 1,6	100%
Брой точки	275	50	325
\bar{X}	2	1	1,08
$\pm SD$	0	0	0,52
Индекс	5	1	2,79

Любовта към детето трябва да бъде действено чувство, което се изразява в уважение, последователна вискателност и умерена доброта. Родителите трябва да осигурят спокойна и защитена среда, за да може детето да се развива нормално. Близко 90% от децата отговарят на въпроса положително. Малка част от децата едва 8,3% отговарят отрицателно. Индексът е близко до неутралния 2,79.

Таблица №69 Казвали майката , че няма да го обича, ако е постъпило лошо

Въпрос 23	Да	Не	Общо
Брой отговори	79	221	300
%, Sp	26,3%, 2,5	91,7%, 2,5	100%
Брой точки	158	221	379
\bar{X}	2	1	1,26
$\pm SD$	0	0	0,49
Индекс	5	1	3,15

Понякога родителите използват като мярка за наказание лишаване на децата от майчина любов. Такава мярка е драстична за едно дете, защото подкопава основната ценност и опора, изградена до този момент. Макар такава мярка да изглежда доста жестока, оказва се, че над една четвърт от децата са я получавали. Очевидно е, че при използването ѝ родителите проявяват незаинтересованост към последствията от нея за детето. Индексът е отново с зоната на неутралното, но по-висок от този, при дотук задаваните въпроси.

Таблица № 70 Обобщени резултати за незаинтересовано възпитание

Общо деца	Позитивни	негативни	Общо	t, p
Брой отговори (9)	463	2237	2700	t поз%=1,82 p<0,05 ti=37,5p<0,0 001
%	17,15%	82,85%	100%	
Брой точки	926	2237	3163	
\bar{X}	2	1	1,17	
$\pm SD$	0,52	0,46	0,48	
Индекс	5	1	2,92	
Общо родители				
Брой отговори (5)	237	1263	1500	tipоз=36,29 p<0,0001
%	15,8%	84,2%	100%	
Брой точки	858	1855	2713	
X Индекс	3,62	1,46	1,80	
$\pm SD$	0,77	0,98	1,01	

При обобщаване на резултатите за родители и деца по отношение на незаинтересованост при възпитанието се открива една група между 16 и 17%, в която присъства. Открива се съвсем лек превес в отговорите на децата, подкрепен с най-слабата достоверност ($t\% = 1,82$, $p<0,05$). Средните индекси за цялата група въпроси, разкриващи това възпитание са в границите на неутралните стойности, което говори за слабо присъствие на този стил в цялата изследвана група. По отношение на индекса за незаинтересованост обаче се открива достоверно по-висока стойност за децата, в сравнение с родителите ($t_i=37,5$; $p<0,0001$). Ясно изпъква силната детска чувствителност към такова поведение.

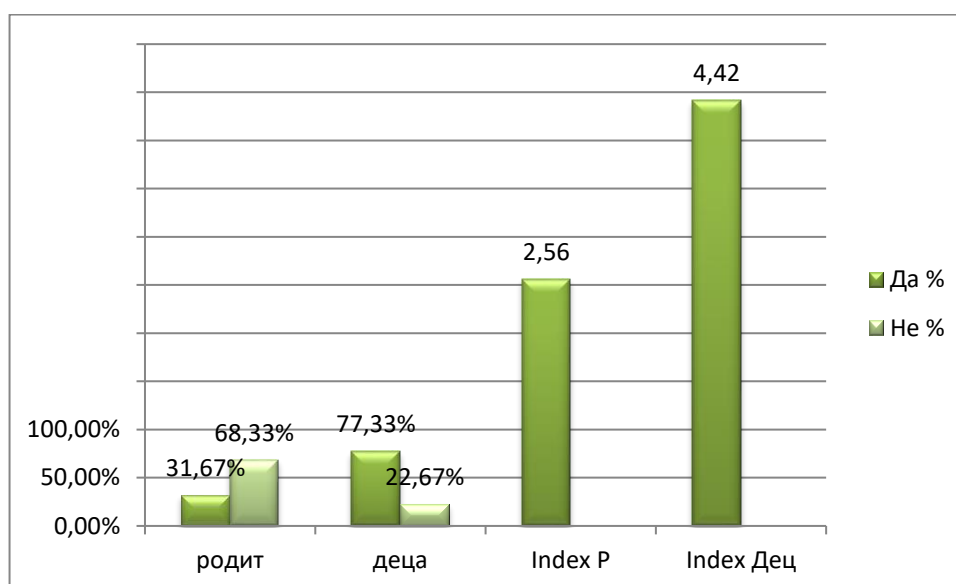
Анализ на толерантния тип възпитание според децата

Таблица № 71 Позволяват ли на детето да избира какво да прави

Въпрос 7	Да	Не	Общо
Брой отговори	232	68	300
%, Sp	77,33%, 2,4	22,67%, 2,4	100%
Брой точки	464	68	532
\bar{X}	2	1	1,77
$\pm SD$	0	0	0,47
Индекс	5	1	4,42

Първият въпрос от групата, която характеризира толерантното възпитание е дали на детето е позволено да прави каквото поиска. Предполага се, че самостоятелното вземане на решения за някои неща способства укрепването на самоувереността и самооценката. Близо четири пети от децата потвърждават толерантното отношение на родителите. Като цяло групата на анкетираните има висок индекс от 4,42 точки, което показва, че децата определят родителите като толерантни.

Фигура № 35 Сравнение на отговорите на родители (27 въпрос) и деца (14 въпрос)



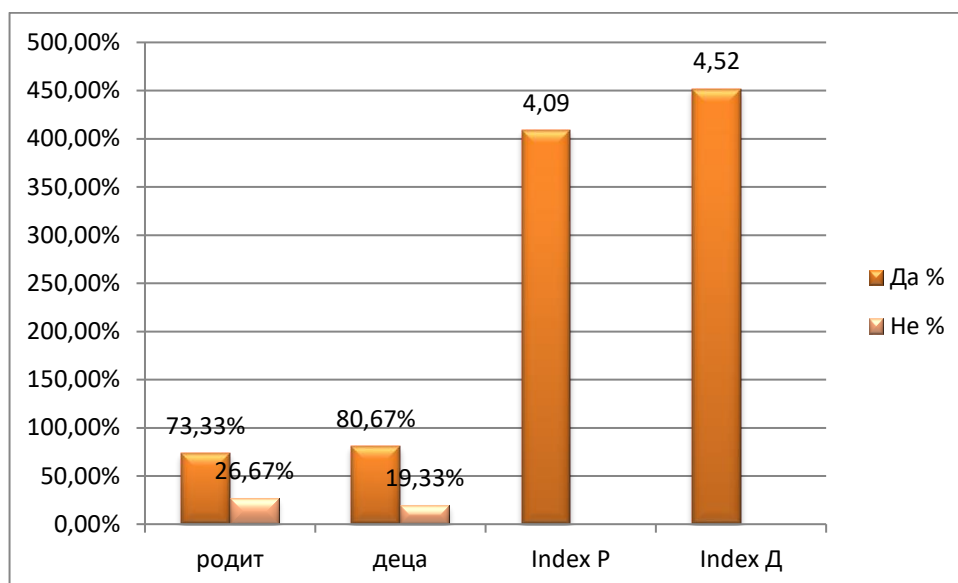
Разрешаването на децата да правят всичко, което поискат говори за толерантност, защото това е най-лесният вариант, който не изисква усилия от страна на родителите да изграждат позитивни качества в децата си. Деца, на които всичко е позволено не спазват правилата на поведение и са трудни пациенти. При сравняване на получените резултати се вижда, че на две от трети от децата им е позволено да правят всички, което им харесва, докато само една трета от родителите си признават това. Съществува достоверна разлика ($t^0 = 5,17$, $p < 0,001$). По отношение на индекса за толерантност отново се открива същата зависимост – децата имат значително по-висок индекс, в сравнение с родителския ($t_i = 31,92$, $p < 0,001$). Вероятно родителите не осъзнават поведението си, а децата се чувстват доста самостоятелни и не чувстват ограничения. Като се има предвид малката възраст на изследваните деца, тази самостоятелност едва ли е полезна за създаване на задължителните норми за поведение.

Таблица №72 Позволяват ли му да прави някои неща сам

Въпрос 13	Да	Не	Общо
Брой отговори	242	58	300
%, Sp	80,67%, 2,3	19,33%, 2,4	100%
Брой точки	484	58	542
\bar{X}	2	1	1,81
$\pm SD$	0	0	0,52
Индекс	5	1	4,5

Този въпрос се задава, за да се получи допълнителна информация за толерантността на родителите. Близко $\frac{1}{4}$ от децата са отговорили, че не им позволяват да правят някои неща сами, а останалите $\frac{3}{4}$ са отговорили положително на въпроса. Това до голяма степен противоречи на предишния въпрос. Индексът за толерантност е в границите на високите стойности, което категорично говори за присъствие на подобен стил на възпитание.

Фигура № 36 Сравнение на отговорите на родители (въпрос 7) и деца (въпрос 13)



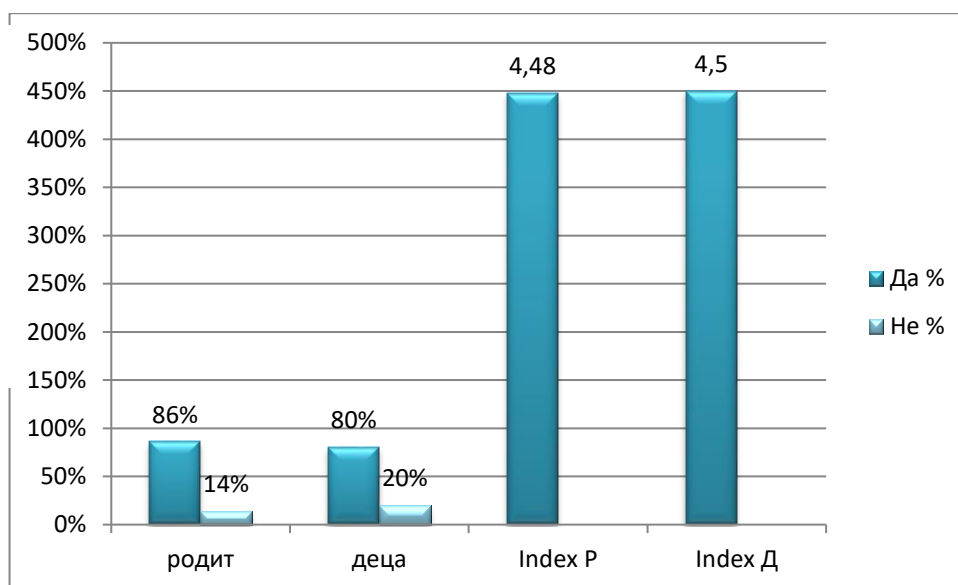
При сравнение на резултатите, получени от родителите и от децата се вижда присъствие на признаци за толерантно отношение при значителна част от случаите. Три четвърти от родителите и четири пети от децата свидетелстват за това. Достоверно по-голяма част от децата смятат, че родителите им позволяват да бъдат самостоятелни ($t\% = 2,11$, $p < 0,01$). Индексът за толерантност е в границите на високите стойности и за двете групи. И тук обаче достоверно по-висок е при децата ($t_i = 7,19$, $p < 0,001$). Отново децата се чувстват много по-свободни, отколкото родителите мислят.

Таблица № 73 Разказват ли децата на родителите си какво им се е случило

Въпрос 18	Да	Не	Общо
Брой отговори	240	60	300
%, Sp	80%, 2,3	20%, 2,4	100%
Брой точки	480	60	540
\bar{X}	2	1	1,80
$\pm SD$	0	0	0,49
Индекс	5	1	4,5

Отговорите на този въпрос показва, че 80% от изследваните деца споделят с родителите си. Една пета от децата обаче не правят това, което говори за липса на толерантно отношение на родителите, което да ги предразположи към този акт. Следният индекс за толерантност по отношение на този въпрос също е в граници на много високите стойности. Това означава, че голямата част от родителите прилагат толерантност при възпитанието на децата си.

Фигура № 37 Сравнение на родители (въпрос 28) и деца (въпрос 18)



Сравнението по тези въпроси показва много високо разпределение на толерантното възпитание и според двете изследвани групи. Има слабо изразен превес на схващанията на родителите, че децата им разказват за случилото се през деня. Той е подкрепен с най-ниската степен на достоверност ($t\% = 1,9$ $p < 0,05$). Индексът е във високата зона за толерантност и няма достоверна разлика между двете групи ($t_i = 0,34$ $p > 0,05$).

Таблица № 74 Обобщени данни за толерантно поведение

Деца (7, 11, 13, 14, 15, 16, 18) и родители (7, 23, 27, 28, 29, 30)

Общо деца	позитивни	негативни	общо	t, p
Брой отг.	1537	563	2100	t поз%=2,21 p<0,01 tiпоз=12,3 p<0,001
%	73,10%	26,9%	100%	
Брой точ.	2317	706	3023	
\bar{X}	2	1	1,43	
$\pm SD$	0,52	0,46	0,51	
Индекс	5	1	3,7	
Общо родители				
Брой отг.	1373	427	1800	
%	76,28%	23,72%	100%	
Брой точки	6028	989	7017	
X Индекс	4,39	2,31	3,89	
$\pm SD$	0,79	0,89	1,02	

От обобщението на резултатите за толерантния стил на възпитание се открива голямото му присъствие в изследваната група. Това се потвърждава и от родителите и от децата. Около три четвърти от цялата група се характеризира с присъствие на този стил. Прави впечатление, че децата достоверно повече свидетелстват за толерантно възпитание, отколкото родителите признават (t поз%=2,21, p<0,01). Индексът за толерантност е във високата граница, Отново при децата се открива достоверно по-високи стойности (ti поз=12,3, p<0,001).

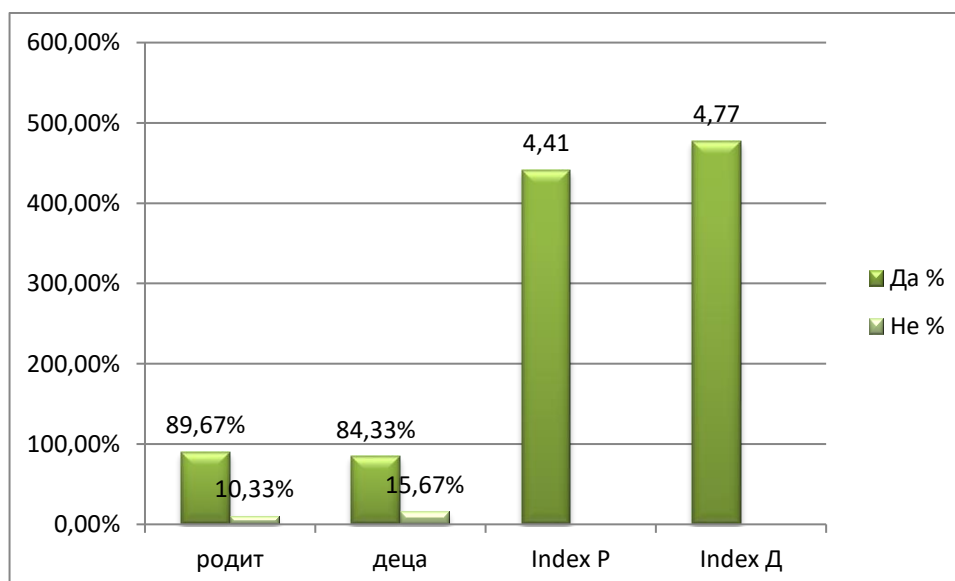
Анализ на авторитетния стил на възпитание чрез отговорите на децата

Таблица № 75 Обясняват ли на детето защо го наказват

Въпрос 8	Да	Не	Общо
Брой отговори	253	47	300
%, Sp	84,33%, 2,5	15,67%, 2,5	100%
Брой точки	506	68	574
\bar{X}	2	1	1,91
$\pm SD$	0	0	0,46
Индекс	5	1	4,77

Авторитетният родител създава стабилни критерии и правила при възпитанието. Това не може да стане без някакъв вид наказание, но обяснението на причините е съществено за изграждане на правилни морални ценности и правила на поведение в обществото. На въпроса дали обясняват на детето защо го наказват 84,33% от децата отговарят положително. Има една малка група деца от около 15%, при които това не става и точно тя е рискова за изграждане на неправилни ценности и норми на поведение. Средният индекс за авторитетност спрямо поставения въпрос е много висок, което говори, че като цяло в изследваната група този метод на възпитание се използва често.

Фигура № 38 Сравнение в отговорите на родители (29 въпрос) и деца (въпрос 8)



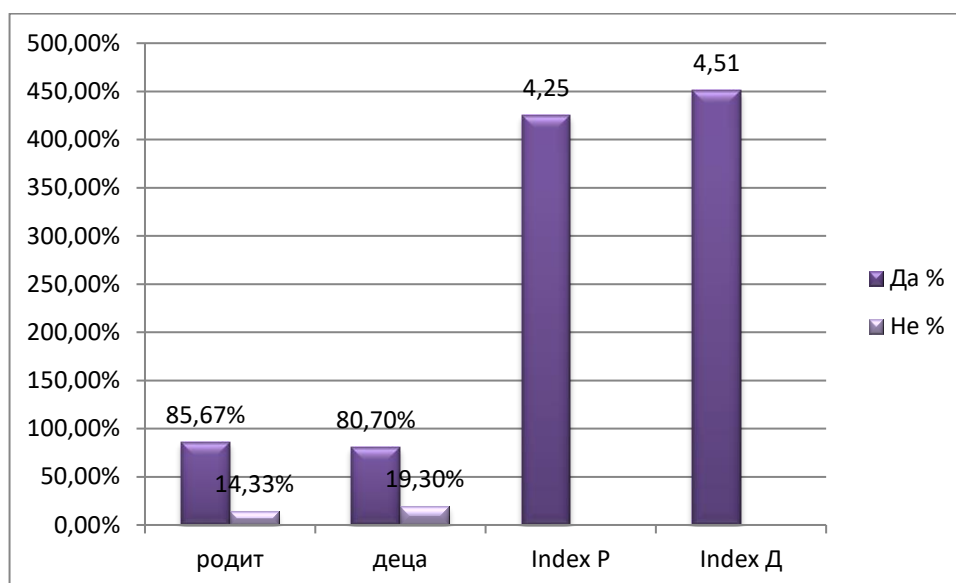
При сравнение на данните, получени от родители и деца става ясно, че и двете групи свидетелстват за позитивност за авторитетен стил на възпитание по отношение на този въпрос. Забелязва се малко по-голяма част от родителите, които потвърждават, че обясняват на децата причините за наказанията. Това твърдение е подкрепено с най-слабата степен на достоверност ($t\% = 1,95$, $p < 0,05$). Индексът за позитивност е в границите на високите стойности и за родители, и за деца, но достоверно по-висок е индексът при децата ($t_i = 6,92$, $p < 0,001$).

Таблица № 76 Правят ли му забележка, когато се държи лошо

Въпрос 12	Да	Не	Общо
Брой отговори	242	58	300
%, Sp	80,7%, 2,3	19,3%, 2,3	100%
Брой точки	484	58	542
\bar{X}	2	1	1,80
$\pm SD$	0	0	0,48
Индекс	5	1	4,51

Друг аспект на авторитетния стил на възпитание е корекцията на поведението при всяко нарушение на нормите. По-голямата част от децата свидетелстват за наличие на такова отношение от родителите. Около $\frac{1}{4}$ от тях обаче твърдят, че не им правят забележка при лошо поведение. Това е рискова група и не е съвсем малка. Това означава, че всяко четвърто дете не научава нормите на поведение и това би било проблем при лечението. Индексът е висок 4,51, което означава че родителите в по-голямата си част използват авторитетния стил при отглеждането на детето.

Фигура № 39 Сравнение на отговори на деца (12) – родители (21)



И за този въпрос сравнението на данните, получени от родителите и от децата показват присъствие на авторитетно възпитание в голямата част от групата. Няма достоверна разлика в отговорите на деца и родители ($t^0=1,63$, $p>0,05$). Все пак не може да се изпусне групата, която се движи между 15 и 20%, при които липсва авторитетност при възпитанието. Средният индекс за присъствие на този стил е в границите на високите стойности. Отново се открояват достоверно по-високи стойности в индекса на децата ($t_i=5$, $p<0,001$).

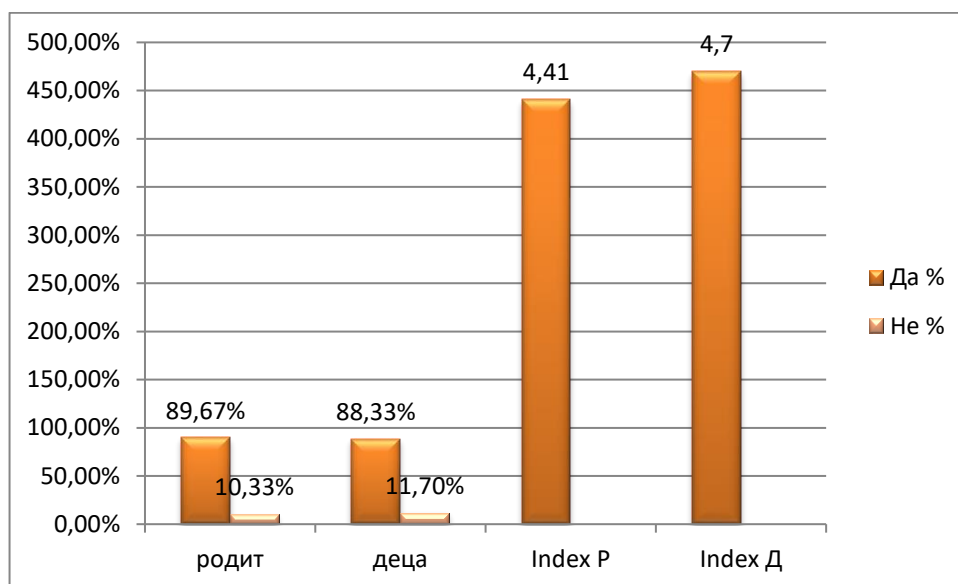
Таблица № 77 Знае ли детето как трябва да се държи

Въпрос 17	Да	Не	Общо
Брой отговори	265	35	300
%, Sp	88,33%, 1,9	11,7%, 1,9	100%
Брой точки	530	35	574
\bar{X}	2	1	1,88
$\pm SD$	0	0	0,46
Индекс	5	1	4,7

Поставянето на граници в поведението на детето е важна част от добрата родителска грижа и е необходимо за нормалното развитие на детето. Близко 90% от

децата отговарят, че знаят как да се държат. Останалите деца обаче открито отговарят, че не знаят. Тази макар и малка група е рискова за неправилно поведение в денталния кабинет. Средният индекс по отношение на този въпрос е много висок, което означава, че родителите прилагат авторитетност във възпитанието.

Фигура № 40 Сравнение в отговорите на деца (17) и родители (29)



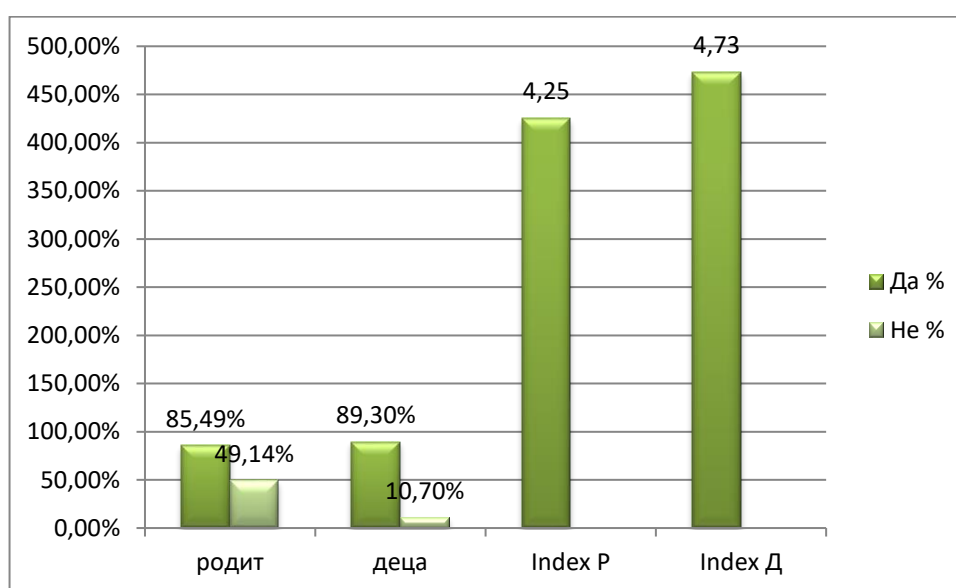
По отношение на този въпрос също се открива много голямо използване на авторитетност при възпитанието. Тези стойности са близки както при отговорите на родителите, така и при тези, на децата. Няма достоверна разлика между тях ($t^0=0,52$, $p>0,05$). И тук индексът за авторитетност в цялата група е в границите на високите стойности. Отново при децата те са по-високи, като разликата е статистически достоверна ($t_i=5,57$, $p<0,001$).

Таблица № 78 Успокояват ли родителите детето, когато е разстроено

Въпрос 19	Да	Не	Общо
Брой отговори	268	32	300
%, Sp	89,3%, 1,8	10,7%, 1,8	100%
Брой точки	536	32	568
\bar{X}	2	1	1,89
$\pm SD$	0	0	0,49
Индекс	5	1	4,73

Отново процентът на децата, които свидетелстват, че са успокоявани от родителите си, когато са разстроени е твърде висок, близък до 90%. Независимо, че авторитетните родители налагат стриктен контрол, те проявяват топлина във възпитанието и се стремят да създадат хармоничност в детето. И при този въпрос се открива подобна група от около 10% деца, които не са усетили успокоение от родителите си, когато са разстроени. Отново тази група показва риск за неправилно поведение при евентуално лечение. Средният индекс за авторитетност в групата е много висок.

Фигура № 41 Сравнение в отговорите на деца (19 въпрос) – родители (21 въпрос)



Отново се забелязва същата зависимост от сравнението на отговорите в двете изследвани групи. По-голямата част показват присъствие на авторитетен стил възпитание и няма достоверност между деца и родители ($t^0=0,52$, $p>0,05$). Индексът и при двете групи е висок, но достоверно по-висок е при децата ($t_i=5,57$, $p<0,001$).

Таблица 79 Обобщение за авторитетно възпитание - деца (8,12, 13, 17,19) – родители (19, 21, 29)

Общо деца	позитивни	негативни	Общо	t, p
Брой отговори	1270	230	1500	t поз%=11,79
%	84,67%	15,33%	100%	p<0,001
Брой точки	2540	251	2791	
\bar{X}	2	1	1,86	tipoz=28,61
$\pm SD$	0,51	0,49	0,52	p<0,001
Индекс	5	1	4,65	
Общо родители				
Брой отговори	589	311	900	
%	65,44%	34,56%	100%	
Брой точки	2646	612	3258	
X Индекс	4,49	1,96	3,62	
$\pm SD$	0,81	0,91	1,03	

Обобщените резултати за авторитетен стил на възпитание показва определено присъствие на този тип. Близко 85% от родителите свидетелстват за наличие на авторитетност при отглеждането на децата си. Висок е процентът и при децата – над 65%, но при тях достоверно по-малко деца свидетелстват за този стил, в сравнение с родителите си ($t \text{ поз}\%=11,79p<0,001$). Очевидно е, че родителите смятат възпитанието си за такова, но това, което децата са усетили се отличава значително. Средният индекс за авторитарност при родителите е близък до максималния, което говори за сериозно присъствие в голяма част от родителите. При децата индексът също е висок, но достоверно по-нисък, в сравнение с родителите ($t \text{ поз}\%=28,61p<0,001$). Този феномен отново показва реалната картина – родителите или смятат, или искат да демонстрират прилагане на авторитетност при възпитанието, но резултата, който постигат при децата е значително по-нисък. И те потвърждават присъствието му, но в никакъв случай не в степента, посочена от родителите.

3. Резултати по трета задача

Връзка между родителския стил на възпитание и поведението на детето в денталния кабинет по скалата на Франкел.

За да потърсим връзката на родителския стил на възпитание за формиране на проблемно поведение в денталния кабинет, разделихме отговорите на родителите на трийсетте въпроса в четири групи, в зависимост от поведението на децата, класифицирано по скалата на Франкел. Резултатите са нанесени в следващата таблица.

Таблица №80 Връзка между родителското възпитание и поведението на детето, оценено по скалата на Франкел

№ на Въпроса	Фр=1 n=24 \bar{X}	\pm SD	Фр=2 n=106 \bar{X}	\pm SD	Фр=3 n=131 \bar{X}	\pm SD	Фр=4 n=39 \bar{X}	\pm SD	Общо n=300 \bar{X}	\pm SD	t, p
1	3,33	1,1	2,89	1,28	3,04	1,32	2,82	1,17	3,00	1,01	t1,4=1,96 p<0,05
2	3,29	1,39	3,60	1,22	3,63	1,22	3,94	1,29	3,64	1,26	t1,4=1,86 p<0,05
3	3,91	0,95	3,90	1,00	3,66	0,97	3,89	1,12	3,8	1,01	
4	3,83	1,06	3,96	0,98	3,89	0,98	4,25	0,92	3,97	0,98	t1,4=2,5
5	4,37	0,80	4,15	0,85	4,20	0,91	4,17	0,84	4,20	0,87	p<0,01
6	3,45	1,07	3,43	1,04	3,36	1,08	3,12	1,11	3,36	1,07	t1,4=1,95
7	3,5	0,95	3,60	0,88	3,6	0,97	3,69	0,99	3,60	0,94	p<0,05
8	3,08	1,11	3,36	1,01	3,28	0,99	3,10	1,1	3,24	1,03	
9	3,41	1,07	2,98	0,95	3,16	1,05	2,87	1,04	3,07	1,03	t1,4=2
10	2,5	0,91	2,42	0,84	2,58	0,96	2,48	0,90	2,51	0,9	p<0,05
11	1,91	0,95	2,03	0,86	2,19	1,07	1,84	0,80	2,06	0,96	
12	2,45	0,86	2,41	0,99	2,50	0,98	2,30	0,91	2,44	0,97	

13	4,62	0,56	4,27	1,00	4,2	1,01	4,35	1,09	4,29	0,99	t=3,23
14	3,87	1,16	4,15	0,91	3,88	1,13	4,05	1,17	4,0	1,07	p<0,001
15	3,41	1,15	3,40	1,12	3,18	1,23	3,35	1,25	3,31	1,19	
16	2,87	0,97	2,72	1,05	2,65	1,07	2,69	1,13	2,69	1,05	
17	3,12	0,83	3,05	0,95	2,92	1,06	2,89	0,95	2,98	0,99	
18	3,08	0,86	3,04	1,05	3,26	1,12	3,20	1,28	3,16	1,01	
19	2,21	1,07	2,19	0,87	2,26	1,06	2,05	0,90	2,19	0,98	
20	3,95	0,97	3,57	1,17	3,48	1,14	3,25	1,23	3,51	1,16	t=2,59
21	4,25	1,05	4,18	0,95	4,24	0,96	4,35	0,94	4,25	0,95	p<0,01
22	2,29	1,24	2,02	0,96	2,26	1,16	2,0	1,01	2,15	1,08	
23	2,58	0,86	2,62	0,86	2,55	0,94	2,41	0,77	2,56	0,89	
24	3,70	1,01	3,76	0,85	3,66	1,12	3,76	1,22	3,72	1,04	
25	2,12	0,92	1,78	0,88	2,01	1,05	1,66	0,63	1,89	0,95	t=2,12
26	3,25	0,92	3,40	0,97	3,2	1,04	3,51	1,10	3,31	1,02	p<0,01
27	4,29	0,93	4,43	0,81	4,30	0,97	4,48	0,84	4,37	0,90	
28	3,75	0,92	4,16	0,95	4,26	0,92	4,35	0,83	4,21	0,93	t=2,72
29	4,33	0,98	4,35	0,91	4,42	0,89	4,51	0,84	4,41	0,89	p<0,01
30	4,08	0,81	4,23	0,74	4,09	0,92	4,20	1,01	4,14	0,88	

За първия въпрос – дали родителите крият сериозните проблеми от децата си – се забелязва тенденцията, че колкото повече това се прави, толкова по-негативно поведение се формира у децата. Най-значима и достоверна е разликата между групата на силно негативните и силно позитивните деца. При силно негативните деца родителите повече от половината от случаите крият проблемите от децата си (3,33), докато при силно позитивните деца родителите в по-рядко от половината от случаите постъпват така. Няма достоверни разлики между силно негативните и слабо негативните, както и между силно и слабо позитивните. Ето защо може да се приеме, че спестяването на проблемите не подготвя децата за трудностите в живота и е предпоставка за формиране на негативно поведение към денталното лечение.

Вторият въпрос разкрива дали когато родителите грешат, признават грешките си пред децата. Тук тенденцията показва, че колкото по-малко правят това, толкова повече негативност се формира в децата. Най-ниската степен на признание фигурира при силно негативните деца (3,29), а най-високата (3,94) – при силно позитивните. Няма достоверност на разликите между силно и слабо негативните и между силно и слабо позитивните, което ни дава основание да приемем тази закономерност като вярна.

Третият въпрос търси самоопределянето на родителите като оптимисти. При така зададения въпрос не се открива достоверна разлика между отделните групи, което показва, че наличието или липсата на оптимизъм в родителите не формира негативизъм или позитивизъм в децата.

Оптимизмът в родителите се проверява и чрез **четвъртия въпрос**, в който информацията се извлича по малко по-различен начин – дали родителите вярват, че всеки проблем има решение. Тук се открива статистически достоверна тенденция, че колкото повече родителите вярват в намиране на решение на проблемите, толкова по-позитивно настроени деца към денталното лечение възпитават и обратно. Най-ниски стойности се откриват при силно негативните деца (3,85), а най-високи (4,25) за силно позитивните. И за този въпрос липсват достоверни различия между силно и слабо негативни и позитивни деца.

Петият въпрос пита дали родителите обичат реда и чрез него цели да открие зависимост между педантичността в бита на семейството и негативното детско

поведение. Всички родители в сходна степен обичат реда в къщи и не се откриват достоверни разлики между различните степени на поведение на децата по скалата на Франкел.

Шестият въпрос търси същата зависимост, но въпросът е зададен по различен начин – тук се търси раздразнението на родителя от разпиляването на детето. Открива се ясна тенденция, че колкото повече се negliжира порядъка в семейството, толкова по-негативно поведение се формира в децата и обратно – родителите, които се дразнят от неспазването на реда, създават по-позитивно настроени деца. Тази тенденция е доказана статистически за разликата в отговорите при силно негативните и слабо негативните деца, макар и с най-слабата степен на достоверност. Няма достоверни разлики между силно и слабо негативните и силно и слабо позитивните.

Не се откриват достоверни разлики между родителското поведение при негативни и позитивните деца за **седми и осми** въпрос. Седмият разкрива дали на детето се позволява да върши само някои дейности, а осмият – дали родителите налагат строги правила.

Деветият въпрос е дали родителите се дразнят от нарушаването на наложените правила, Тук се открива достоверна зависимост, като родителите, които правят това в по-голяма степен преобладават при децата с негативно поведение (Франкел – 1 степен), в сравнение с четвъртата група на силно позитивни деца. От този резултат може да се направи извод, че по-либералното поведение помага за формиране на позитивно настроени деца, но това е в противоречие с резултата, получен от въпрос 6. Това налага да се задълбочи изследването в тази област, за да се изясни зависимостта.

При **десети, единайсети и дванайсетивъпроси** не се откриват достоверни разлики. Това въпроси дали се налагат наказания, често ли се прави това и дали често се ядосват и викат на детето. Очевидно така зададените въпроси показват на родителите, че такова поведение не е правилно и отговорите не дават достоверна информация, което намираме за причина за липсата на зависимост.

Категорична зависимост се открива при **тринайсети въпрос** – дали родителите се притесняват за здравето на детето. Тук статистически категоричен е резултатът, че колкото повече са притесненията на родителя, толкова по-негативно е поведението на

децата в денталния кабинет. Неизбежна е загрижеността на родителите за здравето на детето и това е начинът да се полагат достатъчни грижи, но прекаленото притеснение на родителя очевидно се предава на децата и е една от причините за изграждане на негативизъм към лечението в децата.

Липсват достоверни зависимости между родителското възпитание и детското поведение в денталния кабинет за въпросите **14, 15, 16, 17, 18 и 19**. Тези въпроси разкриват свръхпротективно възпитание. Формират по-негативно настроени деца към денталното лечение.

Интересен е резултат от **20-ти въпрос** – дали родителите имат големи очаквания към децата си. Установява се, че онези родители, които имат по-големи очаквания, създават по-голяма негативност в децата. Тази зависимост е статистически достоверна за разликите между силно негативните и силно позитивните деца. Липсват достоверни разлики между слабо и силно негативни и позитивните деца, което ни дава основание да смятаме, че тенденцията е валидна.

В следващите 4 въпроса (**21, 22, 23, 24**) не се откриват достоверен доказани зависимости. Това са въпроси, разкриващи авторитарен стил на възпитание.

Отговорите на **25 въпрос** разкриват зависимост, която е подкрепена статистически. Въпросът пита дали родителите мислят, че шляпването е добър начин да накара детето да се държи добре. Тук се установява, че когато родителите мислят така, децата, които възпитават са с подчертано негативно поведение. Тази разлика е достоверна за силно негативните, сравнени със силно позитивните. Липсата на достоверни разлики между силно и слабо негативни и позитивни деца дава основание за това твърдение.

Липсва доказана зависимост при **26 и 27 въпроси**. Първият разкрива либерално поведение на родителите, а вторият – интереса на родителите към личния живот на детето – в случая към приятелите му.

Истински пример за топлота и загриженост към духовността на детето е **28 въпрос**. Този въпрос е класифициран към групата, разкриваща родителска толерантност, но ярко характеризира емоционалната интелигентност на родителите. Оказва се, че колкото повече е търпението на родителите, за да разберат проблемите на

детето, толкова по-позитивни деца се възпитават и обратно. Открива се достоверна разлика между силно негативни и силно позитивни деца. И тук липсва достоверна разлика вътре между групите, което подкрепя заключението.

Не се открива достоверна зависимост за последните **29 и 30** въпроси. Първият е дали се обяснява правилното и неправилното поведение и дали детето споделя с родителите.

Корелация между родителския стил на възпитание, получен от отговорите на родителите и поведението на децата в денталния кабинет по Франкел

Получените зависимости от горния анализ набелязват няколко тенденции, но когато се изследва цялата група изследвани деца те са относително слаби. Точно затова потърсихме връзката между поведението на детето и родителския стил на възпитание, като разделихме цялата група изследвани родители, в зависимост от поведението на децата, разпределени в четири степени по скалата на Франкел – силно негативни (Франкел 1), слабо негативни (Франкел 2), слабо позитивни (Франкел 3) и силно позитивни (Франкел 4). Във всяка от четирите групи оценихме за всеки един от трийсетте въпроса към родителите, позитивните и негативни за всеки белег случаи, определящи стила на възпитание. Потърси се корелация между степента на поведението и присъствието на определени черти на родителския тип възпитание.

Таблица №81 Корелация между поведението на детето и криенето на проблеми от детето (Въпрос 1)

По Франкел	негативни	позитивни	общо
Фр1	11	13	24
%	45,83%	54,17%	100%
Фр 2	61	45	106
%	57,54%	42,46%	100%
Фр 3	64	67	131
%	48,85%	51,15%	100%
Фр 4	24	15	39
%	61,53%	38,47%	100%
Общо	160	140	300
Общ %	53,33%	46,67%	100%
r, p	r=-0,70, p<0,001		

От анализа на получените резултати се вижда, че тези родители, които крият проблемите от децата си са най-много в групата на силно негативните деца, а най-

малко са в групата на силно позитивните. Този факт е подкрепен от наличие на достоверна отрицателна корелация между поведението на децата в денталния кабинет и прикриването на проблемите от родителите. Това означава, че с нарастването на степента по скалата на Франкел или с позитивирането на детското поведение, намаляват родителите, които спестяват проблемите на децата си. Тези резултати подкрепят първото изследване за влиянието на родителското поведение (Табл.№80), но тук се открива стабилна корелация, доказваща съществуващата връзка.

Таблица №82 Корелация между поведението на детето и признаване на родителските грешки (въпрос 2)

По Фрнакел	негативни	позитивни	Общо
Фр 1	11	13	24
%	45,83%	54,17%	100%
Фр 2	36	70	106
%	33,97%	66,03%	100%
Фр 3	41	90	131
%	31,3%	68,70%	100%
Фр 4	12	27	39
%	30,77%	69,23%	100%
Общо	99	201	300
Общ %	33%	67%	100%
r, p	r=-0,86, p<0,001		

От горната таблица се вижда, че тук има още по-стабилна корелация между поведението на детето и родителските действия. Родители, които не си признават грешките възпитават негативизъм в децата си. Колкото повече прикриват грешките си, толкова по-негативно поведение се формира в децата. Тази тенденция е подкрепена от високата стойност на индекса за корелация $-r = -0,86$. Обратно – колкото повече родителите показват на децата, че понякога грешат, толкова по-позитивно поведение се изгражда у тях. Слабата достоверност, която открихме в разликите на индексите за родителски стил между негативни и позитивни деца, тук е изявена като ярка зависимост. Това се получава от отделното изследване на всяка една от степените по скалата на Франкел, където изпъкват ясно иначе само загатнатите връзки.

Таблица №83 Корелация между поведението на детето и родителския оптимизъм (въпрос 3)

По Фрнанкел	Позитивни	Негативни	Общо
Фр 1	19	5	24
%	79,16%	20,84%	100%
Фр 2	84	22	106
%	79,24%	20,76%	100%
Фр 3	95	36	131
%	72,51%	27,49%	100%
Фр 4	30	9	39
%	76,92%	23,08%	100%
Общо	228	72	300
Общ %	76%	24%	100%
r, p	r=-0,67, p<0,01		

От анализа на резултатите прави впечатление, че най-много определящи се като оптимисти родители се откриват в групата на силно негативните деца. Съществува корелация между поведението на детето и родителския оптимизъм. Тук силата на корелацията е малко по-слаба, но статистически значима ($r = -0,67$). Тази зависимост показва, че с позитивирането на детското поведение намаляват родителите, които се приемат за оптимисти. При изследване на индекса на родителските отговори и сравнението му в различните степени на скалата по Франкел не бяха открити достоверни разлики. Тук обаче зависимостта е ясно показана, което доказва връзката между родителския оптимизъм и детското поведение.

Таблица №84 Корелация между детското поведение и вярата на родителите, че всеки проблем има решение (въпрос 4)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	18	6	24
%	75%	25%	100%
Фр 2	85	21	106
%	80,19%	19,81%	100%
Фр 3	104	27	131
%	79,39%	20,61%	100%
Фр 4	33	6	39
%	84,61%	15,39%	100%
Общ брой	210	90	300
Общ %	70%	30%	100%
r, p	r=-0,91, p<0,001		

Този въпрос към родителите се задава контролно за разкриване на оптимизма у тях, който се очаква да създава позитивно настроени деца. От получените резултати се вижда, че на силно негативните деца отговарят най-малко родители, вярващи, че всеки въпрос има своето решение. Броят на тези родители нараства във всяка следваща група деца по Франкел. Най-много те са в четвъртата или на силно позитивните деца. Този резултат доказва първоначалната хипотеза. От друга страна полученият резултат е противоположен на този от таблица 80. В същото време от таблица 84 се вижда, че родителите, които вярват, че проблемите могат да се решат са достоверно повече при позитивните деца. Тази тенденция в горната таблица е подкрепена от много висока корелация ($r=-0,91$) - колкото по-позитивни и оптимистични са родителите, толкова по-позитивни деца възпитават към денталното лечение.

Противоречието от табл. 83 можем да си обясним с неправилното самоопределяне на родителите, главно на тези, чиито деца са силно и слабо негативни, които смятат, че са по-големи оптимисти, отколкото са в действителност.

Таблица №85 Корелация между детското поведение и родителското отношение към реда (въпрос 5)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	22	2	24
%	91,66%	8,34%	100%
Фр 2	92	14	106
%	86,79%	13,21%	100%
Фр 3	124	7	131
%	94,65%	5,35%	100%
Фр 4	34	5	39
%	87,17	12,83%	100%
Общ брой	272	28	300
Общ %	90,67%	9,33%	100%
r, p	r=0,23, p>0,05		

От получените резултати по този въпрос не може да се намери връзка между привързаността на родителите към реда в къщи и поведението на детето. Липсва корелация между изследваните фактори ($r=0,23$, $p>0,05$). На този етап бихме могли да отхвърлим първоначалната хипотеза, но в същото време се събужда съмнение в откровенността на родителските отговори. Такова съмнение може да има основание, тъй като всеки родител желае да се представи като обичащ реда. Ето защо следващият въпрос доуточнява връзката с родителското отношение.

Таблица №86 Корелация между детското поведение в денталния кабинет и раздразнението на родителите от детското разпиляване (въпрос 6)

По Франкел	позитивни	Негативни	общо
Фр 1	16	8	24
%	66,67%	33,33%	100%
Фра 2	69	37	106
%	65,09%	34,91%	100%
Фр 3	81	50	131
%	61,83%	38,17	100%
Фр 4	20	19	39
%	51,27%	48,73%	100%
Общ брой	186	114	300
Общ %	67,33%	32,67%	100%
r, p	r=0,92, p <0,001		

От този въпрос се вижда ясно, че на децата със силно негативно поведение в денталния кабинет отговарят най-голям дял родители, които се дразнят от децата си, когато разпиляват. Делът им намалява с позитивиране на поведението. Тенденцията е стабилна и категорична. Подкрепена е от високата стойност на корелационния коефициент ($R=0,92$, $p <0,001$).

Таблица №87 Корелация между поведението на детето и родителското насърчение да извършва самостоятелни дейности (Въпрос 7)

По Франкел	позитивни	негативни	общо
Фр 1	16	8	24
%	66,67%	33,33%	100%
Фра 2	78	28	106
%	73,58%	26,42%	100%
Фр 3	96	35	131
%	73,28%	26,72%	100%
Фр 4	29	10	39
%	74,35%	25,65%	100%
Общ брой	219	81	300
Общ %	73%	27%	100%
r, p	r=0,77, p<0,001		

Този въпрос изследва връзката между родителското изграждане на способности у детето за самостоятелност и поведението му в денталния кабинет. Предварителната хипотеза бе, че децата, които са възпитавани в самостоятелност от малки, ще могат много по-адекватно да се справят в нова и чужда среда. От резултатите, нанесени в таблица 87 се вижда, че родителите, които правят това са най-малко при силно негативните деца. Те постепенно нарастват с позитивиране на поведението на децата, като за слабо негативните и слабо позитивните са почти равен дял. Най-много са при силно позитивните. Открива се достоверна корелация ($r=0,77$, $p<0,001$) между изследваните фактори.

Таблица №88 Корелация между детското поведение и налагането на стриктни правила във възпитанието (Въпрос 8)

По Фрнакел	позитивни	негативни	общо
Фр 1	11	13	14
%	45,83%	54,17%	100%
Фр 2	70	36	106
%	66,03%	33,97%	100%
Фр 3	78	53	131
%	59,54%	40,46%	100%
Фр 4	21	18	39
%	53,84	46,16%	100%
Общ брой	180	120	
Общ %	60%	40%	100%
r, p	$r=0,26$, $p>0,05$		

Първоначалната хипотеза за този въпрос бе, че създаването на стриктни правила при възпитанието помага на децата да изградят организираност, а тя би помогнала за по-лесно справяне в трудна ситуация. В оценката стойността на родителския индекс в таблица 88 не се установи статистически достоверна разлика между стойностите му в групите деца с различно поведение по Франкел.

Таблица №89 Корелация между детското поведение и родителското раздразнение при нарушаване на правилата (Въпрос 9)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	15	9	24
%	62,5%	37,5%	100%
Фра 2	51	55	106
%	48,11%	51,89%	100%
Фр 3	71	60	131
%	54,19%	45,81%	100%
Фр 4	16	23	39
%	41,03%	58,97%	100%
Общ брой	153	147	300
Общ %	51%	49%	100%
r, p	r=0,82, p<0,001		

Този въпрос е базиран на хипотезата, описана във въпрос №8. И тук се предполага, че раздразнението на родителите, в случая от нарушаването на правилата, води до формиране на негативно поведение в детето. От резултатите в таблицата се вижда, че родителите, които се дразнят от нарушаване на наложените правила са значително повече в групата на силно негативните деца. Техният дял постепенно намалява, което води до позитивиране на децата и попадане в по-позитивно настроените степени по Франкел. Съществува статистически доказана висока степен на корелация между поведението на детето и раздразнението на родителите ($R=0,82$, $p<0,001$). На този въпрос в таблица 80 също се открива достоверност в индекса на родителите между силно негативните и силно позитивните деца. Слабата статистическа достоверност там, тук изпъква ясно и категорично.

Таблица №90 Корелация между поведението на детето и родителските наказания (Въпрос 10)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	6	18	24
%	25%	75%	100%
Фра 2	27	79	106
%	25,47%	74,53%	100%
Фр 3	39	92	131
%	29,77%	70,23%	100%
Фр 4	10	29	39
%	25,64%	74,39%	100%
Общ брой	82	218	300
Общ %	27,33%	72,67%	100%
r,p	r=0,40, p=0,05		

Интересно бе да се провери дали налагането на наказания се отразява върху безпокойството на децата и поведението им в денталния кабинет.

От анализа на получените резултати не бе установена категорична корелация между двата фактора. Има слаба корелация ($r=0,40$), но тя не е достатъчна, за да приемем, че е показателна. Според отговорите на този въпрос и двете хипотези са отхвърлени или на този етап от изследването не може да се каже, че този фактор може да формира поведението на децата. При изследване на разликите в индексите на родителите в различните по поведение групи (Табл. 91) също липсва достоверност. Тъй като естеството на всяка анкета предполага субективност и предлагане на отговори, които анкетираните нагаждат според очакваното, бяха използвани и допълнителни въпроси, разкриващи същите черти на поведение, но зададени по различен начин. Такъв е следващият въпроса.

Таблица № 91 Корелация между поведението на детето и прилагане на сериозни наказания (Въпрос 11)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	3	21	24
%	12,5%	87,5%	100%
Фра 2	16	90	106
%	15,09%	84,91%	100%
Фр 3	28	103	131
%	21,37%	78,63%	100%
Фр 4	16	39	39
%	41,02%	58,98%	100%
Общ брой	63	137	300
Общ %	21%	79%	100%
r, p	r=0,90, p<0,001		

На горната таблица са представени резултатите от връзката между поведението и налагането на строги наказания. При задаването на въпроса по този начин се открива висока корелация между изследваните променливи.

От сравненията в таблица 80 не се установяват достоверни разлики между отговорите на родителите на децата с различна степен на поведение по скалата на Франкел, но при този анализ на резултатите тенденцията е категорична.

Таблица №92 Корелация на детското поведение и честото ядосване и викане от страна на родителите (Въпрос 12)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	7	17	24
%	29,16%	70,84%	100%
Фра 2	24	82	106
%	22,64%	77,36	100%
Фр 3	34	97	131
%	25,95%	74,05%	100%
Фр 4	7	32	39
%	17,94%	82,06%	100%
Общ брой	72	228	300
Общ %	24%	76%	100%
r, p	r=0,82, p<0,001		

Този въпрос разкрива липсата на подходящ подход от страна на родителите при проблеми в поведението на детето.

Таблица №93 Корелация между поведението на децата и притесненията на родителите за здравето им (Въпрос 13)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	23	1	24
%	95,88%	4,12%	100%
Фра 2	91	15	106
%	85,84%	14,16%	100%
Фр 3	111	20	131
%	84,73%	15,27%	100%
Фр 4	33	6	39
%	84,61%	15,39%	100%
Общ брой			300
Общ %			100%
r, p	r=0,81, p<0,001		

Предварителната хипотеза при изследването на връзката между тези фактори бе, че силните притеснения на родителите за здравето на детето могат да внушат или създадат в децата също силно притеснение от всяка манипулация, в това число и към денталното лечение. Резултатите от горната таблица показват, че съществува висока степен на корелация между родителските притеснения и формирането на негативно поведение в децата.

От таблица 80 също се вижда същата зависимост, подкрепена със статистическа достоверност.

Таблица №94 Корелация между поведението на децата и родителската намеса в разговора при лекря (Въпрос 14)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	17	7	24
%	70,83%	29,17%	100%
Фра 2	91	15	106
%	85,84%	14,16%	100%
Фр 3	98	33	131
%	74,80%	25,2%	100%
Фр 4	31	8	39
%	79,48%	20,52%	100%
Общ брой	237	63	300
Общ %	79%	21%	100%
r, p	r=0,32, p>0,05		

От резултатите, нанесени в горната таблица не проличава достоверна корелация между изследваните променливи.

Таблица №95 Корелация между поведението на детето и родителско преразказване на усещанията в лекарския кабинет (Въпрос 15)

По Франкел	позитивни	Негативни	Общо
Фр 1	15	9	24
%	62,5%	37,5%	100%
Фра 2	65	41	106
%	61,32%	38,68%	100%
Фр 3	72	59	131
%	54,96%	45,04%	100%
Фр 4	23	16	39
%	58,97%	41,03%	100%
Общ брой	175	125	300
Общ %	58,33%	41,67%	100%
г, р	r=0,68, p<0,01		

Този въпрос отново изследва горната хипотеза, но сега се задава по малко по-различен начин. Сега се открива умерена корелация, която показва, че колкото по-свръхпротективно е възпитанието на детето, толкова по-негативно реагира то в денталния кабинет. След тези резултати можем да се съобразим със слабата корелация, която се откри при предишния въпрос.

Таблица №96 Корелация между поведението на детето и родителската помощ дори, когато детето може само (Въпрос 16)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	11	13	24
%	45,83%	54,17%	100%
Фра 2	41	65	106
%	38,67%	61,33%	100%
Фр 3	45	86	131
%	34,35%	65,65%	100%
Фр 4	14	25	39
%	35,89%	64,11%	100%
Общ брой	111	189	300
Общ %	37%	63%	100%
г, р	r=0,86, p<0,001		

И този въпрос разкрива корелацията между свръхпротективния родителски стил на възпитание и поведението на децата в денталния кабинет. Да помагат на децата си в действия, в които децата сами могат да се справят е израз на ярък пример за свръхпротекция от страна на родителите. Тук се открива висока корелация между изследваните променливи.

Таблица №97 Корелация между поведението на детето и родителското участие в детските занимания (Въпрос 17)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	14	10	24
%	58,33%	41,67%	100%
Фра 2	49	57	106
%	46,22%	53,78%	100%
Фр 3	56	75	131
%	42,74%	57,26%	100%
Фр 4	16	23	39
%	41,02%	58,98%	100%
Общ брой	135	165	300
Общ %	45%	55%	100%
r, p	r=0,91, p<0,001		

От получените резултати, нанесени в горната таблица отново свръхпротекцията при възпитанието изпъква като фактор, довеждащ до негативно поведение на децата в денталния кабинет. Открива се много висока корелация между изследваните променливи.

От таблица 80 не се установяват достоверни разлики, но при това изследване изпъква категоричната зависимост и корелация между тези фактори.

Таблица №98 Корелация между детското поведение и родителския контрол на всички дейности (Въпрос 18)

По Франкел	позитивни	негативни	общо
Фр 1	12	12	24
%	50%	50%	100%
Фра 2	52	54	106
%	49,05%	50,95%	100%
Фр 3	75	56	131
%	57,25%	42,75%	100%
Фр 4	20	19	39
%	51,28%	41,72%	100%
Общ брой	159	141	300
Общ %	53%	47%	100%
r, p	r=0,39, p>0,05		

Следващите два въпроса характеризират авторитарния стил на възпитание. В горната таблица са нанесени резултатите от връзката на детското поведение в денталния кабинет и родителският контрол на всички детски дейности. Тук се открива корелация, но тя е в границата на ниските стойности на коефициента.

Таблица №99 Корелация между детското поведение и авторитарно възпитание – принуда да се правят неща, които детето не харесва (Въпрос 19)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	13	11	24
%	54,16%	45,84%	100%
Фр2	21	85	106
%	19,81%	80,19%	100%
Фр 3	33	98	131
%	25,19%	74,81%	100%
Фр 4	8	31	39
%	20,55%	79,45%	100%
Общ брой	75	225	300
Общ %	25%	75%	100%
r, p	r=0,75, p<0,001		

Когато факторът авторитарност при възпитанието се потърси чрез горния въпрос, може да се получи много по-честен отговор за въздействието му върху децата. Съществува висока степен на корелация между изследваните фактори. Полученият

результат доказва предварителната хипотеза, че авторитарният стил родителско възпитание създава предпоставки за формиране на негативно поведение към денталното лечение в децата.

Таблица №100 Корелация между високите родителски очаквания и детското поведение в денталния кабинет (Въпрос 20)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	20	4	24
%	83,33%	16,67%	100%
Фра 2	72	34	106
%	67,92%	32,08%	100%
Фр 3	85	46	131
%	64,88%	35,12%	100%
Фр 4	23	16	39
%	58,97%	41,03%	100%
Общ брой	200	100	300
Общ %	66,67%	33,33%	100%
г, р	r=0,94, p<0,001		

Този въпрос отново търси доказателства за действието на авторитарния стил на възпитание. Там има достоверни разлики в групите. Въпросите, разкриващи авторитарният стил на родителско възпитание могат да доведат създаване на негативно отношение на децата към денталното лечение.

Таблица №101 Корелация на детското поведение и родителските разяснения за смисъла на извършваните дейности (Въпрос 21)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	19	5	24
%	79,16%	20,84%	100%
Фра 2	89	18	106
%	83,96%	16,04%	100%
Фр 3	112	18	131
%	85,49%	14,51%	100%
Фр 4	35	4	39
%	89,74%	10,26%	100%
Общ брой	255	45	300
Общ %	85%	15%	100%
г, р	r=0,97, p<0,001		

Горният въпрос търси зависимости с авторитетния стил на възпитание. От получените резултати се вижда най-високата степен на корелация, установена до този момент.

В сравнението от таблица 80 също се открива такава зависимост, но там малките бройки в някои от групите не позволяват да се получи достоверна разлика.

Таблица №102 Корелация между детското поведение и авторитарната родителска фраза „защото аз казвам” (Въпрос 22)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	5	19	24
%	20,83%	79,17	100%
Фр 2	19	87	106
%	17,92%	82,08%	100%
Фр 3	33	98	131
%	25,19%	74,81%	100%
Фр 4	5	34	39
%	12,82	87,18%	100%
Общ брой	62	238	300
Общ %	20,67%	79,33%	100%
r, p	r=0,43,p<0,05		

Горният въпрос отново търси доказателства за авторитарния стил на възпитание и разкрива друг аспект от липсата на родителски разяснявания за правилното поведение и необходимостта от извършване на добри или полезни действия.

Таблица №103 Корелация между толерантния стил родителско възпитание чрез позволяване на всичко и детското поведение (Въпрос 23)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	7	17	24
%	20%	80%	100%
Фр 2	35	71	106
%	33%	67%	100%
Фр 3	43	88	131
%	32,82%	67,18%	100%
Фр 4	9	30	39
%	25,64%	74,36%	100%
Общ брой	94	206	300
Общ %	31,33%	68,67%	100%
r, p	r=0,37, p<0,05		

Данните от горната таблица разкриват връзката между толерантното възпитание на децата и тяхното поведение. Открива се такава връзка, но корелацията е слаба. Не се открива и достоверност в разликите между групите в таблица 103. Фактът, че има слаба корелация не е достатъчен този въпрос да разкрие реалното въздействие на толерантния стил на възпитание.

Таблица №104 Корелация между авторитетното възпитание чрез постигнат контрол и поведението на децата (Въпрос 24)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	18	6	24
%	75%	25%	100%
Фра 2	83	23	106
%	78,30%	21,70%	100%
Фр 3	93	38	131
%	79,99%	29,01%	100%
Фр 4	29	10	39
%	74,35%	25,65%	100%
Общ брой	223	77	300
Общ %	74,33%	25,67%	100%
r, p	r=0,046, p>0,05		

Получените резултати от проверката за връзка между умението на родителите да постигат контрол върху децата си и детското поведение към денталното лечение не дават основание за такава. Липсва корелация между двете променливи.

Не се откриват и достоверни разлики в индексите на родителските отговори в групите деца с различна степен на поведение по Франкел.

Таблица №105 Корелация между родителското възпитание чрез пошляпване и поведението на децата (Въпрос 25)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	5	19	24
%	20,83%	79,17%	100%
Фр 2	12	94	106
%	11,32%	86,68%	100%
Фр 3	23	108	131
%	17,55%	82,45%	100%
Фр 4	2	37	39
%	5,12%	94,88%	100%
Общ брой	42	258	300
Общ %	14%	86%	100%
r, p	r=0,77, p<0,001		

Таблица №106 Корелация между толерантното възпитание чрез даване възможност за избор на действията и детското поведение (Въпрос 26)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	15	9	24
%	62,5%	37,5%	100%
Фр 2	69	37	106
%	65,09%	34,91%	100%
Фр 3	73	58	131
%	55,72%	44,28%	100%
Фр 4	27	12	39
%	69,23%	30,77%	100%
Общ брой			300
Общ %			100%
r, p	r=0,21, p>0,05		

От горния въпрос се открива много ниска корелация между толерантният стил на възпитание на родителите и поведението на детето. И тук не може да се докаже стабилна връзка между изследваните променливи.

Таблица №107 Корелация между детското поведение и незаинтересования стил на възпитание чрез родителския интерес към приятелите на детето (Въпрос 27)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	21	3	24
%	87,5%	12,5%	100%
Фр 2	98	8	106
%	92,45%	7,55%	100%
Фр 3	114	17	131
%	87,02%	12,98%	100%
Фр 4	36	3	39
%	92,3%	7,7%	100%
Общ брой	269	31	
Общ %	89,67%	10,33%	
г, р	r=0,45, p<0,05		

Откриваме ниска, но статистически достоверна корелация.

Таблица №108 Корелация между толерантен родителски стил чрез присъствие на търпение и поведението на децата (Въпрос 28)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	18	6	24
%	75%	25%	100%
Фр 2	90	16	106
%	84,90%	15,1%	100%
Фр 3	115	16	131
%	87,78%	12,22%	100%
Фр 4	35	4	39
%	89,74%	15,26%	100%
Общ брой	258	42	300
Общ %	86%	14%	100%
г, р	r=0,93, p<0,001		

В горната таблица са нанесени данните за корелацията между търпението на родителите да изслушват децата си и тяхното поведение в денталния кабинет. Този въпрос разкрива елементи на толерантност и заинтересованост.

Подкрепящо доказателство за тази хипотеза е установената достоверност между индексите на родителите в различните по степен на поведение групи деца от таблица 80.

Таблица №109 Корелация между родителските разяснявания на правилните действия и детското поведение (Въпрос 29)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	20	4	24
%	83,33%	16,77%	100%
Фр 2	90	16	106
%	84,90%	15,1%	100%
Фр 3	115	16	131
%	87,78%	12,22%	100%
Фр 4	35	4	39
%	89,74%	15,26%	100%
Общ брой	260	40	300
Общ %	86,67%	13,33%	100%
r, p	r=0,99, p<0,001		

Горният въпрос разкрива както толерантния родителски стил, така и авторитетния. От отговорите на въпроса и анализа на резултатите става ясна най-категоричната корелация, която е открита до този момент – близо до 1,00 или $r=0,99$.

Тази тенденция се открива и в таблица 80, но малките бройки в двете най-различни по поведение групи – силно негативните и позитивни деца – не позволяват намиране на достоверност на разликите. Това ни кара да приемем установената силна корелация за доказателство на хипотезата.

Таблица №110 Корелация между наличие на детско споделяне и поведението (Въпрос 30)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	21	3	24
%	87,5%	12,5%	100%
Фр 2	98	8	106
%	92,45%	7,55%	100%
Фр 3	112	19	131
%	85,49%	14,51%	100%
Фр 4	34	5	39
%	87,17%	12,83%	100%
Общ брой	265	35	300
Общ %	88,33%	11,67%	100%
r, p	r=- 0,43, p<0,05		

Горният въпрос търси ефекта от създаденото доверие между родителите и децата.

3.3. Корелация между родителския стил на възпитание, получен от отговорите на децата и поведението им по скалата на Франкел

Влиянието на родителския стил възпитание за изграждане поведението на детето в денталния кабинет беше проверено още веднъж както този път се търсеше потвърждение на предварителните хипотези в отговорите на самите деца. От проведеното изследване на 26-те въпроса към децата се установи, че липсва корелационна зависимост в отговорите на въпросите 1, 2, 8, 10, 13, 18 и 21.

Първият въпрос търси потвърждение на свръхпротективния стил възпитание върху поведението на детето, като децата бяха попитани дали родителите помагат на детето дори и когато то може да се справи само. Не се откри такава връзка чрез отговорите на децата (коефициентът на корелация на Пирсън $r = 0,12$, което говори за много ниска корелация). Свръхпротективният стил се провери и чрез втория въпрос - дали родителите са до него при всяко нещо, което прави. И тук не се откри връзка с поведението на детето в денталния кабинет. Вероятно е тези отговори да не са достатъчно достъпни за децата ($r = -0,16$).

Осми въпрос търси връзка между авторитарният стил на възпитание и поведението на детето, като пита дали родителите обясняват на детето защо го наказват. И тук не се открива корелация ($r = -0,1$).

Десетият въпрос – дали родителите често се ядосват и викат – не разкрива никаква корелация с поведението на децата. Този феномен приблизително еднакво се наблюдава в групите деца с различно поведение към денталното лечение ($r = 0$).

Тринайсети въпрос пита дали родителите позволяват на детето да прави само някои неща. Търси се връзка между толерантния стил и поведението, но не се открива достоверна корелация ($r = -0,14$). Това е много ниска степен на корелация, която не може да се приеме за достоверна. Толерантният стил се търси и чрез въпрос 18, който пита дали детето разказва какво му се е случило през деня на родителите си. Тук се открива малко по-изразена връзка ($r=0,22$), но коефициентът на корелация говори за много слаба връзка, ето защо не можем да приемем резултатите за подкрепящи хипотезата чрез този въпрос.

Емоционалната интелигентност в родителското възпитание се провери чрез въпроса дали детето мисли, че майка му го обича. Този въпрос се оказа, че не е в състояние да разкрие връзка, защото всички деца от различните групи по скалата на Франкел демонстрират 100% еднаквост в отговорите.

Таблица №111 Корелация между свръхпротективния стил възпитание и поведението на детето (Трети въпрос)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	7	17	
%	29,17%	70,83%	100%
Фра 2	44	62	106
%	41,51%	58,49%	100%
Фр 3	45	86	131
%	34,36%	65,64%	100%
Фр 4	16	23	39
%	41,03%	58,97%	100%
Общ брой	112	188	300
Общ %	37,33%	62,67%	100%
r,p	$r = -0,59, p < 0,01$		

В горната таблица са нанесени резултатите от въпроса дали децата усещат притеснението на родителите, когато ги водят на лекар. Тук се откри умерена отрицателна корелация ($r = -0,59$).

Таблица №112 Корелация между авторитарния стил на поведение и поведението на детето (Четвърти въпрос)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	10	14	
%	41,67%	58,33%	100%
Фр 2	56	50	106
%	52,83%	47,17%	100%
Фр 3	72	59	131
%	54,96%	45,04%	100%
Фр 4	20	19	39
%	51,29%	48,71%	100%
Общ брой	158	142	300
Общ %	52,67%	47,33%	100%
r, p	$r = -0,65, p < 0,001$		

Авторитарното поведение се търси с въпроса дали детето е принуждавано да прави това, което му налагат родителите. Тук корелацията е в горната граница на умерената степен и също е отрицателна.

Таблица №113 Корелация между налагане на строги наказания и детското поведение (Петти въпрос)

По Франкел	негативни	позитивни	Общо
Фр 1	17	7	24
%	70,83%	29,11%	100%
Фр 2	60	46	106
%	56,60%	43,4%	100%
Фр 3	73	58	131
%	55,72%	44,28%	100%
Фр 4	22	17	39
%	56,41%	43,59%	100%
Общ брой	172	128	300
Общ %	57,33%	42,67%	100%
r, p	$r = -0,80, p < 0,001$		

Децата, които са наказвани строго са най-малко в групата с негативно поведение и нарастват с позитивизиране на поведението. Открива се висока степен на отрицателна корелация между двете изследвани променливи – $r = -0,80$.

Таблица №114 Корелация между поведението на детето и очакванията на родителите детето да прави всичко, което му кажат (Шести въпрос)

По Франкел	негативни	позитивни	Общо
Фр 1	15	9	24
%	62,5%	37,5%	100%
Фр 2	83	23	106
%	78,30%	21,7%	100%
Фр 3	96	35	131
%	73,28%	26,72%	100%
Фр 4	29	10	39
%	74,35%	25,65%	100%
Общ брой	223	77	300
Общ %	74,33%	25,67%	100%
r, p	$r=0,58, p<0,01$		

С този въпрос се открива умерена корелация между двете променливи ($r=0,58$). Оказва се, че колкото повече родителите очакват от децата, толкова по-негативно поведение се наблюдава в тях. С намаляването на родителското очакване детето да изпълнява задачи, поведението на детето се позитивира. Тази корелация е в подкрепа на авторитарния стил на възпитание и макар да не е висока, тя е достатъчно изразена, за да се вземе в предвид.

Таблица №115 Корелация между поведението на детето и и толерантния родителски стил

По Фрнакел	негативни	позитивни	Общо
Фр 1	7	17	24
%	29,17%	70,83%	100%
Фр 2	40	66	106
%	37,73%	62,27%	100%
Фр 3	45	86	131
%	34,35%	65,65%	100%
Фр 4	13	26	39
%	33,33%	66,67%	100%
Общ брой	105	195	300
Общ %	35%	65%	100%
R, p	R=0,35, p<0,05		

В горната таблица са нанесени резултатите от връзката поведението на детето и толерантността на родителите, изразяваща се в позволяване на детето да избира какво да прави. Тук се открива отново умерена корелация, но в ниските граници на умереност. Очевидно е, че корелацията не е много стабилна.

Таблица 116 Корелация между поведението на детето и авторитарния родителски стил (Девети въпрос)

По Франкел	негативни	позитивни	Общо
Фр 1	7	17	24
%	29%	71%	100%
Фр 2	19	87	106
%	17,9%	82,1%	100%
Фр 3	18	113	131
%	13,74%	86,26%	100%
Фр 4	8	31	39
%	20,51%	79,49%	100%
Общ брой	52	248	300
Общ %	17,33%	82,67%	100%
r, p	r=- 0,56, p<0,01		

Тук се разглежда въпроса дали родителите често наказват децата си. От резултатите се вижда, че колкото по-малко родителите наказват децата си, толкова по-негативно е тяхното поведение. Корелацията е умерена.

Таблица №117 Корелация между поведението на детето и толерантния стил възпитание на родителите (въпрос 11)

По Франкел	негативни	позитивни	Общо
Фр 1	19	5	24
%	79,16%	20,84%	100%
Фр 2	72	34	106
%	67,92%	32,08%	100%
Фр 3	82	49	131
%	62,59%	37,41%	100%
Фр 4	24	15	39
%	61,53%	38,47%	100%
Общ брой	197	103	300
Общ %	65,67%	34,33%	100%
r, p	r=- 0,94, p<0,001		

На горната таблица са нанесени резултатите от връзката на детското поведение с позволяването от страна на родителите детето да прави това, което иска. Тук се вижда много висока корелация, която показва, че колкото повече децата имат възможност да правят неща, които им харесват, толкова по-позитивни те растат и обратно.

Таблица №118 Корелация на детското поведение с авторитетния стил (въпрос 12)

По Франкел	негативни	позитивни	Общо
Фр 1	18	6	24
%	75%	25%	100%
Фр 2	80	26	106
%	75,47%	24,53%	100%
Фр 3	104	27	131
%	79,38%	20,62%	100%
Фр 4	26	13	39
%	66,67%	33,3%	100%
Общ брой	148	151	300
Общ %	49,33%	50,67%	100%
r, p	r=- 0,51, p<0,001		

В горната таблица се разглежда връзката между корекцията на неправилните детски действия със забележки и поведението им в денталния кабинет. Открива се умерена корелация. Родителите, които коригират неправилните детски действия помагат за изграждане на по-позитивно поведение.

Таблица №119 Корелация между създаденото доверие към родителите и детското поведение (въпрос 14)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	4	20	24
%	16,67%	83,33%	100%
Фр 2	21	85	106
%	19,81%	80,19%	100%
Фр 3	22	109	131
%	16,79%	83,21%	100%
Фр 4	8	31	39
%	20,51%	79,49%	100%
Общ брой	55	245	300
Общ %	18,33%	81,67%	100%
r, p	r=0,56, p<0,01		

Децата, които имат доверие в родителите си и споделят с тях това, което се е случило през деня с приятелите им са по-малко при децата с негативно поведение, в сравнение с тези, при децата с позитивно. Открива се умерена корелация между двете променливи.

Таблица №120 Корелация между родителската незаинтересованост и поведението на детето (въпрос 15)

По Франкел	позитивни	негативни	Общо
Фр 1	1	23	24
%	4,16%	95,84%	100%
Фр 2	17	89	106
%	16,03%	83,97%	100%
Фр 3	17	114	131
%	12,97%	87,03%	100%
Фр 4	11	28	39
%	28,20%	71,8%	100%
Общ брой	46	254	300
Общ %	15,33%	84,67%	100%
г, р	r=0,89, p<0,001		

Поставеният въпрос за това, дали родителите се интересуват от случващото се с приятелите има висока корелация с поведението на децата в денталния кабинет. Оказва се, колкото повече родителите се интересуват от всичко, което става с децата им, толкова по-позитивно е тяхното поведение.

Таблица №121 Корелация между незаинтересоваността на родителите и поведението на детето (въпрос 16)

По Франкел	негативни	позитивни	Общо
Фр 1	3	21	24
%	12,5%	87,5%	100%
Фр 2	14	92	106
%	13,2%	86,8%	100%
Фр 3	20	111	131
%	15,26%	84,74%	100%
Фр 4	11	28	39
%	28,2%	71,8%	100%
Общ брой	48	252	300
Общ %	16%	84%	100%
г, р	r=0,86, p<0,001		

На горната таблица се открива висока степен на корелация, която показва значението на този фактор за развитието на позитивно поведение.

Таблица №122 Корелация между поведението на детето и създадени от родителите критерии за ценности (въпрос 17)

По Франкел	негативни	позитивни	Общо
Фр 1	2	22	24
%	8,33%	91,67%	100%
Фра 2	15	91	106
%	14,15%	85,85%	100%
Фр 3	19	112	131
%	14,50%	85,5%	100%
Фр 4	10	29	39
%	25,64%	74,36%	100%
Общ брой	46	254	300
Общ %	15,33%	84,67%	100%
r, p	r=0,93, p<0,001		

От горната таблица се въжда, че колкото повече родителите създават в децата си критерии за правилни и неправилни действия, толкова по-позитивно е поведението на детето. Открива се много висока степен на корелация, която потвърждава тази връзка.

Таблица №123 Корелация между поведението на детето и родителското успокояване, когато детето е разстроено (въпрос 19)

По Франкел	негативни	позитивни	Общо
Фр 1	5	19	24
%	20,83%		100%
Фр 2	19	87	106
%	17,92%		100%
Фр 3	23	108	131
%	17,55%		100%
Фр 4	11	28	39
%	28,20%		100%
Общ брой	58	242	300
Общ %	19,33%	80,67%	100%
r, p	r=0,62, p<0,01		

От данните в горната таблица се вижда умерена корелация между двете променливи. Това означава, че колкото повече родителите успокояват децата си, толкова по-позитивно става тяхното поведение.

Таблица №124 Корелация между усещането на детето, че е обичано и поведението му (въпрос 20)

По Франкел	негативни	позитивни	Общо
Фр 1	1	23	24
%	4,16%	95,84%	100%
Фр 2	13	93	106
%	12,26%	87,84%	100%
Фр 3	10	121	131
%	7,63%	92,37%	100%
Фр 4	7	32	39
%	17,94%	82,16%	100%
Общ брой	31	269	300
Общ %	10,33%	89,67%	100%
r, p	r=-0.79, p<0,001		

Открива се висока корелация между двете променливи. Оказва се, че колкото повече децата усещат родителската любов, толкова по-позитивно е тяхното поведение.

Таблица №125 Корелация между поведението и безпрекословната майчина любов (въпрос 22)

По Франкел	негативни	позитивни	Общо
Фр 1	0	24	24
%	0%	100%	100%
Фр 2	2	104	106
%	1,88%	98,22%	100%
Фр 3	1	130	131
%	0,76%	99,24%	100%
Фр 4	2	37	39
%	5,12%	94,88%	100%
Общ брой	5	295	300
Общ %	1,66%	98,44%	100%
r, p	r=0,81, p<0,001		

В горната таблица са нанесени резултатите от връзката на безприкословната майчина любов и поведението на детето.

Таблица №126 Корелация между поведението на детето и любовта на майката при лошо детско действие (въпрос 23)

По Франкел	негативни	позитивни	Общо
Фр 1	4	20	24
%	16,66%	83,34%	100%
Фр 2	2	104	106
%	1,88%	98,22%	100%
Фр 3	1	130	131
%	0,76%	99,245	100%
Фр 4	2	37	39
%	5,12%	94,885	100%
Общ брой	9	291	300
Общ %	3%	97%	100%
r, p	r=-0,63, p<0,01		

От резултатите, нанесени в горната таблица се вижда връзката между поведението на детето и реакцията на майката спрямо неправилните детски постъпки чрез отказване на любов. Оказва се, че майките, които заплашват децата си, че няма да ги обичат, ако действат неправилно са по-малък дял при негативните деца.

Таблица №127 Корелация между поведението на детето и несамостоятелността на детето (въпрос 24)

По Франкел	негативни	позитивни	Общо
Фр 1	15	9	24
%	62,5%	37,5%	100%
Фр 2	77	29	106
%	72,64%	27,36%	100%
Фр 3	94	37	131
%	71,75%	28,25%	100%
Фр 4	30	9	39
%	76,92%	23,08%	100%
Общ брой	216	84	300
Общ %	72%	28%	100%
r, p	r=0,90, p<0,001		

Данните показват висока степен на корелация между несамостоятелността на детето, изградена от родителите и поведението му в денталния кабинет.

Таблица №128 Корелация между детската несамостоятелност и поведението в дентален кабинет (въпрос 25)

По Франкел	негативни	позитивни	Общо
Фр 1	11	13	24
%	45,83%	56,17%	100%
Фр 2	40	66	106
%	37,73%	62,27%	100%
Фр 3	62	69	131
%	47,32%	52,78%	100%
Фр 4	19	20	39
%	48,71%	51,29%	100%
Общ брой	132	178	300
Общ %	44%	56%	100%
г, р	г=0,41, р<0,05		

Тук отново се търси връзка с изградената несамостоятелност в децата и поведението им в денталния кабинет, но сега отговорът се получава от желанието да си играе само или с майка си.

Таблица №129 Корелация между детската несамостоятелност и поведението на детето (въпрос 26)

По Франкел	негативни	позитивни	Общо
Фр 1	9	15	24
%	37,5%	62,5%	100%
Фр 2	50	56	106
%	47,16%	52,84%	100%
Фр 3	56	75	131
%	42,74%	57,26%	100%
Фр 4	23	16	39
%	58,97%	41,03%	100%
Общ брой	138	162	300
Общ %	46%	54%	100%
г, р	г=-0.84, р<0,001		

Отново се проверява горната връзка, изследвана чрез последните три въпроса, като сега директно се пита детето дали предпочита да играе заедно с майка си. И тук зависимостта се проявява, но още по-силно. Открива се висока степен на корелация, която говори, че колкото повече децата предпочитат майките им да са включени в

игрите им, толкова по-негативно е тяхното поведение. Последните три въпроса доказват корелацията между детската несамостоятелност и поведението им в денталния кабинет. Колкото по-самостоятелни деца се възпитават, толкова по-позитивно поведение имат те.

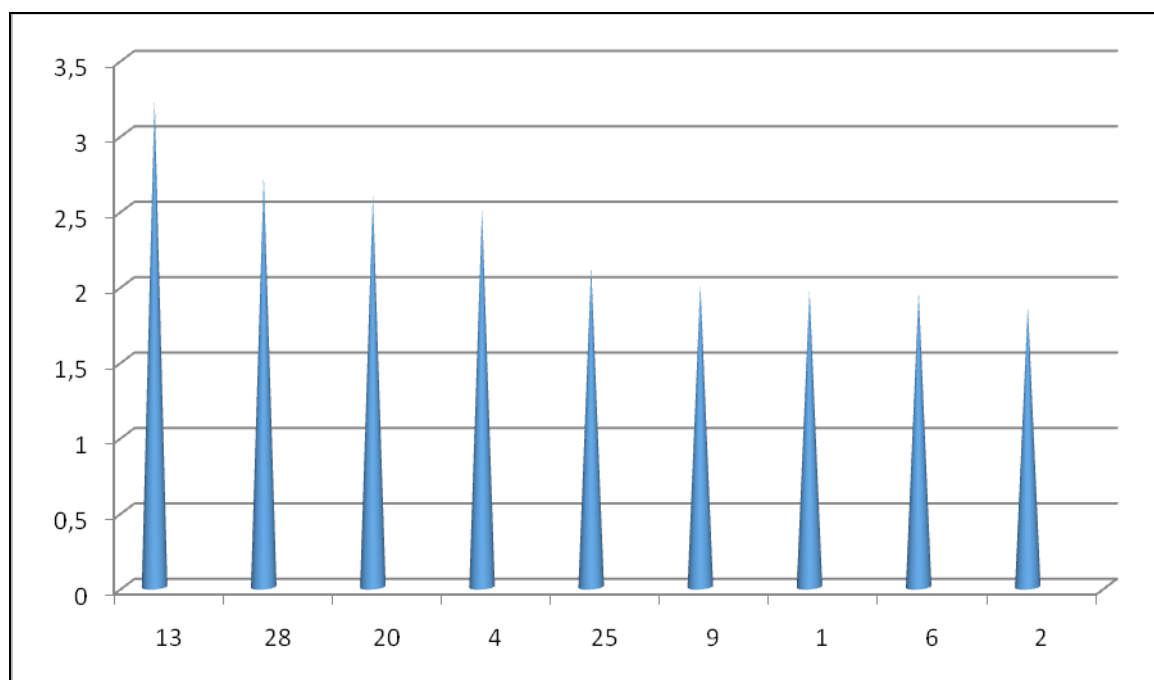
Обобщение на корелацията между родителския стил на възпитание и поведението на децата в денталния кабинет

От проведеното изследване за установяване връзката между поведението на децата в денталния кабинет и родителския стил на възпитание се установиха редица зависимости, доказващи я.

Обобщение на корелацията между родителския стил възпитание, получен от родителите и детското поведение в денталния кабинет.

Първият анализ беше направен за установяване на достоверни разлики в отговорите на трийсетте зададени въпроса към родителите в четирите групи с различно поведение на децата в денталния кабинет – силно негативно, слабо негативно, слабо позитивно и силно позитивно. При това разпределение на родителските отговори се сформираха четири неравностойни по брой групи, тъй като разпределението на децата по скалата Франкел е неравномерно. Най-голяма е групата на слабо позитивните (43,67%), следвана от слабо негативните 35,33%. Най-малка е частта на негативните деца (8), следвани от позитивните (13%). Неравномерното разпределение намалява значимостта на групата негативни деца, поради малкия брой. В същото време тази група е най-съществена за намиране на връзката с родителския стил на възпитание, но малкият ѝ брой намалява възможността за получаване на статистически достоверни резултати. Това обяснява получените резултати от таблица №80, където достоверни разлики в отговорите на родителите се получават само при 9 от зададените към родителите въпроси.

Диаграма №11 Връзка между родителското възпитание и поведението на детето, оценено по скалата на Франкел



На горната диаграма са нанесени по сила на статистически достоверните разлики между родителските отговори на силно негативните и силно позитивните деца. Най-мощна е разликата, получена за въпрос 13 – притесняват ли се родителите за здравето на детето.

Вторият по сила въпрос е 28 – имат ли родителите търпение да изслушат детето. Този въпрос разкрива загриженост, емоционална интелигентност.

Следващите два по сила въпроси са 20 и 4. Първият е свързан с големите очаквания на родителите към децата им, което е елемент на авторитарния стил, а вторият – е свързан с оптимизма на родителите – дали вярват, че всеки въпрос има решение, по-големи са очакванията на родителите, толкова по-негативни деца се изграждат. Наличието на оптимизъм е елемент на авторитетния стил, което доказва значимостта му за формиране на позитивно отношение в децата.

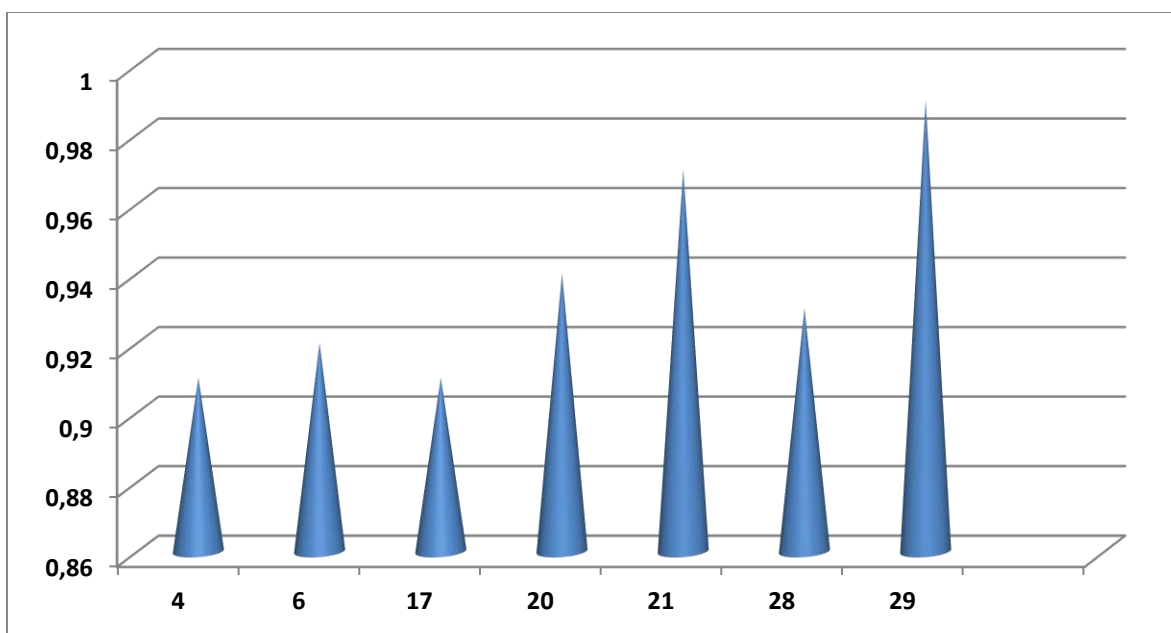
Относително по-слаба е силата на фактора за физическото наказание – в случая родителите се питаха дали смятат, че пошляпването е добър начин да се приучи детето в правилни действия (25 въпрос). Физическите наказания могат да се причислят към авторитарния стил на възпитание, но в същото време показват липса на търпение,

липса на правилен подход и аргументи, с които родителите могат да възпитават децата си. Потвърждава се предварителната хипотеза, че физическите наказания довеждат до негативизъм в децата, какъвто се изразява и към денталното лечение.

С относително по-слаба статистическа достоверност се извяват последните 4 въпроса 9, 1, 6, 2.

За да се избегнат недостатъците от неравномерното разпределение по брой на децата в четирите групи деца по скалата на Франкел, беше потърсена корелационна зависимост между родителския стил на възпитание и поведението на децата в денталния кабинет. Този статистически анализ позволява да се разкрият зависимостите по силата на въздействието им.

Диаграма №12 Въпроси, показали много висока корелация с детското поведение



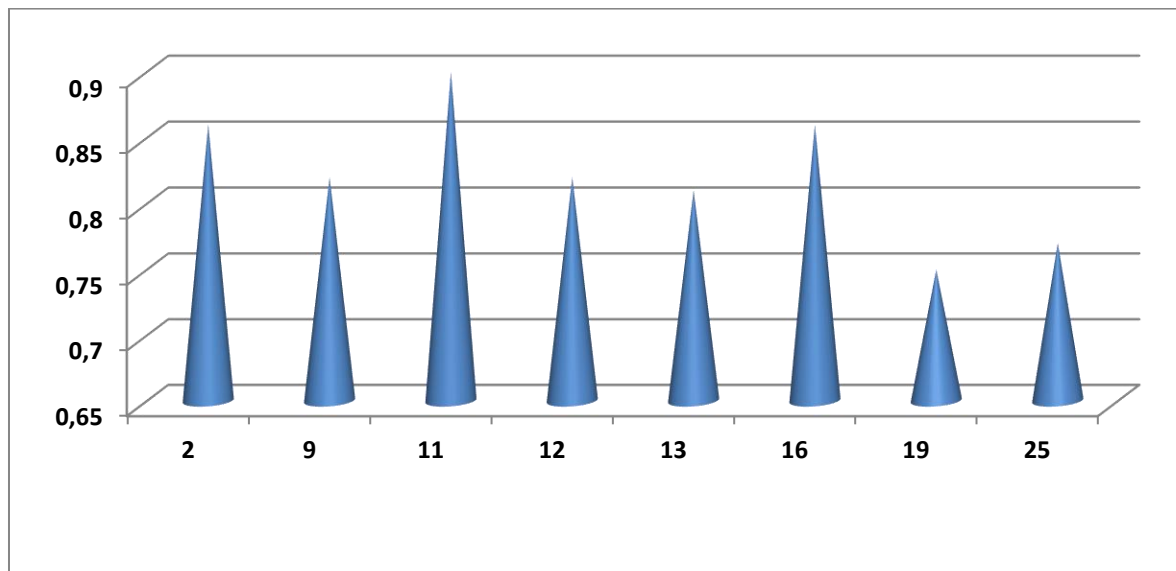
Най-високата корелация, която бе установена е с авторитетния стил на възпитание. Колкото повече родителите прилагат такъв стил при възпитанието на децата си, толкова по-голям е шансът да се изгради позитивно поведение към денталното лечение. Най-високата корелация е с 29 въпрос ($r=0,99$) и 21 въпрос ($r=0,97$). Те се отнасят до родителските обяснения на правилните и неправилните постъпки.

Още един въпрос с много висока корелация с детското поведение макар и с по-ниска стойност на корелационния коефициент е четвърти ($r=0,91$), доказващ авторитетния стил.

Следващата по сила корелация се открива с авторитарния стил – въпроси 20 ($r=0,94$) и 28 ($r=0,93$), първият от които е свързан с големите родителски очаквания към детето, а вторият - с търпението да изслушват детето си.

Последният въпрос с много висока корелация с детското поведение е 17 ($r=0,91$) и е свързан със свръхпротекцията при възпитанието.

Диаграма №13 Въпроси, показали висока степен на корелация с детското поведение



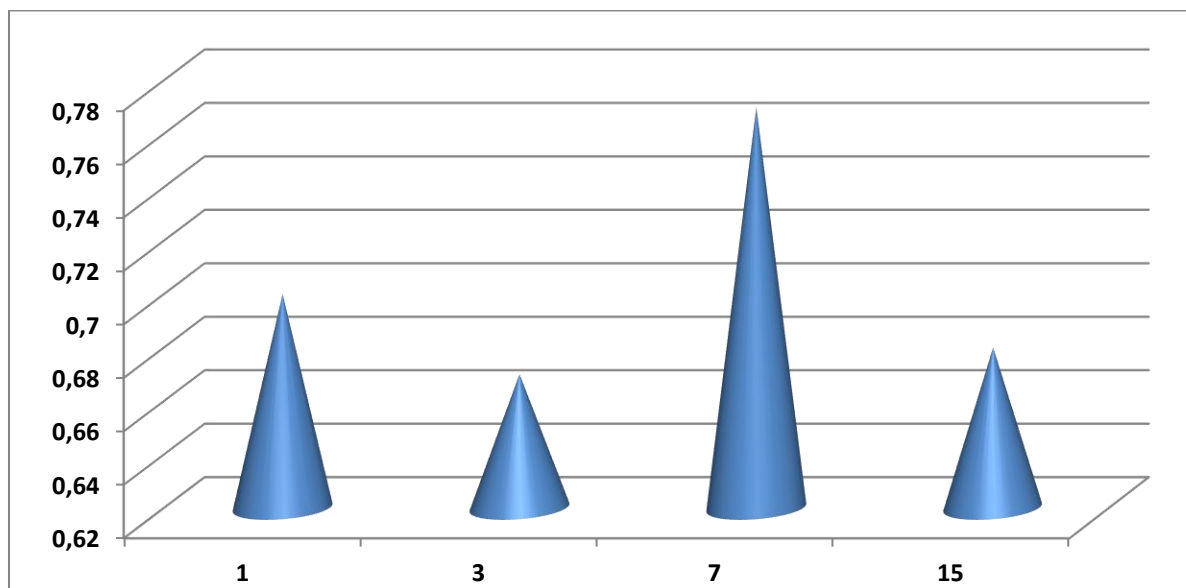
На горната диаграма са обобщени резултатите от въпросите към родителите, които показват висока степен на корелация с родителския стил на възпитание. Това са осем въпроса. Пет от тях доказват отрицателното влияние на авторитарния стил на възпитание (9, 11, 12, 19, 25), а три доказват същото влияние на свръхпротективния стил (2, 13, 16).

И в групата на високата корелация с поведението на детето изпъква негативният ефект от авторитарния и свръхпротективния стил. Най-моцен е ефектът на 11 въпрос ($r=0,90$), което е на границата между висока и много висока степен на корелация. Този въпрос показва, че родители, които наказват децата си не постигат

положителен ефект и с действията си създават условия за развитие на негативно отношение към денталното лечение. Следващи по сила на корелацията са въпросите 2 и 16, които разкриват негативния ефект на свръхпротективния стил на възпитание. Следващи по сила са отново въпроси, разкриващи авторитарния стил (9 и 12) и последни са 13 въпрос, разкриващ отново свръхпротективния и 19 и 25 – авторитарния стил на възпитание.

Тъй като и при много високата степен на корелация активно присъстваха въпроси, разкриващи тези два стила на възпитание, които и тук при високата степен на корелация изпъкват, може да се приеме, че тези два стила имат най-мощно действие за изграждане на негативизъм към денталното лечение.

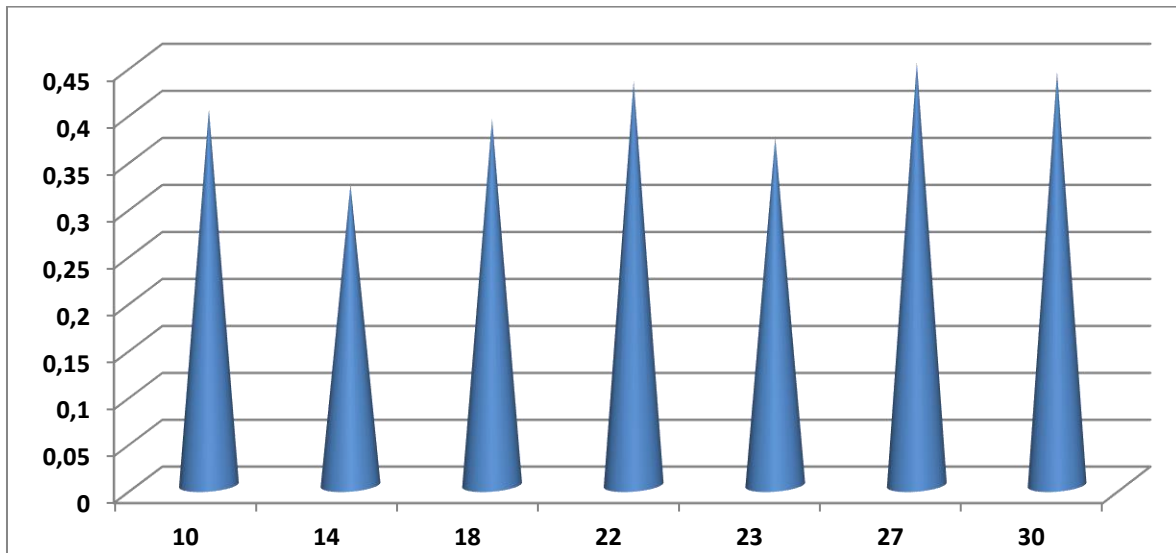
Диаграма №14 Въпроси, показали умерена корелация с детското поведение



В групата на въпросите, които показват умерена корелация с детското поведение попадат четири въпроса, три от които (1, 7, 15) отново характеризират свръхпротективния стила на възпитание, а един – първи въпрос – авторитетният стил на възпитание. И тук изпъква отрицателният ефект върху поведението на детето в денталния кабинет на свръхпротективния стил. С умерена корелация е и въпросът за авторитетния стил, който оказва позитивен ефект и помага за изграждане на позитивно настроени деца. Макар и степента на корелация с този въпрос да е умерена, то присъствието на въпроси с много висока степен на корелация, показани на диаграма 12,

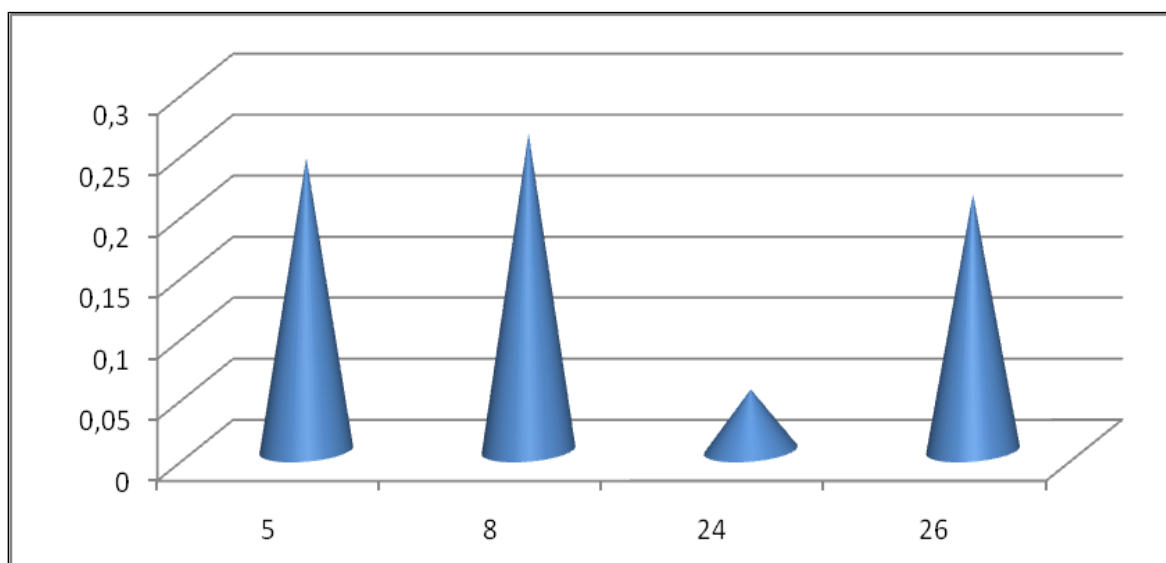
дава основание да се приеме за достоверно изграждане на позитивно детско поведение с авторитарен стил на възпитание.

Диаграма №15 Въпроси, показали ниска степен на корелация с детското поведение



В групата с ниска степен на корелация попадат въпроси, разкриващи толерантния стил на възпитание (23, 27 и 30), три въпроса подчертаващи авторитарния стил (10, 18, 22) и един (14) свръхпротективният стил. Тъй като и тук изпъква негативното действие на авторитарния и свръхпротективния стил на възпитание, макар и корелацията с тези въпроси да е слаби, тя доказва ефекта на тези два стила. Заключението, което може да се направи е, че конкретните въпроси не са така показателни за получаване на обективна информация. Пример за това заключение е въпрос 22, в който родителите се питат дали използват дават отговор, който е очевидно по-благоприличен от истината. Подобни са и останалите въпроси, които позволяват на родителите да се представят в по-добра светлина. Интересен е фактът, че за първи път се проявява ефекта от толерантния стил на възпитание с трите въпроса, но се оказва, че има слаба корелация с него. Това разкрива някакво влияние на толерантния стил, но то е слабо. Много по-мощно се отразяват авторитарният и свръхпротективният.

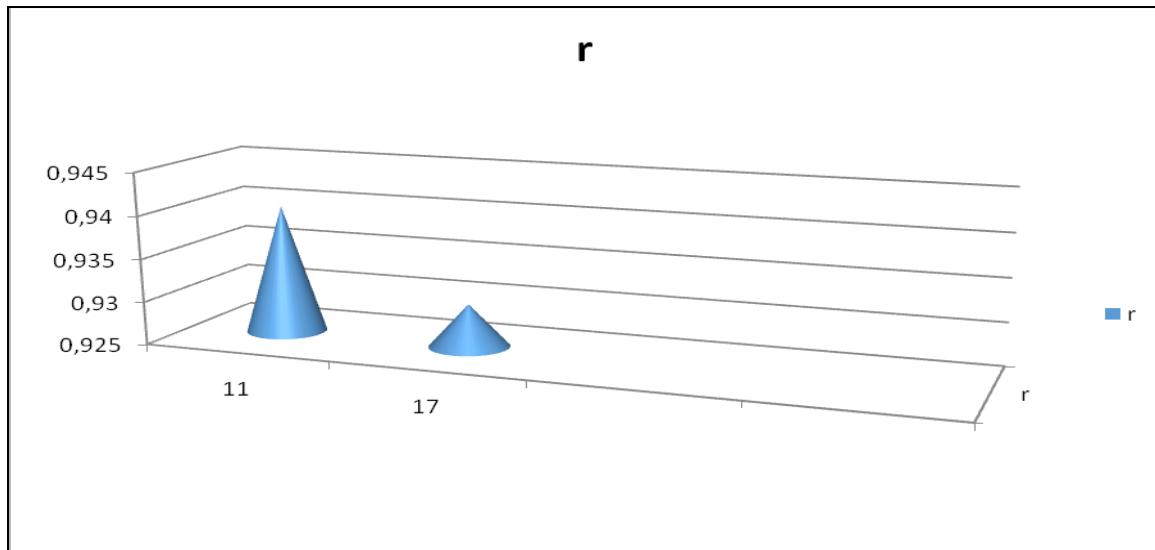
Диаграма №16 Въпроси, показващи много ниска степен на корелация с поведението



В групата с много ниска корелация попадат четири въпроса. Въпрос 24 практически не показва никаква корелация – това е въпросът дали родителите могат да контролират децата си. Повечето от тях твърдят, че могат и това не води до резултат. Така зададен, този въпрос не е показателен. Въпросите 5 и 8 целят разкриване на авторитетно или дори авторитарно възпитание, но не постигат нужния резултат. Първият пита дали родителите обичат реда в къщи и почти всички отговарят положително, което не позволява да изпъкне никаква зависимост. Последният 26 въпрос цели да разкрие елемент от толерантното отношение, но се оказва, че толерантният стил не е свързан значително с поведението на децата в денталния кабинет.

Обобщение на корелацията между стила на възпитание, получен от детските отговори и поведението в дентален кабинет

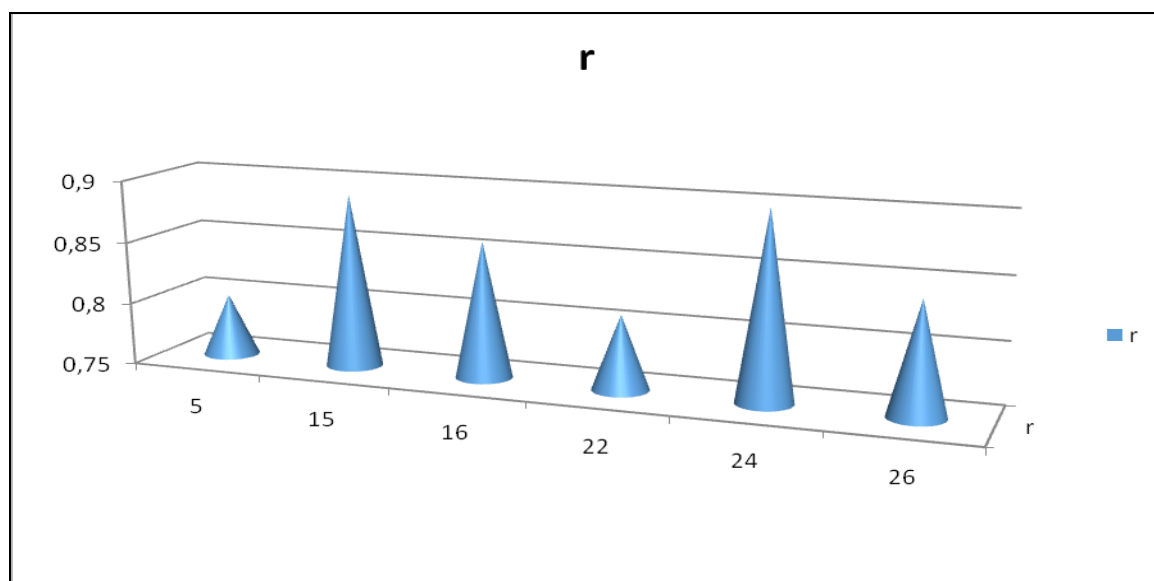
Диаграма № 17 Въпроси към децата, показали много висока корелация с детското поведение



Два от въпросите, зададени на децата показват много висока корелация с поведението им в денталния кабинет (11 и 17). Най-висока е корелацията с въпрос 11, който е свързан с усещането на детето, че му позволяват да прави това, което му харесва.

Вторият въпрос, показал много силна корелация с поведението е 17, свързан с увереността на децата, че знаят кое е правилно и кое – не.

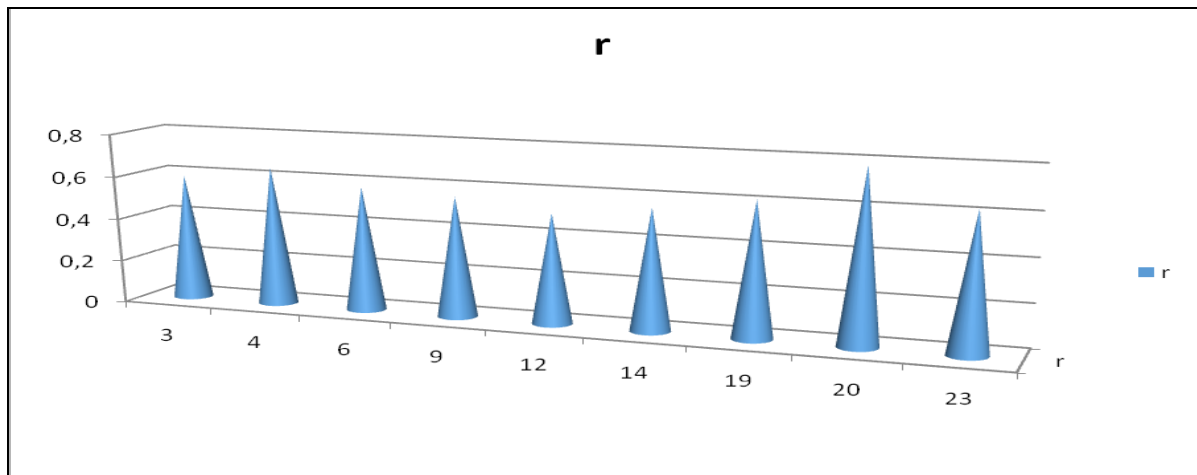
Диаграма № 18 Въпроси към децата, показали висока корелация с поведението



Шест от въпросите, отправени към децата показват висока корелация с поведението им в денталния кабинет. Пети въпрос разкрива авторитарния стил на възпитание (наказват го строго, ако не прави, това, което родителите искат), 15 и 16 въпрос са елемент на толерантния, а 24 и 26 въпрос показват емоционалната интелигентност на родителите, но 24 и 26 въпроси разкриват и емоционалната несигурност в децата и тяхната несамостоятелност, които изискват непрекъснатата близост с майката.

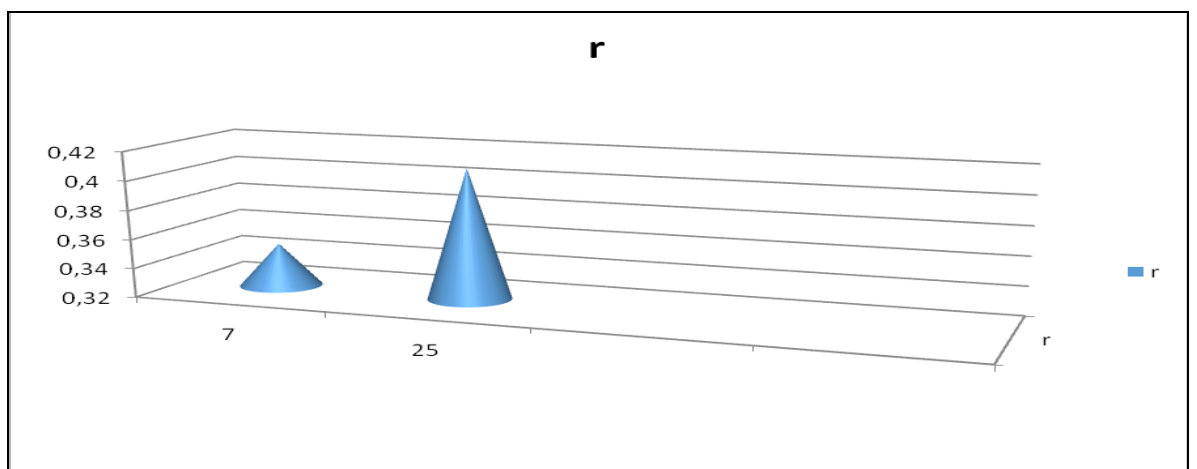
Най-висока е корелацията с 24 въпрос, който изразява емоционалната несигурност на децата. Подобно е въздействието и на 26 въпрос. Ето защо може да се приеме, че незаинтересованите родители, авторитарните и емоционално бедните създават несигурност в децата си, която може да се изрази и с негативно поведение в денталния кабинет. Потвърждение за този феномен е и силната корелация с 15 въпрос – усещането на децата, че родителите му се интересуват от него.

Диаграма №19 Въпроси към децата, показали умерена корелация с поведението



Девет въпроса от зададените към децата показват умерена корелация. Те доказват преди установени тенденции макар и самите те да нямат категорична връзка. Един от въпросите (3) подкрепя установената зависимост със свръхпротективния стил, четири въпроса подкрепят ефекта от авторитарния (4, 6, 9 и 23), един (12) подкрепя установеното за авторитетния стил, Два (14 и 19) подкрепят получените резултати за толерантния стил, видни на 7 и 8 диаграма и 20 въпрос потвърждава значението на емоционалната интелигентност.

Диаграма №20 Въпроси към децата , показали ниска корелация с поведението



Два въпроса показват ниска степен на корелация (7 и 25). Първият показва е стил, но може да се тълкува и като известна незаинтересованост на родителите.

Вторият говори за самостоятелността на децата. Фактът, че макар и да се вижда зависимост, корелацията е ниска, говори или за слаба корелация с родителския стил, или невъзможността с подобни въпроси да се оцени правилно съществуващата корелация.

Освен тези въпроси, които показват връзката между поведението на децата в денталния кабинет и родителския стил на възпитание не се установява корелация с въпросите 1, 2, 8, 10, 13, 18, 21. Те са заложиени, за да разкрият свръхпротекция (1 и 2), авторитетен стил (8), авторитарност (10), толерантност (13, 18) и емоционална интелигентност (1).

4. Резултати по четвърта задача

Според резултатите, получени в нашето проучване може да се направи извода, че възпитанието оказва влияние върху поведението на детето. Родители, които прилагат определени похвати и водят до формиране на негативно поведение трябва да бъдат подложени на определено моделиране на поведението. Това би могло да се постигне с необходимите знания и умения на денталния лекар, който да насочва емоционалните взаимодействия на детето и родителя. Така би се постигнало едно ефективно взаимодействие между дентален лекар, родител и дете-пациент. Така повлияването на детското поведение в денталния кабинет ще бъде подпомогнато и от родителя и общите усилия биха били по-адекватни.

Чрез моделиране на поведението на родителя биха могли да се постигнат известни успехи в управлението на поведението на децата. Денталният лекар би трябвало да използва различни писмени и устни форми за инструкция на родителите при прилагането на методите за промяна на поведението на децата.

Обобщението на резултатите от проучването въздействието на възпитанието върху поведението на детето ни позволи да определим някои насоки на една примерна програма за управление на поведението на родителите на деца от четири до шест годишна възраст. Това помогна за изработване на програма за повлияване на детското поведение чрез моделиране на родителския стил на възпитание.

Програма за повлияване на детското поведение чрез моделиране на родителския стил на възпитание

Диагностика на рисковото родителско възпитание за формиране на негативно поведение на децата в денталния кабинет;

Диагностика на рисковото възпитание, водещо до формиране на негативно поведение на детето в дентален кабинет.

Анкетирание на родителя чрез създадения въпросник

Таблица № 130 Тест за родители за диагностика на рисковото възпитание, водещо до негативно поведение на децата в дентален кабинет.

Въпроси	Точки	
	Да	Не
1. Изпитвате ли силни притеснения за здравето на детето?	-2	0
2. Имате ли търпение да изслушвате проблемите на детето?	0	-2
3. Имате ли големи изисквания и очаквания към детето?	-2	0
4. Смятате ли, че всеки проблем има решение?	0	-2
5. Мислите ли, че понякога пошляпването помага на възпитанието?	-2	0
6. Дразните ли се, ако детето нарушава наложените правила?	-2	0
7. Криете ли от детето възникналите в семейството проблеми?	-2	0
8. Ако сгрешите, признавате ли си пред детето?	0	-2

Определяне на риска, получен от родителите

Отговорът на всеки въпрос, който показва рисковото поведение, получава 2 точки, а отговорът, който отговаря на поведение, недовещащо до риск, получава 0 точки. Максималният общ брой точки от теста за родители, говорещ за рисковото възпитание е 16, а минималният е 0. Определянето на риска е както следва:

Нисък риск - от 0 до 6 точки

Среден риск – от 7 до 12 точки

Висок риск – от 13 до 18 точки

Анкетиране на децата чрез създадения въпросник

Таблица № 131 Тест за деца за диагностика на рисковото възпитание, водещо до негативно поведение в дентален кабинет.

Въпроси	Точки	
	Да - 0	Не-2
1. Позволяват ли ти да правиш това, което искаш?	Да - 0	Не-2
2. Обясняват ли ти защо не трябва да правиш някои неща?	Да - 0	Не-2
3. Помагат ли ти, дори и да можеш сам?	Да - 2	Не-0
4. Интересуват ли се родителите ти от твоите приятели?	Да - 0	Не-2
5. Обичат ли те, дори и да не се държиш добре?	Да - 0	Не-2
6. Наказват ли те, ако сгрешаеш?	Да - 2	Не-0
7. Успокояват ли те, ако си разстроен?	Да - 0	Не-2

Определяне на риска за негативно възпитание, получен от децата

Задават се 7 въпроса, като рисковото поведение се оценява с 2 точки, а липсата на риск – с 0 точки. Максималният брой точки са 14, а минималният е 0. Рискът се разделя отново в три категории, както следва:

Нисък риск – от 0 до 4 точки

Среден риск – от 5 до 8 точки

Висок риск – от 9 до 14 точки

Ако от тестовете за деца и родители при анамнезата се установи среден или висок риск за възпитание, създаващо негативно поведение на детето в дентален кабинет изследването трябва да продължи с установяване на стила възпитание, което се прилага в семейството. Търсят се двата стила, достоверно свързани с формиране на детски негативизъм в денталния кабинет – авторитарен и свръхпротективен. Търсят се и онези елементи от авторитетния стил, при липсата на които се изгражда негативно възпитание. Изработиха се кратки въпросници за всеки един от тези стилове, на базата на доказано свързаните с негативното поведение въпроси.

Определяне на родителския стил на възпитание

Таблица № 132 Откриване на авторитарен стил на родителско възпитание

Въпроси	Точки	
1. Имате ли големи очаквания към детето?	Да - 1	Не-0
2. Имате ли търпение да обясните причините, поради които искате детето да се държи по определен начин?	Да - 0	Не-1
3. Дразните ли се, ако детето разпилява?	Да - 1	Не-0
4. Дразните ли се, ако детето не следва наложените от вас правила?	Да - 1	Не-0

При получени 3 и 4 точки, приемаме, че във възпитанието на детето се използва авторитарния стил, който трябва да се коригира. При 2 точки се разбира, че в това възпитание се използват два значими елемента на авторитарния стил, които също и трябва да се коригират. При 1 точка става ясно, че основният стил на възпитание е друг, но установеният един елемент трябва да се коригира. Ако се получат 0 точки, това означава, че детето се възпитава с друг стил.

Таблица № 133 Откриване на свръхпротективен стил

Въпроси	Точки	
1. Притеснявате ли се непрекъснато за детето?	Да - 1	Не-0
2. Участвате ли във всичко, което детето прави?	Да - 1	Не-0
3. Оставете ли детето да върши само някои дейности?	Да - 0	Не-1

При получени 2 и 3 точки от горния тест се установява, че родителят прилага свръхпротекция към детето, което е рисково за изграждане на негативизъм в деталния кабинет. При получена една точка има установен елемент на свръхпротекция, който трябва да се коригира. При 0 точки трябва да се направи извода, че това дете не се възпитава чрез свръхпротекция.

Таблица № 134 Откриване на авторитетен стил на възпитание

Въпроси	Точки	
1. Разяснявате ли на детето кои постъпки са правилни и кои не са?	Да – 1	Не-0
2. Имате ли търпение да изслушвате проблемите на детето?	Да – 1	Не-0
3. Вярвате ли, че всеки проблем има решение?	Да – 1	Не-0

При получени 2 до 3 точки трябва да се направи извод, че във възпитанието на това дете се включват значимите елементи на авторитетния стил, които намаляват риска от негативно поведение в денталния кабинет, поради което възпитанието не трябва да се коригира. При 1 точка изводът е, че основният стил на възпитание е различен, но липсва един от важните елементи на авторитетното възпитание, което трябва да се коригира. При 0 точки може да се направи извод, че при това дете не се прилага авторитетен стил и дефектите във възпитанието трябва да се търсят в други елементи и друг възпитателен стил.

Моделиране на родителския стил на възпитание

Моделирането на родителския стил на възпитание трябва да се прави на базата на диагностиката на риска за неправилно възпитание и на стила на това възпитание. Всяко такова действие трябва да се изработва индивидуално, съобразявайки конкретните пропуснати позитивни елементи и съществуването на други негативни.

При установен авторитарен стил на възпитание за родителите се изработва упътване, чрез което родителят трябва да се опитва да коригира реакциите си и да въвежда нови, които биха могли да способстват за изграждане на позитивни детски реакции.

1. Не показвайте на детето, че сте силно разочаровани от него, когато то не се е справило с дадена задача.
2. Не споделяйте в негово присъствие разочарованието си.
3. Когато искате от детето да направи нещо или да постъпва по определен начин, отделете време, за да му обясните защо искате това от него. Свързвайте

различното поведение с категориите добро и зло. Стимулирайте създаване на правилни постъпки, което ще бъде полезно за самото дете, но и за всички около него.

4. Когато детето наруши наложените правила или нарушава реда, който искате да въведете, налагайте си да не реагирате остро. Не избухвайте, дори и да Ви е напрегнато или това да изисква допълнително време за възстановяването на реда. Опитайте се спокойно да му обясните, защо това негово действие е неправилно. Не формулирайте действието му като лошо, а като неправилно. Бъдете търпеливи и запазете спокойствие. Нека детето да почувства вашата загриженост и добронамереност.

5. Никога не коментирайте пред него негативното му поведение. Обратно, когато детето е коригирало поведението си, намерете време да го похвалите или да посочите подобрението му пред ваши близки.

При установен свръхпротективен стил на възпитание:

1. Опитайте се да осъзнаете, че децата често боледуват, но това е естественият път, по който се изгражда имунитета на всеки.

2. Опитайте се да възприемате появилото се заболяване като предизвикателство, с което трябва да се справите, а не като удар, който Ви извежда от равновесие и Ви разстройва.

3. Болестите изискват бързи и адекватни действия, затова контролирайте и прикривайте страховете си, които в тези случаи пречат на правилното Ви поведение

4. Никога не показвайте пред дете собствените си страхове от денталното лечение.

5. Не коментирайте пред него случаи, в които Вие или Ваши близки са имали неприятни изживявания в денталния кабинет.

6. Когато детето е в денталния кабинет дайте му възможност само да отговаря за усещанията си, не се опитвайте да го защитите от денталния лекар или от извършваните манипулации. Те са за помощ, а не за да нанесат щета.

7. Следете внимателно с кои задачи детето успява да се справи само и му дайте възможност да ги прави. Не се намесвайте, а го похвалете, че успява да го направи.

8. Възлагайте му малки задачи, които то само да реализира и ако се справи, похвалете го и разширете самостоятелните му действия с нови задачи. Нека да почувства лична отговорност и увереност, че може да се справи само.

9. Не се намесвайте с помощ в дейности, с които детето само може да се справи.

Укрепване на авторитетния стил на възпитание

1. Опитвайте се да обяснявате на детето кои са правилните и неправилните постъпки. Правете го със спокойствие и търпение. Обяснявайте следствията от неправилните и правилните постъпки, но без да използвате заплахата за това.

2. Намерете време, за да разпитате детето за това, което се е случило през деня в детската градина. Интересувайте се от постъпките му и поощрете правилните, а коригирайте неправилните. Разпитайте за приятелите на детето, интересувайте се от тях. Ако забележете, че детето е потиснато, бъдете внимателни и спокойно го разпитайте за причините. Не бъдете прекалено строги към другите или към самото дете. Намерете начин да поощрите добрите постъпки и внимателно да коригирате не дотам добрите.

3. Опитайте се при проблем в семейството първата Ви реакция да не е изнервяне или притеснение, което да се усети и от детето. Осъзнайте, че всеки проблем има своето решение и че Вие можете да го намерите. Не винаги решението е най-лесното или най-логичното, може да изисква повече време или усилия, но винаги има такова. Това виждане трябва да Ви води в действията Ви и към детето. Внушавайте му спокойствие, увереност, стабилност и вяра, че можете да се справите с проблема.

V.Обсъждане

1. Обсъждане по първа задача

Определянето на поведението в дентален кабинет с помощта на различни субективни и обективни методи е от изключително значение при оценката на възможностите за тяхното клинично приложение. Използването на един или повече методи за оценка на денталната тревожност при деца дава възможност за обективна оценка. Според проучванията все още няма златен стандарт в скалите за оценка на дентална тревожност при деца и юноши. Изследователите са на мнение, че липсва конгнитивен елемент в тези скали [158, 164].

Използваната в изследването поведенческа скала на Frankel се приема за валидна и надеждна при клинична оценка на поведението. Тя се изчислява бързо и дава възможност за избор на подходяща техника за повлияване на поведението [288].

При анализа на резултатите от настоящето изследване се установи, че децата със слабо позитивно поведение според поведенческата скала на Frankle са най-голямата група (44%). Следващата група е на слабо негативните (35%). Относително малки са частите на децата със силно позитивно поведение (13%) и най-малко са децата със силно негативно поведение (8%). Получените резултати съвпадат с повечето изследвания, използващи същата скала. Според авторите най-често срещаното поведение е слабо позитивното. Няма единно мнение по отношение на останалите три групи поради различната възраст на изследваните деца [67, 203].

Сравняването на получените резултати, с тези на други автори показва, че средно при 6 до 22% от децата се установява дентален страх и се държат негативно в дентален кабинет[223]. Тези данни съвпадат с нашите резултати, че повечето деца не изпитват дентален страх и се държат позитивно по време на лечението.

Цолова в София през 1989г. разработва методика за управление на поведението на деца от три до шестгодишна възраст в дентална среда[12]. Нейните резултати са сходни с получените от нас. Тъй като изследваната група деца в това изследване съпада с тази, на настоящото проучване, това сравнение обективизира сегашните получени резултати.

Друго изследване е на Шиндова, която прави оценка на поведението на децата на възраст между 6 и 12 в дентална среда и определя доминиращите поведенески характеристики при деца, които не сътрудничат на лечение [293]. Изследвани са 56 деца, от които 20 момчета и 36 момичета. Получените резултати съвпадат по отношение на водещата група деца, тъй като и тук най-голям относителен дял имат децата със слабо позитивно поведение (39,3%). Няма съвпадение обаче в групата на деца с най-рядко срещано поведение – тук това са децата със силно позитивно поведение, докато в нашето изследване най-рядко се среща силно негативното поведение. Причината за подобни различия е най-вероятно различната възраст на децата.

Поведението на децата в нашето проучване беше изследвано и с картинната скала за оценка на специфичния дентален страх (CFSS-DS), за да намерим пълната специфика на изследвания проблем и най-добрата схема за измерване. При анализа на резултатите от теста се установява, че близо половината от пациентите са с липсващ или слаб дентален страх. Следва групата на децата с риск от дентална фобия, а най-малък е относителният дял на деца с дентална фобия. Тези резултати са в съответствие с изследванията на Шиндова и кол. [293]. Получените данни предполагат по-задълбочени прочувания за прилагане на скалата в нашата страна.

В друго изследване се използва картинния тест и само 6,7% от децата са много страхливи [177, 178]. Този резултат съвпада с полученият от нас. Авторите на това изследване установяват, че денталният страх намалява с възрастта и корелира позитивно с други стахове от общ характер. Такива са възраст, общи страхове и родителски страхове. Последното твърдение подкрепя необходимостта от проведеното от нас изследване.

От сравнителния анализ на двете използвани скали - на Frankle и CFSS-DS, в нашето проучване открихме много висока степен на корелация между двата теста ($r = -0,8656$, $p < 0,001$). Тя ни дава основание да използваме скалата на Frankel като по-бърз и лесен метод, поради възрастта на изследвания контингент [280].

В литературата съществуват данни за подобни изследвания и на други автори. Някои автори откриват статистически значима корелация между общия резултат при CFSS-DS и скалата на Frankel ($P < 0,001$) [13, 151]. Деца, категоризирани като силно негативни по скалата на Frankel имат най-високият среден резултат по CFSS-DS,

последвани от негативни, позитивни и определено позитивни. Открита е статистическа значима разлика при сравняване на общия резултат от двата теста. Тези данни подкрепят получената от нас корелация [260].

От обсъждането на резултатите ни по първа задача можем да направим заключение, че получените резултати в настоящото изследване са сравними с подобните на други автори. Резултатите говорят, че съществува една значителна част от децата, които са силно тревожни, за които е необходимо да бъдат проведени проучвания за причините за денталния страх. Другото заключение, което може да бъде направено е за валидността на скалата на Франкел за определяне на детското поведение в дентален кабинет.

2. Обсъждане по втора задача

Управлението на поведението на детето в дентален кабинет е един от основните проблеми на денталния лекар. Във възрастта между 3 и 6 години децата са под значителното влияние на семейството и главно на майката [123]. Тя и другите отглеждащи детето налагат разбиранията си за възпитанието и предават на децата си навиците, придобити в собствената им среда. В тази възраст влиянието на обществото все още е относително слабо. Единични са данните в литературата, които обсъждат ролята на родителя в този процес [115]. Прието е да се смята, че децата се идентифицират с родителя, т.е. приемат го (я) като модел на всички видове поведение, опитват се да го имитират, формират същите нагласи и ценности. Открива се, че децата имитират родителите си в едни отношения, а в други не [172].

За да се намери ролята на родителя за формиране на детското поведение, трябваше първо да се определи използвания стил на възпитание от родителите. В групата на изследваните в това проучване деца бяха търсени четири основни стила на възпитание - авторитетен, авторитарен, толерантен, незаинтересован. Беше търсен самостоятелно и свръхпротективен стил, като подгрупа на авторитарния при родителите. От информацията, получена от родителите и отделно от децата, изследваните бяха разпределени според преобладаващите елементи на използвания стил. Според отговорите на децата за методите на възпитание бяха определени групите с четирите основни родителски стила [274, 296].

При проучване за определяне на корелацията между родителския стил, социален статус, орален статус и поведение на детето в дентален кабинет са изследвани 132 двойки деца-родители. Констатира се, че 87 родители (65,91%) използват авторитетно възпитание, 33 (25%) – толерантно, 11 (8,33%) използват авторитарно и 1 родител използва както толерантно така и авторитетно възпитание. Получените резултати съвпадат по отношение на групата на авторитетните родители, която е с най-голям процент и в нашето изследване. На второ място резултатите от изследванията съвпадат като посочват толерантното възпитание, а на трето авторитарното. Получените резултати не включват незаинтересовани родители. Вероятната причина за това е, че тук са изследвани както майки, така и бащи, докато в нашето изследване са включени само майки [156].

Според мнението на родителите за използвания от тях стил на възпитание, резултатите показваха, че по-голямата част от родителите използват авторитетния стил на възпитание - 65,88%. Този резултат показва, че близо 66% от родителите възпитават правилно децата си и това не би довело до създаване на рискове за негативно поведение в денталния кабинет. Данните от други проучвания съвпадат с получените от нас данни като посочват, че 66% от родителите използват авторитетния стил на възпитание [263].

Стилът на възпитание, който формира негативизъм и недоверие в децата и представлява сериозен риск за развитие на негативно поведение в денталния кабинет, е незаинтересованият. Анализът на данните, говорещи за присъствие на такъв стил показва, че малката част от родителите проявяват незаинтересованост към децата си (17,96%). Въпреки това и при този анализ се открива група от приблизително една пета от родителите, които създават сериозен риск за формиране на негативно поведение в децата си към денталното лечение. В литературата съществуват данни за подобни изследвания и на други автори [317].

В настоящото проучване установихме, че свръхпротекцията при възпитанието на децата обхваща доста голяма част от изследваните - 33,91%. Това показва, че повече от една трета от родителите прилагат елементи на свръхпротекция, което крие значителен риск за създаване на негативно поведение в дентален кабинет. Подобни проучвания са правени и от други автори, които потвърждават получените резултати за разпространение на свръхпротективния стил [204, 292].

Авторитарният стил на възпитание създава съпротивляващи се на правилата и нормите деца, което води до риск за изграждане на негативизъм към денталното лечение [194]. Позитивни за авторитарно възпитание в настоящото проучване са 28,60% от изследваните родители. Това показва, че отново близо една трета от родителите използват рисково възпитание, което представлява риск за изграждане на негативно поведение на децата. Тези резултати съвпадат с редица изследвания, правени през последните десетилетия в България, показват традиции, толериращи авторитарното родителско поведение [6].

Толерантният стил на възпитание от една страна създава самостоятелност и отговорност в детето и възможност да се справя добре в нова ситуация. От друга, прекалената толерантност на родителите може да граничи с незаинтересоваността и да доведе до обратния ефект [65]. В настоящото проучване откриваме, че 44,56% от изследваните родители са толерантни при възпитанието на децата си. Прекалена толерантност започва да нараства в риск за изграждане на поколение от деца, които не искат да се подчиняват на правила и да се съобразяват с норми [191,292].

В литературата за възпитанието на българското семейство съществуват данни, че то е значително по-либерално и присъства недостатъчна строгост при наказание (63%). В същото време се открива завишено ниво на удовлетворяване потребностите на детето (7,46%) и недостатъчно количество забрани (20,90%) [5, 7]. Тези резултати съвпадат с получените от нас резултати.

Резултатите, получени от отговорите на децата не съвпадат с тези, получени от отговорите на родителите. Близо 41,42% от децата дават информация за използване на авторитарен стил, докато само 28,60% от родителите дават доказателства за това. Разликата в тези данни е подкрепена със статистическа достоверност ($p < 0,05$). Тези резултати могат да се обяснят с два феномена. Първият е, че родителите имат съзнанието за някои неправилни страни на възпитанието, което прилагат и се опитват съзнателно или несъзнателно да пригледат отговорите си към правилните, а не действително прилаганите похвати при възпитанието. Така се получава по-нисък процент на прилаганите този стил. Вторият е, че децата значително по-силно усещат авторитарните похвати при възпитанието и чистосърдечно отговарят. Тези факти и обяснението им ни кара да предположим значително по-голяма група деца,

възпитавани авторитарно, от колкото родителите свидетелстват, което е сериозен риск за негативно поведение.

По отношение на незаинтересования стил на възпитание не се открива разлика между данните, получени от родителите и тези, от децата. И в двете групи се открива група от около 17%, при които присъстват данни за незаинтересованост от страна на родителите. Няма статистическа достоверност между двете групи. Резултатите показват силна детска чувствителност към незаинтересоваността на родителите, а родителите не осъзнават последствията от възпитанието си.

Полученият резултат изненадва с установената близо една пета от всички деца, които са negliжирани от родителите си и представляват сериозен риск за негативно поведение. В литературата има данни, че родители, проявяващи незаинтересованост не отделят време за обяснения, което затруднява адаптацията на децата към различни ситуации на социалния живот, както и формира неправилно отношение към оралното здраве [208].

При родители и деца прави впечатление голямото присъствие на толерантен стил. Децата достоверно свидетелстват за по-голяма толерантност при възпитанието, отколкото родителите признават. Допускането на всичко, което детето пожелае пречи на изграждане на правила и норми, което е сериозен риск от конфликт при навлизането в социалния живот. В литературата съществуват данни, че тези деца се държат неконтролируемо в дентален кабинет [187]. Родителите не им поставят граници и не са склонни да подготвят децата си за денталното лечение. По отношение на оралния статус на децата се установяват множество кариозни лезии, които затрудняват лечението [310].

За разлика от данните, получени от родителите, при които в 84,67% от случаите има свидетелства за авторитетност при отглеждането, тези, получени от децата са със значително по-ниски стойности – едва 65% от тях потвърждават авторитетното възпитание. Този факт е подкрепен със статистическа достоверност ($p < 0,001$). И тук е ясно, че родителите осъзнават кое е правилното поведение и отговарят в този дух. Възможно е и да смятат възпитанието си за авторитетно, но това, което децата са усетили се отличава значително. Подобни проучвания са правени и от други автори, които доказват, че родителите искат да демонстрират прилагане на

авторитетност при възпитанието, но резултатът, който постигат е значително по-нисък [43].

Получените резултати показват, че трудно може да се определи един възпитателен стил, тъй като повечето родители показват комбинация от различните стилове. Изследванията на Krikken доказват, че няма различия в поведението на деца, възпитавани с различни стилове, когато родителите отсъстват при лечението [187].

3. Обсъждане по задача 3

Детското развитие се влияе силно от семейната среда и може да бъде модифицирано от условията на средата, в която се отглежда детето [39,207]. Нашето проучване показва, че съществува корелация между елементи на авторитарния стил и детското поведение в дентален кабинет. Предположихме, че родители, които обичат реда, биха възпитали организираност в децата си и тя ще помогне за формиране на позитивно поведение у тях. Такива са авторитарните родители, които изискват твърде много от децата си. Получените резултати показаха, че родители, които са прекалено вторачени в поддържането на ред, се дразнят значително от нарушаването му. Те предават раздразнението си върху децата, предизвиквайки създаването на негативизъм в тях към проблемните ситуации. Очевидно е, че детето на малка възраст не е в състояние да проумее необходимостта от ред, тъй като самото то приема разхвърлянето като игра, която е необходима за хармоничното му развитие. Нашите резултати са сходни с резултати на други автори, които описват родителското раздразнение като фактор за развитие на поведенчески проблеми при децата. Те показаха, че се открива достоверна корелация между изграждането на стриктни правила и създаване на позитивно поведение на детето ($p < 0,001$). Според някои автори липсата на правила е причина за неконтролируемо поведение на детето в кабинета, което затруднява денталното лечение, което не съвпада с получените от нас резултати.

Наказанията на децата говорят за присъствие на авторитарен стил на възпитание. Установява се, че колкото по-строги наказания се налагат на едно дете, толкова по-позитивно то реагира на денталното лечение. Обратно, колкото по-либерално или незаинтересовано отношение към постъпките на детето имат родителите, толкова по-

негативно поведение се формира в него. Тази корелация говори в полза на авторитетното или дори на авторитарното възпитание, за сметка на толерантното или незаинтересованото [292].

Забелязва се тенденцията по-големият контрол да довежда до по-негативно поведение, но връзката е слаба. Ние установихме, че контролът като елемент на авторитарния стил не е толкова мощен фактор за формиране на негативно поведение. Според други автори той може да доведе до липса на самостоятелност и гъвкавост за справяне в нова ситуация каквато е денталното лечение [151]. Резултати от други изследвания са сходни с получените от нас резултати. Авторите посочват, че родителите днес все по-трудно успяват да контролират поведението на децата си [197].

Резултати от други изследвания са сходни с получените от нас резултати, че родителите все по-трудно успяват да контролират поведението на децата си. Възможното поведение на детето е или да реагира агресивно спрямо родителя, или да се затвори, приело вината или несправедливостта. И в двата варианта може да се очаква, че децата ще реагират или с агресия в денталния кабинет, или със съпротивление. Резултатите показват висока корелационна зависимост между двата фактора ($p < 0,001$). Хипотезата се доказва – колкото повече родителите се ядосват и викат на децата си, толкова по-негативно те реагират. С намаляването на тези родителски реакции, поведението на децата се позитивира.

Нашето изследване показва, че колкото повече са родителските притеснения, толкова по-негативно е отношението на децата към денталното лечение и обратно – колкото по-малко са те, толкова по-позитивно е поведението на децата. Проучванията показват, че родители, които имат минали негативни преживявания в дентален кабинет могат да предадат безпокойството на децата си [38, 318]. Според някои автори тези родители не искат децата да изпитат никаква болка или дискомфорт, което води до отлагане на лечението и прогресия на денталните заболявания [145].

Големите нереалистични очаквания са друг елемент на авторитарния стил. Колкото по-големи са очакванията на родителите, толкова по-негативни са децата и обратното. Проучванията показват, че реалистичните очаквания окуражават децата, докато нереалните водят до безпокойство и обезкуражават децата [146]. Те имат проблеми при социализацията, често са страхливи и срамежливи, с което се обяснява и

некоопреативното им поведение в дентален кабинет [207]. С намаляването на родителското очакване детето да изпълнява задачи, поведението на детето се позитивира. Тази корелация е в подкрепа на авторитарния стил на възпитание и макар да не е висока, тя е достатъчно изразена, за да се вземе в предвид ($p < 0,05$). Очевидно е, че големите амбиции на родителите въздействат върху децата, у които се създава усещане за несправяне, това води до затваряне и негативизъм към всяко действие.

Възпитанието с насилствени физически средства създава в децата негативизъм, пречи за адаптацията им и довежда до негативно отношение към денталното лечение. Оказва се, че колкото повече родителите използват физическо наказание при възпитанието, толкова повече по-негативни са децата и обратно. Подобни проучвания показват, че децата възприемат насилствени модели на поведение и реагират с агресивно поведение в стресови ситуации [156].

Свърхпротективният родител не дава възможност на детето за самостоятелна изява [151]. Той ограничава комуникацията с денталния лекар и отговоря вместо него. Очакваше се, че свърхпротективните родители възпитават деца, които трудно се справят сами в стресови ситуации. Колкото повече родителите се намесват в действията на децата дори в случаите, в които те могат да се справят сами, толкова по-негативнонастроени към денталното лечение деца се възпитават. Резултатите ни показват високата корелация, която е доказателство за негативното действие на свърхпротективния стил на възпитание ($p < 0,001$). Получените резултати потвърждават предварителната хипотеза, че децата, възпитавани по този начин са много по-несамостоятелни, по-несигурни и трудно се справят в нова ситуация. Такива деца са сериозен риск за проблемно поведение в дентален кабинет. Други проучвания потвърждават получените резултати [18, 142].

Авторитетните родители са строги, но справедливи. Те обясняват и дискутират с децата си смисъла на правилата. Те изискват от децата си да отстояват позицията си, да са социално отговорни и самостоятелни, давайки им условията и подкрепата, от които те имат нужда, за да го постигнат [96]. Откритата корелация показва, че колкото повече родителите държат на правилата, толкова по-позитивни деца се възпитават и обратно. Предварителната хипотеза се доказва категорично и това показва стабилна връзка на авторитетния стил възпитание с позитивните деца ($p < 0,01$).

Друг елемент от авторитетното възпитание е позитивизъм и намиране на решение във всяка ситуация. Присъствието на вяра в родителите, че всеки проблем има решение успява да възпита в децата спокойствие и увереност, че могат да се справят във всяка ситуация, включително и в трудните, каквато за децата е лечението в денталния кабинет. Колкото по-оптимистично настроени са родителите, толкова по-спокойни, уверени и позитивни деца се възпитават и обратно. Получените резултати се потвърждават от други автори [71].

Емоционалното родителско поведение се изразява в това родителят да дава обич, топлина подкрепа, загриженост. Проучванията доказват, че авторитетните родители са емоционално интелигентни. Те задоволяват много от основните потребности на детето от доверие, сигурност, значимост, уважение и закрила, което намалява тревожността на детето. Родителите с висока емоционална интелигентност успяват да изградят много по-уравновесени и спокойни деца, на които им е много по-лесно да се справят с трудни ситуации, каквато е денталното лечение [141, 142].

Търпението на родителите да изслушват детските проблеми е възлов белег за наличието на заинтересованост във възпитанието [112]. Предварителната хипотезата се основава на предположението, че интересът на родителите към индивидуалния живот на детето ще възпита в него усещане за доверие, значимост и позитивизъм. Оказва се, че колкото по-малък е интересът на родителите към личния живот на детето, в случая към приятелите му, толкова по-негативни деца се възпитават и обратно.

В литературата съществуват данни, че незаинтересованите родители не отделят време за обяснение на денталното лечение на децата и оставят тази задача в ръцете на денталния лекар [187]. Липсата на емоционална загриженост и толерантност в родителя създава предпоставка за негативно поведение в денталния кабинет. Разрешаването на децата да правят всичко, което поискат говори за незаинтересованост, защото това е най-лесният вариант. Получените резултати потвърждават предварителната хипотеза, че децата на незаинтересовани родители са негативни в дентален кабинет.

Първоначалната хипотеза, че толерантният стил на възпитание предизвиква по-позитивно настроени към денталното лечение деца се доказва. Децата се държат неконтролируемо в дентален кабинет, защото са свикнали родителите да нямат

изисквания към тяхното поведение [92,93].От децата обаче се получи мощно потвърждение на предварителната хипотеза, че толерантният стил на възпитание позволява хармонично развитие на детето, което оформя позитивно поведение в денталния кабинет. Фактът, че този ефект изпъква предимно при децата, а не толкова при родителите показва колко важно е усещането за възможност за избор, създадено в детето, а не толкова реалното поведение на родителите.

Потвърдена е предварителната хипотеза за влиянието на родителския стил на възпитание върху изграждане на страх, безпокойство и негативно отношение в децата е доказана. Открита е много висока корелация с три стила на възпитание - авторитетният, авторитарният и свръхпротективният. Авторитетният стил създава позитивно настроени деца, авторитарният и свръхпротективният водят до негативно поведение.

4. Обсъждане по задача 4

Проведеното изследване доказва, че родителският стил на възпитание оказва влияние върху поведението на детето при дентално лечение. Откритите рискови елементи на възпитанието, които доказано корелират с негативното детско поведение станаха основа за създаване на програма за моделиране на поведението чрез корекция на родителското възпитание. Тя е изградена от три части – (1) диагностика на рисково родителско възпитание за формиране на негативно поведение на децата в денталния кабинет, (2) определяне на родителския стил на възпитание и (3) моделиране на родителския стил на възпитание за корекция на негативното поведение на децата в дентален кабинет чрез изработени указания за всеки един преобладаващ стил на възпитание. Прилагането на тази програма може да бъде използвана както в студентското обучение, така и във всяка практика по дентална медицина.

VI. Заключение

Заключение по задача № 1

От проведеното изследване беше установено, че за определяне на поведението на децата в дентален кабинет във възрастта между 4 и 6 години по-подходяща е скалата на Франкел. Макар и резултатите от използването на картинния тест (CFSS-DS) [177] да са съпоставими с тези, получени по скалата на Франкел, определяне на отношението на децата към денталното лечение чрез емотикони изисква повече разяснения и подготовка от страна на изследващия.

Според получените резултати децата в тази възрастова група могат да се разпределят на две приблизително еднакви групи – деца, които не създават сериозни проблеми в денталния кабинет и такива, които създават такива. Малко повече от половината деца (57%) са позитивни или слабо позитивни към денталното лечение. Изцяло позитивните деца, които не се нуждаят от повлияване на поведението са малка част - 13%. Слабо позитивните деца са 43,67% и макар да приемат лечението, дори и тази група деца се нуждае от подготовка, адаптация и повлияване на поведението за реализиране на лечението. Втората група деца създават проблеми при денталното лечение. Силно негативни са само 8%, а слабо негативните са 35% или общо 43% от всички деца се нуждаят от сериозно повлияване на поведението. Ако към тази група се прибавят и слабо позитивните деца, които също изискват моделиране на поведението, става ясно, че повечето от децата в изследваната възрастова група се нуждае от повлияване, за да стане възможно денталното лечение.

Заключение по задача № 2

Определянето на родителския стил на възпитание в изследваната група деца показва, че най-разпространен е толерантният стил на възпитание. След него в низходящ ред се пореждат авторитарния, авторитетния и незаинтересования стил на възпитание. Това разпределение показва промяна в класическите методи на възпитание, при които дълги години са преобладавали авторитетният и дори авторитарен стил на възпитание. Възможна причина за това може да се търси в променените родителски нагласи за толерантно отношение към децата и за възприемането им като възрастни. Това ранно

гласуване на доверие към децата, както и създаването на възможност за избор в много ранна възраст намалява възможността на родителите да създадат в децата си правилни ценностни критерии, както и да подпомогнат социалната им адаптация.

Получените резултати показват, че една четвърт от родителите не изпозват авторитетния стил на възпитание, една трета имат свръхпротективен стил, а незаинтересован стил се установява при една пета. Към последните може да се прибави и още една пета от родителите, които проявяват незаинтересованост в повечето от случаите. Тези резултати разкриват неправилен родителски стил на възпитание в голяма част от случаите, тъй като негативните подходи се откриват при характеризирание на всеки един от родителските стилове на възпитание. Така негативният ефект от това се наслагва и групата с рисково възпитание за формиране на негативно поведение на децата към денталното лечение става значително по-голяма от конкретните негативни подходи за всеки стил по отделно.

Адаптираната и използвана от нас анкетна карта за самооценка на родителския стил, както и приложеният въпросник към децата показаха, че са ефективни за определянето на родителския стил на възпитание. Комбинираното им приложение показва много добра възможност за диагностика на възпитателния стил и определяне на рисковите елементи за формиране на негативно отношение на децата към денталното лечение. Това показва, че тези тестове биха могли да се използват в ежедневната лечебна практика за предварително определяне на риска от родителския стил на възпитание за формиране на негативно детско отношение в денталния кабинет. Елементи от тях биха могли да се използват за установяване на сферата, в която ще бъде необходимо моделиране на родителския стил на възпитание за коригиране на детското поведение.

Заклучение по задача № 3

Получените резултати от проведеното изследване показват зависимост между детското поведение в дентален кабинет и родителския стил на възпитание. Като цяло прави впечатление, че децата, възпитавани в условия на топли взаимоотношения са стимулирани в психологичното си развитие и при тях се наблюдава тенденция към позитивизъм. Децата, възпитавани с по-малко топлина и отзивчивост се открива тенденция към негативизъм спрямо денталното лечение.

Изследване на връзката между родителския стил на възпитание и поведението на детето в денталния кабинет показва рисковите елементи във възпитанието, които се откриват за формиране на негативно отношение в децата. Най-важните елементи на възпитанието, класирани по силата на връзката им с формиране на негативно поведение на децата към денталното лечение са премълчаване на проблемите пред децата, непризнаване на родителските грешки, липса на вяра за намиране на решение на проблемите, раздразнение от неглежиране на реда в къщи, от нарушаване на правилата, притеснения за здравето на детето, пошляпване и липса на търпение за разбиране проблемите на детето.

Това са елементи от авторитарния подход, част от който е свръхпротекцията, незаинтересования, както и елементи на толерантния стил. Като цяло авторитетният стил на възпитание води до формиране на позитивно поведение в дентален кабинет.

Получените резултати показаха много висока корелация на неадекватното поведение на децата в денталния кабинет с елементите на възпитание, като липса на разяснения от страна на родителите за правилните и неправилните действия ($r = 0,99$), за смисъла от прилаганите действия ($r = 0,97$), липсата на търпение ($r = 0,93$), раздразнение от разпиляване ($r = 0,92$), неучастване в детските занимания ($r = 0,91$), липса на оптимизъм ($r = 0,91$).

Висока корелация между родителското възпитание и рисковото поведение на децата в дентален кабинет има с прилагане на сериозни наказания ($r = 0,90$), непризнаване на родителските грешки ($r = 0,86$), високи родителски очаквания ($r = 0,94$), родителска помощ, дори и когато детето може да се справи само ($r = 0,86$), раздразнение от нарушаване на правилата ($r = 0,82$), ядосване и викане ($r = 0,82$), притеснения ($r = 0,81$), пошляпване ($r = 0,77$), липса на насърчаване за самостоятелни действия ($r = 0,77$), изискване да се правят нежелани неща ($r = 0,75$). Умерена корелация между родителските действия и рисковото поведение в дентален кабинет има с криене на проблемите от децата ($r = 0,70$), преразказване на усещанията на децата ($r = 0,68$).

Заклучение по задача № 4

Проведеното изследване показва, че получените резултати дават основание да се създаде система за диагностика на родителския стил на възпитание и да се оцени риска от използване на неправилни елементи на възпитанието за формиране на негативно отношение на децата към денталното лечение. Тази оценка може и трябва да стане задължителен елемент от основното изследване на детето. На базата на установения родителски стил на възпитание и оценката на риска за формиране на негативно поведение на децата могат да се създадат модели за моделиране на родителския стил на възпитание, които да повлияят за изграждане на позитивиране на детското поведение.

VII. Изводи:

1. Близко половината от децата между 4 и 6 години имат слабо или силно негативно поведение в денталния кабинет;
2. Съществува реална необходимост от повлияване поведението на децата в дентален кабинет;
3. Най-разпространеният стил на възпитание е толерантният, следван от авторитарния, авторитетния и незаинтересования;
4. Голяма част от родителите използват рискови елементи на възпитание за формиране на негативно отношение на децата към денталното лечение;
5. Родителският стил на възпитание влияе върху поведението на децата в денталния кабинет;
6. Авторитетният стил на възпитание води до намаляване на риска от създаване на негативно поведение на децата в дентален кабинет;
7. Елементи на авторитарния, незаинтересования и толерантния стил на възпитание представляват риск за изграждане на негативно поведение на децата към денталното лечение;
8. Установяването на родителския стил на възпитание и оценката на риска за създаване на негативно поведение в децата могат да се използват като база за моделиране на детското поведение в дентален кабинет.

VIII. Библиография

1. Вискът Д. Езикът на чувствата. София, 1993.
2. Георгиева М, Пенева М. Роля на родителите във взаимоотношенията лекар по дентална медицина – дете, 2012.
3. Георгиева М, Пенева М. Триъгълникът майка-дете-лекар по дентална медицина. Практическа Педиатрия. 2012;5:21-24.
4. Голман Д. Емоционална интелигентност. София, 2000.
5. Илиева Е. Детето-пациент на стоматолога. Проф. Марин Дринов София:Перо, 2000.
6. Иванов И. Съвременното българско семейство като възпитателна среда – Педагогика №2. 1998;34-40.
7. Маджаров ГА. Развитие на психиката в детско-юношеската възраст. ВТ, 2000.
- Пенев Р. Систематика и типология на семейното възпитание. София, 1995.
8. Пенева М. Ръководство по детска стоматология. Медицина и физкултура. София, 1989;9-20.
9. Пенева М, Цолова Е, Кабакчиева Р, Рашкова М. Профилактика на оралните заболявания: Учебник по детска дентална медицина. София:Изток-Запад, 2007;157-173.
10. Стаматов Р. Детска психология. Пловдив:Хермес, 2008.
11. Форуърд С, Бък К. Отровните родители. София, 2002.
12. Цолова ЕВ. Управление поведението на деца от три- до шестгодишна възраст в стоматологична среда. Кандидатска дисертация. Стоматологичен факултет, София, 1989.
13. Aartman IHA, van Everdingen T, Hoogstraten J, Schuurs AHB. Self-report measurements of dental anxiety and fear in children: a critical assessment. ASDC Journal of Dentistry for Children. 1998;65:252–258.
14. Aldous J, Mulligan GM. Fathers' child care and children's behavior problems: A longitudinal study. Journal of Family. 2002;23(5):624–647.
15. Allen KD, Hutfless S, Larzelere R. Evaluation of two predictors of child disruptive behavior during restorative dental treatment. Journal of Dentistry for Children. 2003;70:221–225.
16. Alwin N, Murray JJ, Niven N. The effect of children's dental anxiety on the behaviour of a dentist. International Journal of Paediatric Dentistry. 1994;4:19–24.
17. AAPHD. First oral health assessment policy. 2004.

18. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on pediatric pain management. *Pediatr Dent*. 2015;37(special issue):82-3.

19. American Academy of Pediatric Dentistry Clinical Affairs Committee—Behavior Management Subcommittee; American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs—Committee on Behavior Guidance. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatr Dent*. 2005-2006;27.

20. American Academy on Pediatric Dentistry Clinical Affairs Committee-Behaviour Management Subcommittee; American Academy on Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatr dent*. 2009;30:125-133.

21. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington DC, 4th ed.

22. Aminabadi NA, Adhami ZE, Jamil Z. Bar-On Emotional Quotient Inventory: Youth Version (Bar-on EQ-I: YV). Emotional intelligence subscale: are they correlated with child anxiety and behaviour in dental setting. *J Clin Pediatr Dent*. 2013;38(1):61-6.

23. Aminabadi NA, Adhami ZE, Oskouei SG, Najafpour E, Jamali Z. [Emotional intelligence subscales: are they correlated with child anxiety and behavior in the dental setting?](#) *J Clin Pediatr Dent*. 2013;38(1):61-6.

24. Aminabadi NA, Erfanparast L, Adhami ZE, Maljani E, Ranjbar F, Jamil Z. The impact of emotional intelligence and intelligence quotient (IQ) on child anxiety and behaviour in dental setting. *Acta Odontol Scand*. 2011;69(5):292-298.

25. Aminabadi NA, Farahani RM. Correlation of parenting style and pediatric behaviour guidance strategies in dental setting: preliminary findings. *Acta Odontol Scand*. 2008;66(2):99-104.

26. Aminabadi N, Pourkazemi M. The impact of maternal emotional intelligence and parenting style on child anxiety and behavior in dental setting. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012;17(6):1089-1095.

27. Aminabadi NA, Sighari Deljavan A. The Influence of Parenting Style and Child Temperament on Child-Parent-Dentist Interactions. *Pediatric Dentistry*. 2015;37:342.

28. Aoyagi-Naka K, Koda A, Kawakami T, Karibe H. Factors affecting psychological stress in children who cooperate with dental treatment: a pilot study. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2013; 14(4):263-268.

29. Arathi R, Ashwani R. Parental presence in the dental operator—Parent's point of view. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 1999;17:150–155.

30. Archenbach TM. Manual for Child Behaviour Checklist, Burlington, VT, University of Vermont, Department of Psychiatry. 1991;4-18.
31. Archenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA Preschool forms and Profiles. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, 2000.
32. Archenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families, 2001.
33. Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: Exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health*. 2007;7:1.
34. Arrindell WA, Sanavio E, Aguilar G, Sica C, Hatzichristou C, Eisemann M, Recinos LA, Gaszner P, Peter M, Battagliese G, Kállai J, Ende J. The development of a short version of the EMBU: its appraisal with students in Greece, Guatemala, Hungary and Italy. *Pers Individ Dif*. 1999;27:613-628.
35. Asen E, Thompson P. Family solutions in Family Practice Quay Publishing, 1993.
36. Averett SL, Gennetian LA, Peters, EH. Paternal child care and children's cognitive development. Paper presented at Conference on Father Involvement, Fatherhood Initiative, Bethesda, 1997.
37. Ayoub C, Vallotton CD, Mastergeorge AM. Developmental pathways to integrated social skills: The roles of parenting and early intervention. *Child Development*. 2011;82(2):583-600.
38. Baier K, Milgrom P, Russell S, Mancl L, Yoshida T. Children's fear and behavior in private pediatric dentistry practices. *Pediatr Dent*. 2004;26:316-21.
39. Bailey PM, Talbot A, Taylor PP. A comparison of maternal anxiety levels with anxiety levels manifested in the child dental patient. *ASDC J Dent Child*. 1973;40(4):277-84.
40. Bajric E, Sedin K, and Juric H. Reliability and validity of the Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule (CFSS-DS) in children in Bosnia and Herzegovina. *Bosnian Journal of Basic Medical Science*. 2001;11:214-218.
41. Bandura A, Adams NE, Beyer J. Cognitive processes mediating behavioral changes. *J Pers Soc Psychol*. 1977;35:125-39.
42. Bankole OO, Aderinokun GA, Denloye OO, Jeboda SO. Maternal and child's anxiety-effect on child's behaviour at dental appointments and treatments. *Afr J Med Med Sci*. 2002;31:349-52.

43. Barber BK, Olsen JE, Shagle SC. Associations between parental psychological and behavioral control and youth internalized and externalized behaviors. *Child Dev.* 1994;65:1120–36.
44. Barnow S, Spitzer C, Grabe HJ, Kessler C, Freyberger HJ. Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2006;45:965–972.
45. Bar-On R, Parker J, eds. *The handbook of emotional intelligence.* San Francisco: Jossey-Bass, 2000:363–388.
46. Barrett PM, Rapee RM, Dadds MM, Ryan SM. Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *J Abnorm Child Psychol.* 1996;24(2):187–203.
47. Bates JE, Pettit GS. Temperament, parenting and socialization. In Grusec, 2007.
48. Baumrind D. Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development.* 1966;37(4):887-907.
49. Baumrind D. Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genet Psychol Monogr.* 1967;75:43-88.
50. Baumrind D. The development of instrumental competence through socialization. In A.D. Pick (Ed) *Minnesota Symposium on Child Psychology*, Minneapolis: University of Minnesota Press, 1973;7:3-46.
51. Baumrind D. Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth & Society.* 1978;9(3):239-251.
52. Baumrind D. The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence.* 1991;11(1): 56-95.
53. Baumrind D. The discipline encounter: Contemporary issues. *Aggression and Violent Behavior.* 1997;2(4):321-335.
54. Baumrind D. Patterns of parental authority and adolescent autonomy. *New Directions for Child and Adolescent Development.* 2005;108:61-69.
55. Bayley N. *Bayley Scales of Infant Development* (2nd edition). New York, Psychological Corporation. 1993.
56. Bee H. *The Developing Child.* 6 th ed New York: Harper Collins College Publishers. 1992;249–275.
57. Bee H, Boyd D. *The developing child* (11th Ed.). Pearson Education:Allyn and Bacon, 2007.

58. Berggren U. and Meynert G. Dental fear and avoidance. Causes, symptoms and consequences. *Journal of the American Dental Association*. 1984;109:247–251.
59. Bin Xia, Chun-Li Wang, Li-Hong GE. Factors associated with dental behavior management problems in children aged 2-8 years in Beijing, China. *Int J Pediatric Dent*. 2011;21:200-209.
60. Bjorklund DF. *Children's thinking: Cognitive development and individual differences* (4th ed.). Belmont, CA: Wadsworth, 2005.
61. Blades M, Smith K, Cowie H. *Understanding Children's Development*. Wiley-Blackwell, 2011.
62. Block J, Block Jh, and Keyes S. Longitudinally foretelling drug usage in adolescence: early childhood personality and environmental precursors. *Child Dev*. 1988;59:336-355.
63. Block Jh. The Child-rearing Practices report (CrPr): A set of Q items for the description of parental socialization attitudes and values. Unpublished manuscript, University of California, Institute of Human Development, Berkeley, 1980.
64. Block Jh, Block J, Morrison A. Parental agreement-disagreement on child-rearing orientations and gender-related personality correlates in children. *Child Dev*. 1981;52:965-974.
65. Bornstein M. *Handbook on Parenting: children and parenting*. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Publishers, 2002.
66. Bowlby J. Attachment and loss: retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1982;52:664–678.
67. Brand AA. (1999): The child dental patient. Part I. The nature and prevalence of children's dental fears. *South African Dental Journal*, 54 (10): 482-7.
68. Brown KW. Cozby PC. *Research methods in human development*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company, 1999.
69. Brazelton TB. Touchpoints: Opportunities for preventing problems in the parent-child relationship. *Acta Pædiatrica*. 1994;83(394):35-39.
70. Brazelton TB, Cramer BG. *The earliest relationship: Parents, infants, and the drama of early attachment*. Cambridge, MA: Perseus Books, 1990.
71. Brissette I, Scheier MF, Carver CS. The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2002;82:102–111.

72. [Brody GH](#), [Stoneman Z](#), [Gauger K](#). Parent-child relationships, family problems-solving behavior, and sibling relationship quality: the moderating role of sibling temperaments. *Child Dev.* 1996;67(3):1289-300.
73. Brody N. What cognitive intelligence is and what emotional intelligence is not. *Psychological Inquiry.* 2004;15:234-238.
74. Buchanan H, Niven N. Validation of a facial imagescale to assess child dental anxiety. *Int J PaediatrDent.* 2002;12:47-52.
75. Buri JR. Parental Authority Questionnaire. *Journal of Personality and Social Assessment.* 1991;57:110-119.
76. Cabrera N, Tamis-Lemonda C, Bradley R, Hofferth S, Lamb M. Fatherhood in the 21st Century. *Child Development.* 2000;71:127-136.
77. Campbell SB. Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 1995;36(1):113–149.
78. Carey WB. Teaching parents about infant temperament. *Pediatrics.* 1998;102:(5 Suppl E):1311-6.
79. Carson P, Freeman R. Characteristics of children attending for dental general anaesthesia in 1993 and 1997. *Prim Dent Care.* 2000;7:163.
80. Carson P, Freeman R. Assessing dental anxiety: the validity of clinical observations. *Int J Paed Dent.* 2003;7:171-176.
81. Casamasimo PS, Wilson S. Effects of changing US parenting styles on dental practice: perception of diplomates of the American Board of Pediatric Dentistry. *Pediatric Dentistry.* 2002;24:18–22.
82. Castro J, Toro J, Van der Ende J. Exploring the feasibility of assessing perceived parental rearing styles in Spanish children with the EMBU, *International Journal of Social Psychiatry,* 39,47-57.
83. Certo MA, Bernat JE, Parents in the operatory, *NY State Dent J.* 1995;61(2): 34-8.
84. Champion GD, Goodenough B, von Baeyer CL, Thomas W. Measurement of pain by self-report. In: Finley GA, McGrath PJ, editors. *Measurement of pain in Infants and Children.* Seattle:IASP Press;1998:123-60.
85. Chapman HR, Kirby NC. Dental fear in children: a proposed model. *British Dental Journal.* 1999; 187(8):408-412.
86. Chapman HR, Kirby-Turner N. Visual/verbal analogue scales: Examples of brief assessment methods to aid management of child and adult patients in clinical practice. *British Dental Journal* 2002; 193(80): 447-450.

87. Chhabra N, Chhabra A, Walia G. Prevalence of dental anxiety and fear among five to ten year old children: a behaviour based cross sectional study. *Minerva Stomatol.* 2012 Mar;61(3):83–9.
88. Clark LA, Watson D, Mineka S. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology.* 1994;103:103-116.
89. Cline FW, Fay J. *Parenting with Love and Logic: Teaching Children Responsibility.* Pinon Press. 1990;23–25.
90. Cohen DA, Rice J. Parenting styles, adolescent substance abuse, and academic achievement. *J Drug Educ.* 1997;27:199–211.
91. Coleman A. *A Dictionary of Psychology (3rd Ed.).* Oxford University Press, 2008.
92. Coleman PK, Karraker KH. (1998). Self-efficacy and parenting quality: findings and future applications. *Developmental Review.* 1998;18:47–85.
93. Collins WA, Maccoby EE, Steinberg L, Hetherington EM, Bornstein MH. Contemporary research on parenting: The case for nature and nurture. *American Psychologist.* 2000;55(2):218-232.
94. Cooley CH. 1902. *Human Nature and the Social Order (Revised edition).* New York: Charles Scribner's Sons (1922). The Mead Project, Retrieved 2005.
95. Cooley CH. 1917. *Social Control in International Relations.* Publications of the American Sociological Society. 12: 207-216. The Mead Project, Retrieved 2005.
96. Corah NL. Effect of perceived control on stress reduction in pedodontic patients. *J Dent Res.* 1973;52:1261–1264.
97. Cox ICJ, Krikken JB, Veerkamp JSJ. Influence of parental presence on the child's perception of, and behaviour, during dental treatment. *European Archives of Paediatric Dentistry.* 2011;12:200–204.
98. Craig GJ, Kermis DM. *Children Today,* New Jersey: Prentice Hall, 1995.
99. Crossley ML, Joshi G. An investigation of paediatric dentists' attitudes towards parental accompaniment and behavioural management techniques in the UK. *British Dental Journal.* 2002;192(9):517-21.
100. Cunnigham B. *Child Development,* New York: Harpers Colling Publisher, 1993.
101. Cuthbert MI, Melamed BG. A screening device: Children at risk for dental fears and management problems. *ASDC J Dent Child.* 1982;49:432-6.
102. Dadds MR, Barrett PM. Family processes in child and adolescent anxiety and depression; *Behaviour Change.* 1996;13,231-239.

103. Dadds MR, Barrett PM, Rapee RM. Family process and child anxiety and aggression, A observational analysis, *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1996;24:715-734.
104. Dallaire DH, Weinraub M. Predicting children's separation anxiety at age 6: the contributions of infant-mother attachment security, maternal sensitivity, and maternal separation anxiety. *Attach Hum Dev*. 2005;7:393–408.
105. Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: an integrative model. *Psychol Bull*. 1993;113:487–96.
106. Davis-Kean PE. The influence of parent education and family income on child achievement: The indirect role of parental expectations and the home environment. *Journal of Family Psychology*. 2005;19:294–304.
107. Dearing E, McCartney K, Taylor BA. Change in family income matters more for children with less. *Child Development*. 2001;72:1779–1793.
108. de Jong-Lenters M, Duijster D, Bruist MA. The relationship between parenting, family interaction and childhood dental caries: A case-control study. *Social Science & Medicine*. 2014;116:49-55.
109. de Jongh A, Mu P, Ter Horst G, Duyx M. Acquisition and maintenance of dental anxiety: The role of conditioning experiences and cognitive factors. *Be&r Research and 27rer@y*. 1995;33,205-210.
110. Deater-Deckard K, O'Connor TG. Parent–child mutuality in early childhood: Two behavioral genetic studies. *Developmental Psychology*. 2000;36(5):561-570.
111. Denham SA. Emotional development in young children. New York: Guilford Press, 1998.
112. Denham SA. Dealing with feelings: how children negotiate the worlds of emotions and social relationships. *Cognition, Brain Behaviour*. 2002;11:1-48.
113. Denham SA, Blair KA, De Mulder E, Levitas J, Sawyer K, Auerbach-Major S, Queenan P. Preschool emotional competence: pathway to social competence. *Child Development*. 2003;74(1):238-256.
114. Denham SA, Blair K, Schmidt M, DeMulder E. Compromised emotional competence: seeds or violence sown early? *Am J Orthopsychiatry*. 2002;72(1):70-82.
115. de Oliveira VJ, da Costa LR, Marcelo VC, Lima AR. Mothers' perceptions of children's refusal to undergo dental treatment: an exploratory qualitative study. *Eur J Oral Sci*. 2006; 114(6):471-477.

116. Desilva P, Rachman S. Is exposure a necessary condition for fear-reduction? *Behavior Reseach and Therapy*.1981;19:227-232.
117. DeVore ER, Ginsburg KR. The protective effects of good parenting on adolescents. *Curr Opin Pediatr*.2005;17:460–5.
118. Dogan MC, Seydaoglu G, Uguz S, Inanc BY. Theeffect of age, gender and socio-economic factors onperceived dental anxiety determined by a modifiedscale in children. *Oral Health Prev Dent*. 2006;4:235-41.
119. Dornbusch SM, Ritter PL, Leiderman PH, Roberts DF, Fraleigh MJ. The relation of parenting style to adolescent school performance. *Child Dev*. 1987;58:1244–57.
120. Eder RA. Uncovering young children’s psychological selves: Individual and developmental differences. *Child Development*. 1990;61:849–63.
- 121.Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*. 1983;9:171-180.
122. Erickson et al. The Relationship Between Quality of Attachment and Behavior Problems in Preschool in a High-Risk Sample, *Monographs of the Society of Research in Child Development*. 1985;50(1-2):147-166.
123. Essau CA, Ollendick TH (editors). *The Wiley-Blackwell Handbook of the treatment of childhood and adolescent anxiety*. New Delhi: John Wiley & Sons Ltd.; 2013.
124. Falender CA, Mehrabian A. The emotional climate for children as inferred from parental attitudes. *Educational and Psychological Measurement*. 1980;40:1033-1042.
125. Feigal RJ. Guiding and managing the child dental patient:a fresh look at old pedagogy. *J Dent Educ*. 2001;65(12):1369-1377.
126. [Feinberg ME](#), [Kan ML](#). Establishing family foundations: intervention effects on coparenting, parent/infant well-being, and parent-child relations. *J Fam Psychol*. 2008;22(2):253-63.
127. Fields HW. Parental attitudes and expectations. AAPD Educational Foundation, 1988.
128. Fields HW, Jr., Machen JB, Murphy MG. Acceptability of various behavior management techniques relative to types of dental treatment. *Pediatr Dent*. 1984;6(4):199-203.
129. Folayan MO, Idehen EE. Effect of information on dental anxiety and behaviour ratings in children. *Eur J Paediatr Dent*. 2004;5(3):147-150.
130. Folayan MO, Kolawole KA. A critical appraisal of the use of tools for assessing dental fear in children.*AJOH*. 2004;1(1):54-63.

131. Frankl SN, Shiere FR, Fogels HR. Should the parent remain with the child in the dental operator? *J Dent Child*. 1962;29(1):50-163.
132. Frazer M, Hampson S. Some personality factors related to dental anxiety and fear of pain. *Br Dent J*.1988;165:436–439.
133. Freeman R. Barriers to accessing dental care: patient factors. *British Dental Journal*. 1999;187(3): 141-144.
134. Freeman R. A fearful child attends: a psychoanalytic explanation of children's responses to dental treatment. *Int J Paediatr Dent*. 2007;17(6):407–418.
135. Freeman R. Communicating with children and parents: recommendations for a child-centered approach for paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2008;9(Suppl 1):16-22.
136. Freud S. *The Future of an Illusion*. New York: W. W. Norton & Co, 1989.
137. Gardner H. *Frames of mind*. New York: Basic Books, 1983.
138. Geboy MJ. *Communication and Behaviour Management in Dentistry*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1985.
139. Glascoe FP, Leew S. Parenting behaviors, perceptions, and psychosocial risk: impacts on young children's development. *Pediatrics*. 2010;125(2):313-319.
140. Goldsmith, E. *Resource management for individuals and family*. United States: Wadsworth, 2000.
141. Goleman D. *Emotional Intelligence*. Bantam Books, 1995.
142. Goleman J. Cultural factors affecting behavior guidance and family compliance. *Pediatr Dent*. 2014;36(2):121-7.
143. Grytten J, Rossow I, Holst D, Steele L. Longitudinal study of dental health behaviours and other caries predictors in early childhood. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1988;16:356-359.
144. Guinot Jimeno F, Yuste Bielsa S, Cuadros Fernández C, Lorente Rodríguez AI, Mercadé Bellido M. Objective and subjective measures for assessing anxiety in paediatric dental patients. *Eur J Paediatr Dent*. 2011;12:239-44.
145. Gupta A, Marya CM, Bhatia HP, Dahiya V. Behaviour management of an anxious child. *Stomatologija* 2014;16:3-6.
146. Gustafsson A. et al. Dental behaviour management problems: the role of child personal characteristics. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2010;20:242–253.
147. Hardy DF, Power TG, Jaedicke S. Examining the relation of parenting to childrens' coping with everyday stress. *Child Dev*. 1993;64(4):1829-1841.

148. Hill J. Psychological and social processes in the conduct disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*. 2002;43:133-164.
149. Hirakawa T, Milgrom P, Coolidge T, Heima M, Mori Y, Ishihara C, Yakushiji N, Yoshida T, Shimono T. The Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale in Japan. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005.
150. Hollis AL. Dental anxiety amongst paediatric cardiology patients [dissertation]. Leeds:University of Leeds, 2012.
151. Holst A, Hallonsten AL, Schroder U, Ek L, Edlund K. Prediction of behavior-management problems in 3-yearold children. *Scand J Dent Res* 1993;101(2):110-4.
152. Hooven C, Katz L, Gottman J. *The Family as a Meta-Emotion Culture*. Congnition and Emotion, 1994.
153. Houpt M. Project USAP the use of sedative agents in pediatric dentistry (1993). *Pediatric Dentistry*. 1991update;15:36–40.
154. Howard KE, Freeman R. Reliability and validity of a faces version of the Modified Child Dental Anxiety Scale. *Int J Pediatr Dent*.2009;19(4):233-42.
155. Howe ML, Cicchetti D, Toth SL, Cerrito B. Carmichael's manual of child psychology: Mussen (Ed.) New York: Wiley. 2004;2:261-360.
156. Howenstein J, Kumar A, Casamassimo PS, McTigue D, Coury D, Yin H. Correlating parenting styles with child behavior and caries. *Pediatr Dent*. 2015;37(1):59-64.
157. Huh D, Tristan J, Wade E, Stice E. Does Problem Behavior Elicit Poor Parenting?: A Prospective Study of Adolescent Girls. *Journal of Adolescent Research*. 2006;21(2):185-204.
158. Humphris GM, Freeman R, Campbell J, Tuutti H, D'Souza V. Further evidence for the reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale. *Int Dent J*. 2000;50: 367–370.
159. Humphris GM, Mair L, Lee GTR, Birch H. Dental anxiety, pain and uncooperative behaviour in child dental patients. *Anx Res*. 1991;4:61–77.
160. Isabella R, Belsky J, and von Eye A. Origins of infantmother attachment : An examination of interactional synchrony during the infants' first year. *Developmental Psychology*. 1989;25:12–21.
- 161.Jackson C, Lindsay S. Reducing anxiety in new dental patients by means of leaflets. *Br Dent J*. 1995;179:163–167).
162. Jain D. et al. Parental compliance with instructions to remain silent in the dental operatory. *Pediatric Dentistry*. 2013;35:47–51.

163. Johansson P, Berggren U. Assessment of dental fear. *Acta Odont Scand.* 1992;50:43–49.
164. Johansson P, Berggren U, Hakeberg M, Hirsch J-M. Measures of dental beliefs and attitudes: their relationships with measures of fear. *Comm Dent Health.* 1993;10:31–39.
165. Johnson MH. The neural basis of cognitive development. In W. Damon (Series Ed.) and D. Kuhn and R.S. Siegler (Vol Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 2. Cognition, perception, and language* (5th ed.). New York: Wiley, 1998.
166. Johnson MH. *Developmental Cognitive Neuroscience: An Introduction.* Cambridge, MA: Blackwell, 2005.
167. Juntumaa B, Keski-Vaara P, Punamäke RL. Parenting, achievement strategies and satisfaction in ice hockey. *Scand J Psychol.* 2005;46(5):411-420.
168. Kamran M, Qiam F, Khan H. (2011) Evaluation of age, gender and parental factors affecting child behavior in the dental surgery. *JKCD.* 2011;1(2): 82-86.
169. Karibe H, Aoyagi-Naka K, Koda A, Maternal anxiety and child fear during dental procedure: a preliminary study. *J Dent Child.* 2014;81(2):72-7.
170. Kelly JB. Children's adjustment in conflicted marriage and divorce: a decade review of research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39(8):963-73.
171. Kent GG, Blinkhorn AS. *The Psychology of Dental care.* Oxford, Wright, 1991.
172. Kiff CJ, Lengua LJ, Zalewski M. Nature and nurturing: parenting in the context of child temperament. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2011;14(3):251-301.
173. Kim JS, Boynton JR, Inglehart MR. Parents' presence in the operatory during their child's dental visit: a person-environmental fit analysis of parents' responses. *Pediatric Dentistry.* 2012;34:407–413.
174. King NJ, Hamilton DI, Ollendick TH. *Children's fears and phobias: A behavioural perspective.* Chichester, Wiley, 1998.
175. Klaassen MA, Veerkamp J, Hoogstraten J. Predicting dental anxiety. The clinical value of anxiety questionnaires: an explorative study. *Eur J Paediatr Dent.* 2003;4:171-6.
176. Klaassen MA, Veerkamp JSJ, Hoogstraten J. Dental fear, communication, and behavioural management problems in children referred for dental problems. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2007;17:469-477.
177. Klingberg G. Dental fear and behaviour management problems in children. A study of measurement, prevalence, concomitant factors, and clinical effects. *Swed Dent J.* 1995;Suppl.:103:1-78.

178. Klingberg G. Dental anxiety and behaviour management problems in paediatric dentistry – a review of background factors and diagnostics. *Eur Archs Paediatr Dent.* 2008;(Suppl 1):9:11-15.
179. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2007;17(6):391- 406.
180. Klingberg G, Hwang CP. Children’s dental fear picture test (CDFP): a projective test for the assessment of child dental fear. *ASDC J Dent Child.*1994;61(2):89-96.
181. Krikken JB, Veerkamp JS. Child rearing styles, dental anxiety and disruptive behavior; an exploratory study. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2008;9:23–8.
182. Knutson JF, DeGarmo DS, Reid JB. Social disadvantage and neglectful parenting as precursors to the development of antisocial and aggressive child behavior: testing a theoretical model. *Aggressive behavior.* 2004;30:187-205.
183. Kochanska G. Children’s temperament, mothers’ discipline, and security of attachment: Multiple pathways to emerging internalization. *Child Development.* 1995;66:597–615.
184. Kochanska G, Murray KT. Mother-child mutually responsive orientation and conscience development: from toddler to early school age. *Child Dev.* 2000;71:417-431.
185. Kohler L. and Rigby M. Indicators of children’s development: Considerations when constructing a set of national Child Health Indicators for the European Union. *Child Care, Health and Development.* 2003;29:551–58.
186. Krikken JB, Ten Kate AJ, Veerkamp JSJ. Dental anxiety and behaviour management problems: the role of parents, 2013, ACTA, dissertation.
187. Krikken JB, Veerkamp JSJ. Child rearing styles, dental anxiety, and disruptive behavior; an exploratory study. *European Archives of Paediatric Dentistry.* 2008;9 supplement 1:23–28).
188. Krikken JB. et al. Child dental anxiety, parental rearing style and referral status of children. *Community Dental Health.* 2012;29:89–92.
189. Krikken JB et al. Measuring dental fear using the CFSS-DS. Do parents and children agree? *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2013;23:94–99.
190. Kritsidima M, Newton T, Asimakopoulou K. The effects of lavender scent on dental patient anxiety levels: A cluster randomised-controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010;38:83-87.

191. Kupietzky A, Tal E, Vargas KG. Parental cooperation scale in the pediatric dentistry setting: reliability and criteria. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2013;37:157–161.
192. Kyritsi MA, Dimou G, Lygidakis NA. Parental attitudes and perceptions affecting children's dental behaviour in Greek population: A clinical study. *Eur Arch Pediatr Dent*. 2009;10(1):29-32.
193. Kupietzky A, Tal E, Vargas KG. Parental Cooperation Scale in the Pediatric Dentistry Setting: Reliability and Criteria. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2012;37(2):157-161.
194. Lamborn SD, Monnts NS, Steinberg L, Dornbusch SM: Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Dev*. 1991;62:1049-1065.
195. Lange G, Sheerin D, Carr A, Dooley B, Barton V, Marshall D. Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *Journal of Family Therapy*. 2005;27:76-96.
196. LaVelli M. and Fogel A. Developmental changes in mother–infant face-to-face communication: Birth to 3 months. *Developmental Psychology*. 2005;38:288–305.
197. Law CS. The impact of changing parenting styles on the advancement of pediatric oral health. *CDA Journal*. 2007;3:192-197.
198. Lee CY, Chang YY, Huang ST. Prevalence of dental anxiety among 5- to 8-year-old Taiwanese children. *J Public Health Dent*. 2007;67(1):36–41.
199. Lewis and Pantell. Interviewing paediatric patients in M. Lipkin et al. (eds.) *The Medical Interview. Clinical Care, Education and Research*. Springer-Verlag, New York, 1995.
200. Lloyd and Bor. *Guidelines in communication with young children in. Communication skills for medicine* Churchill Livingstone New York, 1996.
201. Locker D. Psychological consequences of dental fear and anxiety. *Community Dentistry and oral Epidemiology*. 2003;31:144–151.
202. Locker D, Liddell A, Burman D. Denatal fear an anxiety in an older adult population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1991;19(2):120-4.
203. Locker D, Liddell A, Dempster L, Shapiro D. Age of onset of dental anxiety. *J Dent Res*. 1999;78(3):790-6.
204. Long N. The changing nature of parenting in America. *Pediatr Dent*. 2004;26(2):121-124.

205. Long N. Stress and economic hardship: The impact on children and parents. *Pediatr Dent*. 2014;36(2):109-14.
206. Lopez NV, Ayala GX, Corder K, et al. Parent support and parent-mediated behaviors are associated with children's sugary beverage consumption. *J Acad Nutr Diet*. 2012;112:541-7.
207. Louw DA, LA, Van Ede, DM. *Human Development*. 1998: Pretoria: Kagiso Tertiary.
208. Lowe O. Communicating with parents and children in the dental office. *J Calif Dent Assoc*. 2013;41(8):597-601.
209. Maccoby E. *Social Development*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, Inc 1980.
210. Maccoby EE. The role of parents in the socialization of children: An historical overview. *Developmental Psychology*. 1991;28:1006-1017.
211. Maccoby EE. Parenting and its effects on children: On reading and misreading behavior genetics. *Annu Rev Psychol*. 2000;51:1-27.
212. Maccoby EE, Martin JA. *Socialization in the context of the family: Parent-child interaction*. 1983.
213. Majstorovic M, Morse DE, Do D, Indicators of dental anxiety in children just prior to treatment. *J Clin Pediatr Dent*. 2014;39(1):12-7.
214. Marcum BK, Turner C, Courts FJ. Pediatric dentists' attitudes regarding parental presence during dental procedures. *Pediatric Dentistry*. 1995;17:432-436.
215. Marcum BK, Turner C, Courts FJ. Pediatric dentists' attitudes regarding parental presence during dental procedures. *Pediatric Dentistry*. 1995;17:432-436.
216. Martinez-Pons M. The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition, and Personality*. 1997;17: 3-13.
217. [Marzo](#) G, [Campanella](#) V, [Albani](#) F, [Gallusi](#) G. Psychological Aspects in Pediatric Dentistry. *Eur J Paediatr Dent*. 2003;4(4):177-80.
218. McKernon WL. et al. Longitudinal study of observed and perceived family influences on problem-focused coping behaviors of preadolescents with spina bifida. *Journal of Pediatric Psychology*. 2001;26:41-54.
219. McLeod SA. *Psychosexual Stages*. Retrieved from www.simplypsychology.org/psychosexual.html, 2008.
220. Mehrabian A. *Manual for the PAD Parental Attitudes Scales*, 1997.
221. Merckelbach H. And DeJong PJ. Evolutionary models of phobias. In G.C.L. Davey,

Phobias: A handbook of description, treatment and theory. Chichester: Wiley, 1996.

222. Milgrom P, Mancl L, King B, Weinstein P. Origins of childhood dental fear. *Behav Res Ther.* 1995;33(3):313-9.

223. Milgrom P, Weinstein P. Dental fears in general practice: new guidelines for assessment and treatment. *Int Dent J.* 1993;43:288–293.

224. Milgrom P, Weinstein P, Getz T. Treating fearful dental patients: a patient management handbook. 2nd ed., Revised Seattle: Continuing Dental Education. 1995;109–119.

225. Milgrom P, Weinstein P, Heaton LJ. Treating Fearful Dental Patient: A Patient Management Handbook. 3rd ed. Seattle: University of Washington; 2009.

226. Milsom KM, Tickle M, Humphris GM, Blinkhorn AS. The relationship between dental anxiety and dental treatment experience in 5-year-old children. *Br Dent J.* 2003;194:503–506.

227. Mittal R, Sharma M. [Assessment of psychological effects of dental treatment on children](#) *Contemp Clin Dent.* 2012;3(Suppl1):S2–S7.

228. Molinari GE, DeYoung AK. Non-pharmacologic behavior management techniques used with pediatric dental patients. *J Mich Dent Assoc.* 2002;84(1):30-33.

229. Muris P. Normal and Abnormal Fear and anxiety in Children and Adolescents. Burlington. 2007.

230. Muris P, Bosma H, Meesters C, Schouten E. Perceived parental rearing behaviours, A confirmatory factor analytic study of the Dutch EMBU for children, *Personality and Individual Differences*, 2010, 21, 813-818.

231. Muris P, Merckelbach H, de Jong P. The etiology of specific fears and phobias in children: critique of the non-associative account, *Behav Res Ther.* 2002;40(2):185-95.

232. Muris P, Merckelbach H, Gadet B, Moulart V. Fears, worries, and scary dreams in 4-to 12-year-old children: Their content, development pattern, and origins. *Journal of Clinical Child Psychology.* 2000;29:43-52.

233. In Mussen PH (ed) and Hetherington EM (vol. ed.). *Handbook of child psychology: Vol(4). Socialization, personality, and social development (4th ed.)*. New York: Wiley, 2004;1-101.

234. Nanthamongkolchai S, Ngaosusit C, Munsawaengsub C. Influence of parenting styles on development of children aged three to six years old. *J Med Assoc Thai.* 2007;90(5):971-976.

235. Nelson K. Development of extended memory. *Journal of Physiology*. 2007;101(4-6):223-229.
236. Novik T.S. Validity of Child Behaviour Checklist in a Norwegian Sample, *European Child and Adolescent Psychiatry*. 1999;8(4):247-254.
237. [O'Connor TG, Dunn J, Jenkins JM, et al](#). Family settings and children's adjustment: differential adjustment within and across families. *Br J Psychiatry*. 2001;179:110-5.
238. O'Connor TG, Rutter M. Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. English and Romanian Adoptees Study Team. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000;39:703–712.
239. O'Keeffe AT. Parenting. In N. Salkind (Ed.), *Child Development*. New York, NY: Macmillan Reference USA, 2002:295-299.
240. Olumide F, Newton JT, Dunne S, Gilbert DB. Anticipatory anxiety in children visiting the dentist: lack of effect of preparatory information. *Int J Paediatr Dent*. 2009;19:338-42.
241. Oosterink F, De Jongh A, Hoogstraten J. Prevalence of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes. *Eur J Oral Sci*. 2009;117(2):135-143.
242. Park RD. Punishment in children: Effects, side effects, and alternate strategies. In Hom HL Jr, Robinson PA (Ed.) *Psychological processes in early education*, New York: Academic Press, 1977.
243. Parker G, Roussos J, Hadzi-Pavlovic D, Mitchell P, Wilhelm K, Austin MP. The development of a refined measure of dysfunctional parenting and assessment of its relevance in patients with affective disorders. *Psychol Med*. 1997;27:1193-1203.
244. Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental bonding instrument. *Br J Med Psychol*. 1979;52:1-10.
245. Parsons RFB. *Family: socialization and interaction process*. 1998.
246. Pau KHA, Croucher R. Emotional intelligence and perceived stress in dental undergraduates. *J Dent Educ*. 2003;67:1023–1028.
247. Peretz B, Efrat J. Dental anxiety among young adolescent patients in Israel. *Int J Paediatr Dent*. 2000;10:126-132.
248. Peretz B, Zadik D, Attitudes of parents towards their presence in the operatory during dental treatment to their children, *J Clin Pediatr Dent*. 1998; 23(1):27-30.

249. Perris C, Arrindell WA, Perris H, Eisemann M, van der Ende J, von Knorring L. Perceived depriving parental rearing and depression. *British Journal of Psych&y.* 1986;14:170-175.
250. Perris C, Arrindell WA, Eisemann M. *Parenting and psychopathology.* New York, Wiley, 1994.
251. Perris C, Jacobsson L, Lindström H, von Knorring L, Perris H: Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatr Scand.* 1980;61:265-274.
252. Petrowski K, Berth H, Schmidt S, Schumacher J, Hinz A, Brähler E. The assessment of recalled parental rearing behavior and its relationship to life satisfaction and interpersonal problems: a general population study. *BMC Medical Research Methodology.* 2009;9:17.
253. Piaget J. *Science of education and the psychology of the child.* New York: Viking Press, 1971.
254. Piaget J. *The psychology of the child.* New York: Basic Books, 1972.
255. Piaget J. *The child's conception of the world.* New York: Littlefield Adams, 1990.
256. Piaget J, Gruber H, (Ed.), Voneche JJ (Ed.). *The essential Piaget (100th Anniversary Ed.).* New York: Jason Aronson.
257. Piaget J, Inhelder B. *The psychology of the child.* New York: Basic Books. 1969.
258. Pinkham JR. Behavior management of children in the dental office. *Dent Clin North Am.* 2000;44(3):471-486.
259. Pinkham JR. Child patient management: questions and answers. *ASDC J Dent Child.* 2001;68(3):159-160.
260. 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;41:130-42.
261. Porritt J, Marshman Z, Rodd HD. Understanding children's dental anxiety and psychological approaches to its reduction. *Int J Paediatr Dent.* 2012;22:397-405.
262. Pritchard E. *Personality: Freud's Theory of Psychosexual Development.* Retrieved from <http://io.uwinnipeg.ca/~eptrich1/pers.htm>, 1998.
263. Querido JG, Warner TD, Eyberg SM. Parenting styles and child behavior in African American families of preschool children. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2002;31(2):272-7.

264. Rachman S. The conditioning theory of fear-acquisition: a critical examination. *Behav Res Ther.* 1977;15(5):375–87.
265. Radis FG, Wilson S, Griffen AL, Coury DL. Temperament as a predictor of behavior during initial dental examination in children. *Pediatr Dent.* 1994;16(2):121-7.
266. Rai S, Agarwal M, Aradhya K, Konde S, Nagakishore V. Evaluation of Dental Fear in Children during Dental Visit using Children’s Fear Survey Schedule-Dental Subscale. *Int J Clin Pediatr D.* 2013;6(1):12-15.
267. Ramos-Jorge ML, Marques LS, Pavia SM, Serra-Negra JM, Pordeus IA. Predictive factors for child behavior in the dental environment. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2006;7(4):253-7.
268. Rantavuori K, Lahti S, Hausen H, Seppa L, Karkkai-nen S. Dental fear and oral health and family characteristics of Finnish children. *Acta Odontol Scand.* 2004;62:207-13.
269. Rantavuori K, Lahti S, Seppa L, Hausen H. Dental fear of Finnish children in the light of different measures of dental fear. *Acta Odontol Scand.* 2005;63.
270. Rapee RM. Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review.* 1997;7(1):47-67.
271. Rashidah Esa, Noratikah AH, Ayob Y. Psychometric properties of the faces version of the Malay-modified child dental anxiety scale. *BCM Oral health* 15, 2015.
272. Rickel AU, Biasatti LL. modification of the Block Child rearing Practices report. *Journal of Clinical Psychology.* 1982;38(1):129-143.
273. Roberts JF, Curzon ME, Koch G, Martens LC. Review: Behaviour Management Techniques in Paediatric Dentistry. *European Archives of Paediatric Dentistry.* 2010;11:166–174.
274. Robinson CC, Mandeleco B, Olsen SF. and Hart CH. Authoritative, authoritarian, and permissive parenting practices: Development of a new measure. *Psychol Rep.* 1995;77:819-830.
275. Robinson CC, Mandeleco B, Olsen SF and Hart CH. The parenting styles and dimensions questionnaire (PSDQ). *Handbook of Family Measurement Techniques.* 2001;3:319-321.
276. Robinson CM. Authoritative, authoritarian, and permissive parenting practices: Development of a new measure. *Psychological Reports.* 1995;77(3):1.
277. Rubin KH, Burgess KB, Hasting PD. Stability and social-behavioral consequences of toddlers’ inhibited temperament and parenting behaviors. *Child Development.* 2002;73(2):483-495.

278. Rud B, Kisling E. The influence of mental development on children's acceptance of dental treatment. *Scandinavian Journal of Dental Research*. 1973;81:343–352.
279. Saarni C. The interface of emotional development with social context. In M. Lewis, J. Haviland-Jones & L. Feldman Barrett (Eds.), *The Handbook of Emotions* (3rd ed.). New York: Guilford Press, 2008:332-347.
280. Salem K, Kousha M, Anissian A., [Dental Fear and Concomitant Factors in 3-6 Year-old Children](#) *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*. 2012;6(2):70–74.
281. Salovey P, Mayer JD. Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*. 1990;9:185-211.
282. Salovey P, Mayer JD, Caruso D. Emotional Intelligence: Theory, Findings, and Implications. *Psychological Inquiry*. 2004;197–215.
283. Sanson AV, Oberklaid F, Pedlow R, Prior M. Risk indicators: Assessment of infancy predictors of preschool behavioural maladjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1991;32:609-626.
284. Sanson AV, Prior M. Temperamental and behavioral precursors to Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. In H. C. Quay & A.E. Hogan, Eds, *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishing, 1990;397-417.
285. Santrock JW. *Child Development, USA: Mc Graw-Hill Companies*, 1998.
286. Schaie KW. Emotional intelligence: Psychometric status and developmental characteristic: Comments on Roberts, Zeindner, and Matthews. *Emotion*. 2001;1:243-248.
287. [Schor EL](#). Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. *Pediatrics*. 2003;111:1541-71.
288. Semenova ND, Kudriavaia NV, Zhuruli NB. Psychological research in dentistry. *Stomatologiia*. 1999;78(6):57-64.
289. Seran Ng, Christina Demopoulos, Connie Mobley. Parenting style and oral health status. *Open journal of pediatrics*. 2013;3:188-194.
290. Shaffer D. et al. *Developmental Psychology: Childhood and Adolescence*. (3rd Canadian Edition). Toronto, Nelson. 2010.
291. Sharma A, Tyagi R. Behavior assessment of children in dental settings: A retrospective study. *International J Clin Pediatr Dent*. 2011;4(1):35-39.
292. Sheller B. Challenges of managing child behavior in the 21st century dental setting. *Pediatr Dent*. 2004;26(2):111-113.

293. Shindova M, Belcheva A, Mateva N. Factors in dental environment related to development of child dental fear and parent-child agreement on its evaluation, 2015.
294. Siegel DJ, Hartzell M. Parenting from the inside out. New York: Jeremy P. Tarcher, 2004.
295. Smith MK. Howard Gardner and multiple intelligences. The Encyclopedia of Informal Education, New York: Basic Books, 2002.
296. Snarr JD, Slep AM, Grande VP. Validation of a new self-report measure of parental attributions. *Psychol Assess.* 2009;21(3):390-401.
297. Someya T, Uehara T, Kadowaki: Effects of gender difference and birth order on perceived parenting styles, measured by the EMBU scale, in Japanese two-sibling subjects.
- 298-272. Soxman J. Parenting the parents of pediatric patients. *Compend Contin Educ Dent.* 2006;27(11):630-634.
299. Speirs. Talking with children in Talking with patients. ed. Myerscough P. Oxford Medical Publications Oxford, 1992.
300. Sternberg RJ, Smith C. Social intelligence and decoding skills in nonverbal communication. *Social Cognition.* 1985;3:168-192.
301. Strid K., Tjus T., Smith L., Meltzoff A.N. Infant recall memory and communication predicts later cognitive development, *Infant Behaviour and Development.* 2006;29(4):545-553.
302. Tanner JM. Foetus into man: Physical growth from conception to maturity (2nd ed.). Cambridge, MA: Harvard University Press, 1990.
303. Ten Berge, M. Dental fear in children: prevalence, aetiology and risk factors. PhD Thesis, University of Amsterdam, The Netherlands, 2001.
304. Ten Berge M, Veerkamp JS, Hoogstraten J, Prins PJ. Parental beliefs on the origins of child dental fear in The Netherlands. *ASDC J Dent Child.* 2001;68(1):51-54.
305. Ten Berge M, Veerkamp JS, Hoogstraten J, Prins PJ. Childhood dental fear in the Netherlands: prevalence and normative data. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30(2):101.
306. Themessl-Huber M, Freeman R, Humphris G, MacGillivray S, Terzi N. Empirical evidence of the relationship between parental and child dental fear: a structured review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent.* 2010;20(2):83-101.
307. Thomas G. Power, Stress and Coping in Childhood: The Parents Role. 2004;4:4.

308. Thomasgard M, Metz WP, Edelbrook C. Parent-child relationship disorders: I. parental over protection and the development of the Parent Protection Scale. *Journal of Developmental and Behavioural Pediatrics*. 1995;16:244-250.
309. Thompson R. and Nelson C. Developmental science and the media. *American Psychologist*. 2001;56(1):5-15.
310. Van Meurs P, Howard KE, Versloot J, Veerkamp JS, Freeman R. Child coping strategies, dental anxiety and dental treatment: the influence of age, gender and childhood caries prevalence. *Eur J Paediatr Dent*. 2005;6:173-178.
311. Veerkamp JSJ. et al. Dentists rating of child patient dental anxiety. *Community Dentistry and oral Epidemiology*. 1995;23:356-359.
312. Venham LL. The effect of mother's presence on child's response to dental treatment. *J Dent Child* 1979;46:219-25.
313. Venham L, Bengston D, Cipes M. Children's response to sequential dental visits. *Journal of Dental Research*. 1977;56:454-459.
314. Venham L, Bengston D, Cipes M. Parent's presence and the child's response to dental stress. *J Dent Child*. 1978;45:37-41.
315. Venham LL, Bengston D, Cipes M. Parent's presence and child's response to dental treatment. *ASDC J Dent Child*. 1979;46(3):219-225.
316. Venham LL, Gaulin-Kremer E. A self-report measure of situational anxiety for young children. *Pediatric Dentistry*. 1979;1:91-96.
317. Venham LL, Murray P, Gaulin-Kremer E. Personality factors affecting the preschool child's response to dental stress. *J Dent Res*. 1979;58(11):2046-51.
318. Versloot J, Craig KD. The communication of pain in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2009;10(2):61-6.
319. Waldman HB. Your next pediatric dental patient may be a parent. *ASDC J Dent Child*. 1996;63(3):222-227, 228. (Print at BCH Library).
320. Weinstein P, Domoto P, Baab D. Developmental factors in coping of preschool children during restorative treatment. *J Pedod*. 1983;8(1):52-6.
321. Welbury RR, Macaskill SG, Murphy JM, Evans DJ, Weightmen KE, Jackson MC, Crawford MA. General dental practitioners' perception of their role within child protection: a qualitative study. *Eur J Paediatr Dent*. 2003;2:89-95.
322. Wertlieb D. Converging Trends in Family Research and Pediatrics: Recent Findings for the American academy of pediatrics task force on the family. *Pediatrics*. 2003;111(6):16-1572.

323. Williams JMG, Murray JJ, Lund CA, Harkiss B, de Franco A. Anxiety in the child dental clinic. *J Child Psychol Psychiat*. 1985;26:305–310.
324. Wong DL, Baker CM. Pain in children: comparison of assessment scales. *Pediatric Nursing*. 1988;14:9–17.
325. Wong HM, Humphris GM, Lee GTR. Preliminary validation and reliability of the modified child dental anxiety scale. *Psychological Reports*. 1998;83:1179–1186.
326. Wright GZ. *Behaviour management in Dentistry for Children*. Philadelphia. W.B. Saunders Company, 1975.
327. Wright GZ, McAulay DJ. Current premedicating trends in pedodontics. *J Dent Child*. 1973;40:185-87.
328. Wright GZ, Starkey PE, Gardner DE. *Managing Children's Behavior in the Dental Office*. St Louis, CV Mosby Co, 1983.
329. Wright GZ, Starkey PE, Gardner DE. *Child management in dentistry*, Bristol, IOP Publishing, 1987.
330. Wright GZ, Stigers JI. Nonpharmacologic management of children's behaviors. In: *Dentistry for the Child and Adolescent (9th Ed.)*, 2011.
331. Xia B, Wang CL, GE LH. Factors associated with dental behavior management problems in children aged 2-8 years in Beijing, China. *Int J Pediatric Dent*. 2011;21:200-209.
332. Yamada MKM, Tanabe Y, Sano T, Noda T. Cooperation during dental treatment: the Children's Fear Survey Schedule in Japanese children. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2002;12: 404-409.