

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Stomatologická klinika



Hana Teislerová

Zvládání strachu v ordinaci dentální hygienistky

*Dealing with dental fear in dental hygiene
office*

Bakalářská práce

Praha, duben 2017

Autor práce: Hana Teislerová

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Bakalářský studijní obor: Dentální hygienistka

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Pavlovičová, Dis.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 26. 4. 2017

Hana Teislerová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své školitelce Mgr. Markétě Pavlovičové za vedení a cenné podněty. A zároveň děkuji své rodině, přátelům a spolužačkám z 3. lékařské fakulty za podporu během celého studia.

Obsah

1.	CÍL PRÁCE	6
2.	ÚVOD	7
3.	TEORETICKÁ ČÁST	9
3.1.	KLÍČOVÉ FAKTORY PŮSOBÍCÍ NA PACIENTA BĚHEM POBYTU V ORDINACI DENTÁLNÍ HYGIENISTKY	9
3.1.1.	DEFINICE BOLESTI	9
3.1.2.	DEFINICE STRACHU	10
3.1.3.	DEFINICE ÚZKOSTI	11
3.1.4.	DEFINICE FOBIE	12
3.2.	STRACH Z OŠETŘENÍ	13
3.2.1.	CHARAKTERISTIKA STRACHU ZE STOMATOLOGICKÉHO OŠETŘENÍ	13
3.2.2.	ETIOLOGIE STRACHU ZE STOMATOLOGICKÉHO OŠETŘENÍ	14
3.2.3.	DŮSLEDKY STRACHU ZE STOMATOLOGICKÉHO OŠETŘENÍ	16
3.3.	ZÁSADY JEDNÁNÍ S ÚZKOSTNÝM PACIENTEM	18
3.3.1.	NONVERBÁLNÍ KOMUNIKACE	20
3.4.	METODY ZMÍRŇUJÍCÍ STRACH A ÚZKOST Z OŠETŘENÍ	21
3.4.1.	OŠETŘENÍ ZA POUŽITÍ OXIDU DUSNÉHO	22
3.4.2.	OŠETŘENÍ V ANALGOSEDACI	24
3.4.3.	OŠETŘENÍ V CELKOVÉ ANESTEZII	25
3.4.4.	PSYCHOLOGICKÉ METODY ZMÍRŇUJÍCÍ STRACH Z OŠETŘENÍ	27
3.4.4.1.	KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE	27
3.4.4.2.	SYSTEMATICKÁ DESENZIBILIZACE	29
3.4.4.3.	EXPOZICE OBÁVANÉMU PODNĚTU	30
3.4.4.4.	HYPNÓZA VE STOMATOLOGICKÉM PROSTŘEDÍ	31
3.5.	VLIV PROSTŘEDÍ ČEKÁRNY A ORDINACE NA DENTÁLNÍ STRACH	32
4.	PRAKTICKÁ ČÁST	36
4.1.	HYPOTÉZY	36
4.2.	SOUBOR A METODIKA	36
4.3.	VÝSLEDKY	38
5.	DISKUZE	68
6.	ZÁVĚR	74
7.	SOUHRN	76
8.	SUMMARY	78
9.	SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY	80
10.	PŘÍLOHY	84

1. Cíl práce

Strach a úzkost ze stomatologického ošetření jsou poměrně častými jevy, které mohou velmi negativně ovlivňovat chování pacienta. Ošetření je mnohdy doprovázeno bolestí, což určuje pacientův postoj k další spolupráci při léčbě. Lze předpokládat, že špatná zkušenost z ošetření zubním lékařem bude pravděpodobně vyvolávat nepříjemné pocity i v případě návštěvy dentální hygienistky. K negativním postojům mohou navíc přispívat kromě reálných zkušeností i prosté obavy či představivost.

Cílem teoretické části této práce je popsat pocity provázející pacienta při ošetření, proč se objevují a zda mají negativní dopady na pacientův život. Především chci nalézt možnosti jejich zmírnění, potlačení či úplného odstranění.

V praktické části chci pomocí dotazníkové studie zjistit, jak častý je strach z ošetření zubním lékařem a dentální hygienistkou, jaká je jeho nejčastější příčina a zda souvisí s negativní zkušeností z ošetření. Zajímá mne také postoj pacientů k jejich strachu, zda se ho snaží řešit a jaké mají zkušenosti s metodami zmírňujícími strach. V neposlední řadě chci vyzkoumat, jak pacienty ovlivňuje při pocitování strachu prostředí ordinace a čekárny a jaký vliv na ně má chování ošetřujícího.

2. Úvod

Při výběru tématu bakalářské práce mě problematika strachu v ordinaci dentální hygienistky (potažmo zubního lékaře) oslovila z několika důvodů. Přestože se metody a možnosti stomatologického ošetření zlepšují a mnohé výkony lze provést téměř bezbolestně, v pacientech stále návštěvy zubních ordinací vyvolávají velmi negativní emoce. Sleduji to ve svém blízkém okolí mezi rodinnými příslušníky a přáteli, kteří na podkladě traumatického a především bolestivého zážitku z ošetření odmítají chodit k zubnímu lékaři i na pouhé preventivní prohlídky. Někteří z nich však v důsledku svého strachu nebyli u zubního lékaře více než 5 let, přestože jsou si vědomi přítomných zubních kazů apod. Dokud je to však opravdu nebolí, nebo případně dokud zabírají prášky proti bolesti, nehodlají nic měnit. A právě tuto skutečnost považuji za alarmující, což mě vede k hlubšímu zkoumání této problematiky.

Dalším důvodem, proč je mi tato tematika blízká, je fakt, že jsem se během studia dentální hygieny sama stala úzkostným pacientem. Považuji to za určitý paradox, protože mám intaktní chrup a před zahájením studia ani během něj jsem nikdy nepodstoupila žádné invazivní ošetření. V mém případě tedy neplatí teorie, že strach vzniká na základě vlastních špatných zkušeností (Semerádová, 1993). Při rozvoji strachu totiž sehrává významnou roli i lidská fantazie, kvůli níž si pacient dokáže představit ty nejhorší scénáře. Nemám žádnou osobní zkušenost z invazivního zákroku. Nedokážu si představit, jaký to je pocit a především, jak takový stomatologický výkon bolí či nebolí, ale řada lidí mě vyprávěním svých zkušeností s bolestí zubů a bolestí při stomatologickém výkonu vystrašila. Proto se obávám momentu, kdybych se dostala do situace, ve které bych musela být sama pacientem. Ale na rozdíl od některých mých přátel samozřejmě pravidelně zubního lékaře navštěvuji.

V obecné rovině není výjimečné, že pacient do ordinace přichází buď s bolestí, nebo s pocitem, že něco zanedbal, což může být provázeno i studem. Nezřídka se při rozvoji strachu a úzkosti z ošetření zubním lékařem uplatňuje

také přenesení citových prožitků z jedné osoby na druhou. Kupříkladu děti se často začnou bát především proto, že vycítí strach svých rodičů (Plháková, 2004). Nepříjemný pocit a úzkost z celé návštěvy umocňuje i fakt, že lékař pracuje v dutině ústní, tedy v místě, které pacient nemá možnost kontrolovat zrakem. A zároveň jde o velmi intimní kontakt mezi ošetřujícím a pacientem, který tak může pociťovat hrozbu narušení jeho tělesné integrity (Semerádová, 1993).

3. Teoretická část

3.1. Klíčové faktory působící na pacienta během pobytu v ordinaci dentální hygienistky

Pro pochopení celé problematiky je třeba definovat **bolest**, **strach** a **úzkost**, které pacienti během návštěvy u zubních lékařů a dentálních hygienistek pociťují. V horším případě mohou pacienti mít ze stomatologického ošetření **fobii**, kterou níže také popisují.

V odborné literatuře nalzáme, že bolest, strach a úzkost patří k jednotlivým stupňům ochranného systému člověka a vyšších organismů. Mívají různý rozsah a podobu a jsou nezbytné k zachování a ochraně jedince. Dochází při nich ke změnám fyziologických funkcí organismu (Semerádová, 1993).

3.1.1. Definice bolesti

„Podle definice Mezinárodní společnosti pro studium bolesti (International Association for the Study of Pain, IASP) je bolest nepříjemným, smyslovým a pocitovým zážitkem multidimenzionálního rázu ve spojení se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně.“ Bolest je prožívána jako tělesný fenomén a není důsledkem pouhého procesu senzorického vnímání (Larsen, 2004).

Bolest je poměrně komplikované téma, protože vnímání bolesti, její průběh a intenzita jsou velmi subjektivní. Bolest je ovlivněna některými psychologickými a sociálními aspekty (individuální zkušenost s bolestí a senzitivita k bolestivým podnětům, sociální vazby, ekonomická situace nemocného, emoční nestabilita, stres, emoční poruchy a poruchy osobnosti) (Raudenská et al., 2011). Může být zesílena také strachem, studem, pocitem viny či bezmocí nebo pocitem osamění. Ovlivňují ji rovněž předchozí zkušenosti s chirurgickými výkony a zkušenosti ostatních nemocných (Larsen, 2004).

Popsat bolest a vyjádřit její stupeň není snadné, nelze ji objektivně

potvrdit, ani vyloučit. To vysvětluje mnohdy neempatický postoj lékařů a ošetřujícího personálu, kteří se do nemocného nedovedou vcítit a jeho bolest nechápou (Larsen, 2004; Zacharová et al., 2011). Obecně lze říci, že lékaři a ošetřující personál intenzitu pacientovy bolesti podceňují. To samozřejmě není vhodným východiskem pro spolupráci, protože pacient má pocit, že mu lékař nevěří (Raudenská et al., 2011).

Bolest patří k nejtypičtějšimu projevu onemocnění, který nás upozorňuje na vznikající chorobu. Rozlišujeme bolest akutní a chronickou. Akutní bolest je fyziologická. Jedná se o varovný signál a má ochrannou funkci. Jejím úkolem je informovat, že došlo k poškození organismu škodlivými vlivy (noxami), nebo že mu poškození hrozí. Bolest má jedince donutit k jejímu odstranění, a tedy i k odstranění její příčiny. Jakmile je poškození odstraněno, bolest mizí. V opačném případě přestává být pouhým příznakem poškození a sama se stává nemocí, která vyžaduje terapii (Zacharová et al., 2011).

Pro vnímání bolesti existují zvláštní senzory, dráhy a ústředí. Jako specifické senzory pro bolest slouží nociceptory. Nervové struktury, jež jsou schopné aktivace pomocí nociceptorů, nazýváme nocicepční systém. A nocicepce *„je vnímání, vedení a centrálně nervové zpracování signálu o noxe (poškození). Jedná se o nervové procesy, jež je možné objektivizovat a jejichž subjektivní vnímání můžeme vyjádřit pojmem „bolest“* (Larsen, 2011).

Bolest v praxi léčit prostředky farmakologickými, fyzioterapeutickými a chirurgickými. Lékař by měl dodržovat při uplatňování těchto způsobů terapie zásady psychologického přístupu k pacientovi. Je to důležité pro navození důvěry a dobrého pracovního prostředí, které nemocného zbavuje strachu a zlepšuje jeho spolupráci (Zacharová et al., 2011).

3.1.2. Definice strachu

Strach je silná emocionální reakce či způsob chování vznikající při domnělém nebo skutečném ohrožení sebezáchovy nebo duševní integrity. Jedinec věří, že mu hrozí nebezpečí a pravděpodobně i bolest. Může se objevit v různé intenzitě, od mírných obav až po panickou hrůzu (Plháková, 2004).

Strach je vázaný na konkrétní předmět nebo situaci, které v jedinci vyvolávají obavu z ohrožení. Může ho vyvolat i pouhé očekávání, že situace bude nebezpečná (Zacharová et al., 2011).

Z evolučního hlediska má strach signální i ochrannou funkci (podobně jako bolest viz výše), protože mobilizuje organismus a *“vede k úniku z nebezpečné situace, k obraně nebo k vyhýbání se věcem a situacím, které by člověku mohly ublížit”* (Plháková, 2004). Ovšem v případě, že je nemožné ohrožení utéci, nebo se mu fyzicky bránit, je tato mobilizace zbytečná, a dokonce organismus poškozuje. Dochází totiž k jeho zatěžování druhotnými vegetativními reakcemi (zvýšení krevního tlaku, pocení, poruchy zažívání) (Zacharová et al., 2011).

Po vystavení obávanému stimulu se v těle vytváří čtyři složky reakce: kognitivní, somatická, emocionální a behaviorální (Vašáková, n.d.).

3.1.3. Definice úzkosti

Úzkost je nejasný a neurčitý emocionální stav, který se svými projevy velmi podobá strachu a je tvořený stejnými složkami. Oproti strachu se však může objevit i bez skutečného střetu s obávaným stimulem, velmi často ani neidentifikovaným (Appukuttan, 2016).

Jedná se o stav zahrnující neurčité obavy, pocity ohrožení nebo zlé předtuchy, které nesouvisí s žádnou konkrétní událostí či objektem. Prožitkem se podobá strachu, je ale velmi neurčitá, což z ní dělá subjektivně velmi nepříjemný stav. V porovnání se strachem se hůře snáší a většinou trvá déle (Plháková, 2004). Úzkost se může objevovat krátkodobě i chronicky a jedinec může pociťovat lehký neklid až paniku. Můžeme ji brát jako naučený model chování, daný kombinací několika složitých a rozdílných odpovědí na podněty strachu (Vašáková, n.d.).

Mnohdy jde o původně neutrální podněty, které člověka upozorňují, že mu může hrozit nebezpečí a že se má na něj připravit. K takovým podnětům řadíme například zvuk zubařské vrtačky, pohled na injekční stříkačku či jiné lékařské nástroje. U většiny lidí to vyvolává pocit úzkosti, daný negativním

zážitkem z minulosti (Plháková, 2004).

Podle Praška (2005) úzkost a strach patří k adaptivním funkcím. Jejich intenzita může být rozdílná. Mohou se objevit nečekaně a bez zřejmé příčiny, pak se jedná o spontánní úzkost nebo spontánní záchvat paniky. V případě, že se vztahuje ke konkrétním situacím, kterých se obvykle lidé nebojí, mluvíme o fobii.

3.1.4. Definice fobie

Specifické fobie se řadí mezi nejčastější psychické poruchy (Prašková, 2005). Lze je definovat jako trvalý, velmi intenzivní a nepřiměřený strach vztahující se ke konkrétnímu objektu, situaci či jevu, které obyčejně nejsou nebezpečné a vedou k vyhýbání se daným stimulům (Raudenská, 2011; Appukuttan, 2016). Pokud jedinec není takovým podnětům vystaven, nemusí být zvýšeně úzkostný. Obyčejně vznikají v období dětství nebo dospívání *“prostřednictvím traumatických nepříjemných zážitků spojených s nemocí, bolestí, úrazem, operací, zdravotnickými výkony, s chováním rodiny i zdravotníků během ošetření, operace nebo rekonvalescence”* (Raudenská, 2011).

Dle Vymětala (2007) se učíme bát určitého neškodného podnětu klasickým podmiňováním, observačním učením nebo předáním negativní verbální informace či instrukce. Výsledkem tohoto strachu je únikové a vyhýbavé chování. Po každé reakci, která nám umožnila se úspěšně vyhnout obávané situaci, následuje úleva, poté vzniká návyk.

3.2. Strach z ošetření

Dentální hygiena je relativně mladý obor, problematika strachu v ní zatím není příliš rozpracovaná ve srovnání s oborem stomatologie. Protože však spolu tyto obory velice úzce souvisí, je zřejmě vhodným přístupem vyjít z obecných zkušeností ze stomatologie a pokusit se najít specifika pro dentální hygienu jako podobor obecné stomatologie.

3.2.1. Charakteristika strachu ze stomatologického ošetření

Zubní strach patří podle Diagnostického manuálu mentálních poruch (DSM)-IV a Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD) mezi specifické (izolované) fobie, což jsou nejčastější úzkostné poruchy. Stejně jako ostatní specifické fobie zahrnuje intenzivní strach ze specifického objektu nebo situace (Apukuttan, 2016).

Appukutan (2016) uvádí, že je pátým nejčastějším typem úzkosti. L. Fiset (1989) tvrdí, že tento strach patří dokonce k prvnímu až druhému nejčastějším strachům a je srovnáván se strachem z výšek a létání.

Dentální strach je však v některých aspektech atypický. V porovnání s ostatními fobiemi by se jedinci trpící touto fobií měli podřídit pravidelně a opakovaně expozici obávaných podnětů, nebo se od nich minimálně očekává, že tak učiní (Berggren, 2001). Někteří pacienti s dentální fobií se snaží léčbu podstoupit, ale je u nich výrazný výskyt zrušených schůzek, neboť jsou upřímně přesvědčeni, že jsou v zubní ordinaci opravdu ohroženi (Raudenská, 2011).

V odborné literatuře se zubní strach objevuje pod různými názvy: dentální strach, zubní/dentální fobie, zubní/dentální úzkost, strach ze zubaře, odontofobie (Raudenská, 2011). Ačkoliv tyto termíny nejsou definovány stejně, jsou užívány jako synonyma, neboť fyziologicky je úzkostná odpověď téměř identická s odpovědí na strach (Dumitrache et al., 2014).

Úzkost i strach vyvolávají fyzikální, emocionální, kognitivní

a behaviorální odpovědi, jako jsou hypertenze, třes, pocit hrůzy, obavy, znepokojení. Úzkost je velmi často úzce spjata s bolestivými stimuly a sníženým prahem bolesti. Úzkostní jedinci tedy snesou pouze malou bolest, a navíc jsou jejich vzpomínky na bolestivé zákroky značně zkreslené a přehnané (Appukuttan, 2016).

Fobická reakce těchto pacientů se udržuje kognitivním zkreslením, kdy pacienti nadhodnocují možnost ohrožení bolestí a podceňují vlastní schopnosti se se svízelnou situací vyrovnat. Stres podle ní specifické fobie zhoršuje a není možné je odstranit bez léčby. Pokud se pacient před vyšetřením bude hodně bát a očekávat bolest, bude pravděpodobně velkou bolest opravdu cítit (Raudenská, 2011).

Podle Berggrena (2001) se 40 % dospělé populace obává stomatologické péče, ale pouze 3-5 % jsou opravdoví odontofobici. Upozorňuje, abychom měli stále na mysli, že většina klinických studií představila vybrané vzorky jedinců vyžadujících speciální péči kvůli jejich dentálnímu strachu a vyhýbání se péči. Naše znalost o širším vzorku lidí je zatím velmi limitovaná.

3.2.2. Etiologie strachu ze stomatologického ošetření

Dentální fobie a úzkost často vznikají na podkladě vnitřní zranitelnosti a sklonu k úzkostem. Pro pacienty s různými formami úzkosti je typická úzkostná senzitivita, kvůli níž mají tito pacienti větší sklon k rozvoji úzkosti. Úzkostná senzitivita je spojena s úzkostnými emocemi, které mohou mít negativní somatické, psychologické i sociální následky. Prožívání úzkosti je typické také u neurotických jedinců, kteří jsou psychicky labilnější a jsou více náchylní k silnému prožívání negativních emocí. Neuróza rovněž souvisí s nízkým sebevědomím a sebeúctou (Vašáková, n.d.).

Na rozvoj dentální fobie a úzkosti má vliv mnoho faktorů, jako je předchozí negativní nebo traumatická zkušenost (především z dětství), strach z bolesti při aplikování lokální anestezie či bolesti při zákroku nebo nepřímé učení od anxiózního člena rodiny. Strach a úzkost může být přenesena i

nepřímým učením od rodinných příslušníků s dentální úzkostí. Vysoký výskyt zubního kazu, nepravidelnou a nedostatečnou docházku na preventivní prohlídky a stomatologická ošetření lze častěji pozorovat u dětí s rodiči, kteří sami trpí dentální úzkostí nebo fobií (Vašáková, n.d.). Velký vliv mají zvládací strategie a osobnostní rysy pacienta, jako je neurotismus, malé sebevědomí či nesmělost. Úzkost může pramenit i z nedostatku a neschopnosti porozumění nebo strašidelného vyobrazení dentistů v médiích. Zásadní jsou rovněž pacientovy zkušenosti a pocit kontroly nad tím, co se mu stane (Appukuttan, 2016).

Počátek dentálního strachu a úzkosti je nejčastěji spojen s negativní zkušeností se stomatologickým ošetřením z období dětství a dospívání. Špatný zážitek mohl být způsoben i pouhým klasickým konvenčním ošetřením. Invazivní ošetření tedy můžeme považovat za spouštěč dentálního strachu (Vašáková, n.d.).

Dentální strach může být kromě strachu z bolesti doprovázen také emocionálními odpověďmi, jako je pláč a změny nálad nebo somatickými příznaky (pocení, ztuhlost, zrychlené dýchání, nevolnost, sucho v ústech, třes, tachykardie) (Raudenská 2011). Tyto uvedené reakce na nejhorší vzpomínky jsou spojovány se zvyšujícím se celkovým strachem z ošetření (Staugaard et al., 2016).

Vznik strachu je silně ovlivněn také lékařovým chováním. Raudenská (2011) popisuje experiment, ve kterém studenti zubního lékařství hodnotili chování lékařů během ošetření. Zubní lékaři, jejichž chování studenti označili za neosobní a nepříjemné, byli spojováni s rozvojem dentálního strachu, přestože podle subjektivního hodnocení nezažívali žádnou intenzivní bolest.

Špatné vzpomínky na události spojené s narůstající bolestí, lékařovo nepříjemné či neurvalé chování, netrpělivost a hubování byly často zmiňovány pacienty s dentální úzkostí. Anxiózní pacienti si pamatují bolestivé procedury několik týdnů po zákroku jako mnohem intenzivnější a bolestivější než přímo po zákroku. Naopak pacienti, kteří úzkost související se stomatologickým ošetřením nepocítují, si zákroky pamatují jako méně bolestivé. Dále bylo zjištěno, že negativní vzpomínky z dětství jsou pacienty

hodnoceny jako více zneklidňující než negativní vzpomínky z dospělosti. Čím starší jsou tyto vzpomínky, tím jsou popisovány jako nepříjemnější a emotivnější (Staugaard et al., 2016). Podle studií však více než věk a invazivita či bolestivost zákroku přispívá ke vzniku dentální fobie obsah negativní zkušenosti a jedincovo subjektivní vnímání (Vašáková, n.d.).

Dentální strach a úzkost mohou být rovněž způsobeny senzoryckými mechanismy, například pohledem na jehly, stomatologické instrumenty, vrtačky nebo zvukem zubní vrtačky, pachem stomatologických materiálů (eugenol) a dezinfekce. Dalšími běžnými spouštěči dentální úzkosti může být nedostatek důvěry k ošetřujícímu, strach ze zesměšnění, strach z neznámého a strach z nedostatku kontroly nad ošetřením a sebou samým. Na rozvoj úzkosti má svůj vliv také celkové prostředí zubní kliniky. Tím se však podrobněji zabývám v kapitole Vliv prostředí čekárny a ordinace na pacientovy pocity (Appukuttan, 2016).

3.2.3. Důsledky strachu ze stomatologického ošetření

Dentální úzkost ovlivňuje jedincův život v mnoha sférách. Fobičtí pacienti popisují řadu negativních vlivů na jejich každodenní život; zmiňují například zvýšenou konzumaci léků proti bolesti nebo častější absence v práci kvůli bolesti zubů. Až 50 % fobiků uvádí, že jim jejich strach způsobuje problémy v osobním životě, v rodinných vztazích, při setkávání se s přáteli, při konzumaci jídla či na dovolené (Berggren, 2001).

Dentální strach má tedy dopady psychologické, fyzické, sociální, kognitivní i behaviorální. Za psychologický dopad považujeme například psychické vyčerpání po návštěvě u zubního lékaře. Zatímco kognitivní dopad zahrnuje vznik řady negativních myšlenek a názorů, zkreslené vnímání, případně rozvoj dalších strachů, v behaviorální sféře má za následek vyhýbání se zubní praxi, problémy při konzumaci jídla, zanedbávání ústní hygieny, samoléčbu volně prodejnými analgetiky. Může se objevit i pláč a agrese. Jedinci s dentálním strachem si mnohdy stěžují i na nekvalitní spánek, což neblaze působí na jejich celkové zdraví. Zmiňují také malé

sebevědomí a nedostatek sebeúcty, což velice nepříznivě ovlivňuje jejich partnerské a rodinné vztahy a pracovní život (Appukuttan, 2016).

Pro opravdu těžké případy dentální úzkosti a fobie je velmi běžný cyklus, který u nich podporuje nárůst strachu vedoucí k úplnému vyhýbání se zubní péči, zanedbání vlastní péče o dutinu ústní, vzrůst pocitu viny, studu, pocitu méněcennosti atd. Zvyšuje se i celková úzkost, což může ústít i v sociální izolaci (Berggren, 2001).

Pro pacienty je charakteristické, že bolest zubů a hrozba ztráty zubů a s tím spojené komplikace jsou pro ně snesitelnější než návštěva zubní ordinace a ošetření. Často se pak uchylují k domácí „léčbě“ pomocí volně prodejných analgetik. V případě, že se přeci jen odhodlají k zubnímu lékaři přijít, mnozí pacienti typicky vyžadují co nejrychlejší řešení problému a upřednostní symptomatickou léčbu (Raudenská, 2011).

Anxiózní pacienti volí častěji extrakce před sanacemi a konzervačními stomatologickými zákroky, aby se vyhnuli zubní péči, která je při takových zákrocích potřebná. (Dumitrache a kol. 2014). Při srovnání s pacienty, kteří pravidelně navštěvují zubního lékaře, mají více extrahovaných zubů, periapikálních lézí a resorbce kosti je u nich výrazně vyšší (Wide Boman et al., 2013). Pokud anxiózní pacienti zubní ordinaci navštíví, je to pouze v akutních případech, které vyžadují komplikovanou léčbu a jsou pro pacienty traumatizující. Bohužel přispívají dalšímu nárůstu strachu a vzniku negativních emocí spojených se stomatologickým ošetřením. A přirozeně mohou vést k úplnému vyhýbání se zubní praxi (Berggren, 2001; Appukuttan a kol., 2016).

Někteří pacienti primárně netrpí fobií ze stomatologického ošetření, pouze zanedbali zubní péči. Jsou si vědomi svého problému, ale návštěvu lékaře stále odkládali, což v nich probouzí pocit studu. K tomuto pocitu se záhy přidává pocit úzkosti spojený s nechutí podstoupit ošetření a opět se zhoršuje i kvalita jejich života (Berggren, 2001).

Na jedné straně je dentální úzkost vnímána jako zdroj vážných problémů a komplikací v poskytování zubní péče, na druhé straně velmi nepříznivě ovlivňuje rovněž samotného ošetřujícího, případně i jeho asistenci (Bare et al.,

2014). Léčba anxiózních pacientů je považována za vyčerpávající, zvyšuje pracovní stres a má nepříznivý vliv na efektivitu jejich práce. Může podporovat i rozvoj syndromu vyhoření, protože se pacient neřídí instrukcemi, které mu zubní lékař či hygienistka dává, nespolupracuje, bez omluvy nedorazí na smluvený termín nebo jej zruší těsně před tím, než se má dostavit. Taková práce potom nepřináší radost ani uspokojení. Vzhledem k pacientově snížené vůli a ochotě spolupracovat je léčba časově náročnější, což ústí v nepříjemnou zkušenost obou stran, pacienta i ošetřujícího. Bohužel to opět vede ke špatnému orálnímu zdraví, s vyšším počtem zkažených a extrahovaných zubů a zhoršujícím se stavem parodontu (Berggren, 2001; Dumitrache et al., 2014). V souvislosti s parodontitidou je třeba zmínit i různé zdravotní komplikace, které jsou s ní spojeny. Bylo prokázáno, že parodontitida zvyšuje riziko srdečního infarktu, takže teoreticky se úzkostný pacient, který nechodí k zubnímu lékaři ani na dentální hygienu, ohrožuje i na životě (Fröhlich et al., 2016).

3.3. Zásady jednání s úzkostným pacientem

K dosažení kvalitní spolupráce a dobrého vztahu mezi pacientem a ošetřujícím je nezbytné navození důvěry a vzájemného porozumění. Všechno se odvíjí již od prvního dojmu, kterým na pacienta zapůsobíme. Na úvod by se měl ošetřující řádně představit podáním ruky. Rozhovor by měl probíhat mimo zubařské křeslo. Je žádoucí, aby probíhal v pozitivní, uvolněné a přátelské atmosféře, neměl by být výsledkem (Botticelli, 2002; Šváb, 2007; Appukuttan et al., 2016). Zubní lékař i dentální hygienistka by si měli dát pozor nejen na to, co říkají, ale i jakým způsobem to říkají, jestli volí správná slova a zda pacient všemu rozumí (Kilian, 1999; Boticelli, 2002). Je mnoho komunikačních strategií, které je důležité si osvojit, aby se vytvořil dobrý a důvěrný vztah mezi pacientem a ošetřujícím. Ten v pacientovi nesmí vzbudit dojem, že spěchá nebo se pacienta snaží do něčeho tlačit. Pokud již v úvodu projeví ošetřující vůči úzkostnému pacientovi netrpělivost nebo udělá nějakou jinou chybu (například dělá unáhlené závěry, či pacienta

jakýmkoliv způsobem soudí), může si tak ještě před zahájením terapie k pacientovi nadobro uzavřít cestu (Šváb, 2007; Appkuttan, 2016).

Botticelli (2002) zdůrazňuje, že je důležité pacientovi dodat odvalu. Pokud se svoje zuby a zubní strach rozhodne řešit, měl by mít pocit, že rozhodnutí učinil sám a nikdo ho do něj nenutil. Pawlicki (1987) uvádí, že lékař by měl být asertivní a schopný pracovat s citovými a psychologickými aspekty bolesti, strachu a úzkosti.

Při úvodním rozhovoru by měl zubní lékař či hygienistka identifikovat, zda se jedná o úzkostného pacienta (například pomocí dotazníku). V souvislosti s takovým zjištěním je dobré se doptat, jak u pacienta úzkost vznikla, nebo co jejímu rozvoji přispělo. Dále je také důležité zjistit, s jakým dentálním problémem přichází. (Appkuttan, 2016).

Šváb (2002) doporučuje zjistit pacientovu subjektivní hypotézu, a mít tak představu o tom, co je jeho problémem a jak tento problém vznikl. Pokud mají pacienti možnost vyjádřit svůj názor a lékař jej akceptuje, pacienta to uklidní a napomáhá to vybudovat důvěru.

Pacientovi z jednání a přístupu ošetřujícího na první pohled zřejmé, že o něj má upřímný zájem a záleží mu na tom, aby pacientovi pomohl. Jeho chování by mělo být přirozené a měl by plně respektovat předpokládané a projevované pocity pacienta (Kilian, 1999).

Po trpělivém vyslechnutí se pacientovi doporučuje vysvětlit, co má očekávat od léčby a jaké jednotlivé kroky bude muset podstoupit (Dumitrache et al., 2014). Ošetřující by měl pacienta uceleně, stručně a srozumitelně informovat o možnostech léčby nejen jeho dentálního problému, ale také jeho úzkosti nebo strachu (Appkuttan, 2016). Podávání informací je nutné také během pozdější interakce s pacientem, tedy v průběhu vyšetření, ošetření, ale také po ukončení těchto výkonů. Jako jednoduchá, časově a finančně nenáročná metoda se nabízí metoda TSD (Tell-Show-Do = Řekni-Ukaž-Udělej). Pacientovi vysvětlíme celý průběh ošetření, poté mu ukážeme příslušné nástroje a nakonec za slovního doprovodu zahájíme ošetření (Pavlovičová, 2008). Informovaný pacient má pocit přehledu a bezpečí, a že má situaci více pod kontrolou (Šváb, 2002).

Zároveň by měl být pacient podporován v tom, aby se sám o léčbu zajímal a pokládal otázky. Může to podnítit jeho zájem a chuť spolupracovat (Appukuttan et al., 2016). Zubní lékař by se měl snažit najít a naplánovat správnou a vhodnou strategii pro daného pacienta a dělat rozhodnutí dohromady s pacientem (Berggren, 2001).

Mnoho pacientů hodnotí záporně, pokud ošetřující až příliš často používají slovo „bolest“ při informování pacienta během výkonu. I běžní pacienti, kteří strach v souvislosti s ošetřením nepocítují, mohou zpozornět či dokonce znejistět, když toto slovo ošetřující použije. Úskalí slova „bolest“ spočívá v tom, že je velmi abstraktní a pacienti ho vnímají velmi subjektivně, a mnoho lidí ho má spojeno s nějakou traumatickou zkušeností. Pokud jej nepoužije sám pacient, je žádoucí se mu úplně vyhnout a nahradit ho jinými výrazy, jako např. „bude to nepříjemné, bude to pálit, ucítíte silnější tlak“ (Semerádová, 1993; Šváb, 2002).

3.3.1. Nonverbální komunikace

Při jednání s úzkostným pacientem je třeba ovládat i nonverbální komunikaci, která je souborem všech mimoslovních komunikačních prostředků. V běžné komunikaci tyto prostředky používáme vědomě i nevědomě. Tvoří velice podstatnou složku komunikace a zahrnují mimiku, gesta, dotyky a posturiku. Nonverbální projevy jsou stejně důležité, možná dokonce důležitější, než projevy verbální (Kilian, 1999).

Je nezbytné všimnout si neverbálních projevů pacienta, zároveň by si měl hlídat své neverbální projevy i ošetřující. K řadě sdělení dochází již při pohledu. Ošetřující by měl s pacientem mluvit tváří v tvář a udržovat oční kontakt. Z pacientových pohledů lze vyčíst jeho aktuální psychický stav. Například při nejistotě pacient uhýbá pohledem nebo se dívá do země; pokud se bojí, vrhá na lékaře nejisté krátké pohledy; při bolesti běžně fixuje pohled na jedno místo v ordinaci nebo zavírá oči. Navazování očního kontaktu je nutné jak při rozhovoru s pacientem, tak při ošetření. Oči mohou být v situacích, kdy pacient vzhledem k ošetřování nemůže mluvit, důležitým

komunikačním prostředkem. Pokud během výkonu ošetřující ignoruje pacientovy pohledy, pacient dojde k přesvědčení, že ošetřujícímu nezáleží na tom, co prožívá (Jokl, 2015).

Mnohé se dá rovněž vypořádat i z pacientova fyzického postoje. Schoulený sed, ruce sevřené v pěst nebo křečovitě svírající kapesník, fyzické napětí apod. informuje zubního lékaře nebo hygienistku o tom, jak bude pacient reagovat na vyšetření a ošetření, a signalizuje, že by spolupráce mohla být komplikovaná (Kilian, 1999).

3.4. Metody zmírňující strach a úzkost z ošetření

Etiologie dentálního strachu a úzkosti je multifaktoriální. Podle toho je třeba přistupovat k jejich řešení a léčbě. Při plánování terapie by měl být identifikován zdroj strachu a úzkosti a jejich stupeň. Jak již bylo uvedeno, úzkost spouští i velmi nevinné situace, jako je domlouvání si termínu s recepční nebo samotné prostředí kliniky, tudíž by si měl dávat na své chování k pacientovi pozor všechen personál (Appukuttan, 2016).

Terapie dentální úzkosti a strachu nabízí řadu možností. Obecně lze úzkost a strach zmírnit farmakologicky, psychologicky nebo kombinací obojího. Záleží na zubařově odborné kvalifikaci a jeho zkušenostech, na úrovni dentální úzkosti, pacientově povaze a na zázemí kliniky. (Appukuttan, 2016).

Podle Raudenské (2011) *„léčba odontofobie vyžaduje spolupráci mezi zubním lékařem a psychoterapeutem a zahrnuje farmakoterapii, psychoterapeutické užívání vztahu stomatolog-pacient a kognitivně behaviorální terapii“*. Níže je několik těchto metod popsáno podrobněji.

Pozitivní vliv na pacientovo vnímání situace mají strategie, které na intuitivní úrovni používá mnoho zubních lékařů a hygienistek v běžné praxi. Snaží se vyhnout působení bolesti užitím lokální anestezie, dávají pacientovi nad ošetřením možnost kontroly a stále pacienta informují o tom, co dělají a co se chystají dělat (Berggren, 2001).

Užití lokální anestezie je v současné době pravděpodobně nejvíce

rozšířenou metodou, která vede k eliminaci strachu a bolesti během stomatologického ošetření. Pro ošetřujícího i pro pacienta je cenově dostupná, z praktického hlediska rychle proveditelná a její efekt ve vztahu ke zmíněné eliminaci strachu a bolesti je významný. Na druhou stranu je nutné podotknout, že právě tato metoda může u některých pacientů přispět k rozvoji onoho strachu. Je tedy vždy na ošetřujícím a jeho zhodnocení, zda je vhodné tento typ anestezie uplatnit.

Podle Švába (2002) je výhodné také odvádět pozornost pacienta od prováděných výkonů rozhovorem, případně hudbou či televizí. Dále lze k navození klidu a uvolnění pacienta použít dechové cvičení, které je možno provádět rutinně při běžné praxi, protože na pacientovi nemusí být úzkost ani strach patrný. Semerádová (1993) zastává názor, že by měl ošetřující umožnit pacientovi aktivně zasahovat do průběhu ošetření, například tím, že dává znamení, že potřebuje přestávku, že je ošetření bolestivé, a ošetřující to akceptuje. Dle Pavlovičové (2008) může z hlediska dostatečné informovanosti pacienta k jejímu ucelení posloužit intraorální kamera. Příznivý efekt intraorální kamery spočívá v tom, že pacienta kompletně informuje o aktuálním dění v jeho dutině ústní, což ho ve většině případů uklidní, přesněji zmírní jeho orientační nejistotu, a zároveň zabaví. Díky vizuální kontrole pak nedochází k rozvoji jeho fantazie.

Berggren (2001) je přesvědčen, že lze docílit toho, že pacient po správné léčbě strachu nebude potřebovat ani premedikaci ani terapeuta, ale aby se tak stalo, měl by se pacient s metodami zvládnutí strachu vnitřně ztotožnit.

3.4.1. Ošetření za použití oxidu dusného

Oxid dusný, známý též jako rajský plyn, je plynné anestetikum užívané k inhalační sedaci při vědomí. Ze způsobů, jak uklidnit úzkostlivého pacienta, představuje nejmenší zásah do organismu (Šedý, 2012). Dýchací a polykací reflex je zachován a pacient je schopen udržet průchodnost cest dýchacích, odpovídat na fyzikální podněty a slovní příkazy. Ovlivňuje vnímání bolesti, odezva na bolestivé podněty se objevuje buď se zpožděním, nebo zcela chybí.

Přesto bývá nedílnou součástí ošetření také lokální anestezie (Pantuček, 2006). Velký přínos má inhalační sedace oxidem dusným především v léčbě dětských pacientů, lze ho však použít i na dospělé úzkostné pacienty (Handzel, 2010).

Jako anestetikum byl poprvé použit doktorem Horácem Wellsem již v roce 1844 při extrakci zubu. Od té doby se oxid dusný v medicíně běžně užíval, ale lékaři neměli pod kontrolou koncentraci, kterou pacient vdechne, a často tak docházelo ke komplikacím ve formě hypoxie. Od poloviny 50. let 20. století se postupně podařilo tento problém vyřešit a došlo k rozšíření užívání oxidu dusného ve všech odvětvích medicíny, zejména v ambulantní chirurgii při drobných chirurgických výkonech, ve stomatologii a porodnictví (Handzel, 2012). V současné době se používá Entonox, což je směs oxidu dusného a kyslíku v poměru 50 % O₂ : 50 % N₂O. Jedná se o bezpečné a efektivní analgetikum, jehož užití je vhodné v případech potřeby rychlého nástupu a rychlého ústupu účinku. Při aplikaci a ošetření není nutná přítomnost anesteziologa. Entonox může být podán proškoleným zdravotnickým personálem (Hess, 2011, Handzel, 2012).

V nižších koncentracích má účinky anxiolytické, euforické a analgetické. Při koncentraci nad 50 % se přidává i amnestický účinek (Hess, 2011). Již několik minut po inhalaci nastupuje mírná analgezie, parestézie nebo pocity brnění, euforie, pocit tepla, ztráta časové i prostorové orientace a ospalost. Aplikace začíná 2-3 minutovou inhalací 100% kyslíku, poté se zvyšuje hladina oxidu dusného na 30-50 %. Po ukončení výkonu je opět inhalován 100% kyslík po dobu alespoň 5 minut (Pantuček, 2006). Při stomatologických výkonech je vhodné použít oxid dusný u pacientů s mírnější úzkostí před aplikací lokálního anestetika a před samotným výkonem. Pacient je po inhalaci klidnější, důvěřivější a je přístupnější spolupráci při výkonu. Průběh ošetření se skládá z několika střídajících se fází inhalace a výkonu. Celé ošetření je zahájeno inhalací, po které následuje fáze výkonu - aplikace lokální anestezie. Poté opět nastupuje inhalace, během níž dochází k nástupu účinku lokálního anestetika, a po 3 minutách se provede samotný výkon (Handzel, 2012).

Vlivem nízké rozpustnosti v krvi se oxid dusný vyznačuje rychlým nástupem účinku i jeho rychlým odezněním. Oproti celkové anestezii či analgosedaci se pacient velmi rychle zotavuje z jeho užití a již po 30 minutách se může věnovat běžným činnostem jako je řízení automobilu. Nežádoucí účinky při použití správné koncentrace nejsou běžné, ale u zhruba 5 % pacientů se mohou objevit krátkodobé bolesti hlavy, pocity závratě, případně nevolnost. Všechny tyto příznaky mizí zanedlouho po skončení inhalace (Hess, 2011).

3.4.2. Ošetření v analgosedaci

Jako možné řešení strachu z ošetření se nabízí analgosedace neboli sedace při vědomí. Jedná se o stav navozený podáním kombinací léku na zklidnění a lokální anestezie. Analgosedaci můžeme vnímat jako kompromis mezi lokální a celkovou anestezí, který spojuje výhody obou a zároveň zmírňuje jejich dílčí nevýhody. Ve srovnání s celkovou anestezí také výrazně méně zatěžuje organismus (Šedý, 2012).

Vědomí a vnímání bolesti je během ošetření léky řízeně potlačeno. Pacient částečně ztrácí ochranné reflexy, avšak polykací reflex a dýchání nejsou ovlivněny. Cílem je útlum pacienta a ovlivnění jeho vědomí tak, aby byl stále schopen reagovat na podněty a plnil lékařovy pokyny. Velice oblíbeným přípravkem je v současné době Midazolam, což je benzodiazepin s rychlým nástupem účinku a velice krátkou dobou působení. Je možné jej aplikovat buď perorálně, intranasálně, per rectum, intramuskulárně, submukózně či intravenózně. Nejstarší a nejčastěji používané je podání per os, jehož nevýhodou je déletrvajícím nástup účinku. Dále je nezbytné být 4–6 hodin před zákrokem nalačno. Při intravenózním podání účinek nastupuje již za 6–15 minut. Rovněž intranasální aplikace má výhodu rychlého nástupu účinku do 10–15 minut díky dobrému prokrvení nosní sliznice a rychlé absorpci do krevního oběhu. Kromě myorelaxačního účinku Midazolamu je velkou výhodou amnestický efekt, proto ani v případě komplikací nebývá prohlouben pacientův strach z ošetření (Pantuček, 2006).

Ošetření v analgosedaci se vykonává v ordinaci zubního lékaře a pro výkon není z jeho strany nutné žádné speciální vybavení. Celý zákrok je však proveden pod vedením a dohledem anesteziologa za stálého monitorování základních životních funkcí. Anesteziolog v průběhu celého výkonu intenzivně kontroluje kvalitu analgosedace, tedy dostatečnou hladinu léku v krvi (Bošková, 2010). Někdy je třeba z analgosedace přejít do celkové anestezie. Proto má být při zákroku pacient přichystán takovým způsobem, aby se tak dalo učinit rychle a pohodlně (Málek, 2011).

Je vhodná zejména pro pacienty špatně tolerující běžné i náročnější stomatologické zákroky, nespolutracující děti a mentálně handicapované pacienty (Bošková, 2010). Přestože výskyt dalších nežádoucích účinků není častý, je nutné počítat s možnou nevolností, zvracením, bolestí hlavy, spavostí. V literatuře je také popsáno, že u dětí občas dochází k dosud zcela neprozkoumanému postoperačnímu paradoxnímu hněvu nebo rozrušení, kdy se až po zákroku objevují záchvaty vzteku, škytavka, nekontrolovatelný pláč a křik a v některých případech dokonce i násilí při pokusu dítě utěšit (Pantuček, 2006).

Po výkonu pacient nesmí řídit dopravní prostředky, proto by měl odcházet v doprovodu další osoby. Pod dohledem další osoby by měl být i po zbytek dne, neboť je stále pod vlivem podaných farmak, a proto plně nezodpovídá za své jednání (může se ztratit, případně něco nevědomě prodat či koupit apod.) (Bošková, 2010).

3.4.3. Ošetření v celkové anestezii

U pacientů, u nichž je strach z ošetření tak velký, že odmítají spolupracovat, lze výkon provést v celkové anestezii.

Celková anestezie je uvedení do stavu řízeného bezvědomí. Měla by zaručit, že pacient nebude vnímat bolestivé ani jiné senzorycké podněty a nebude se zákroku bránit, protože tlumí nežádoucí reflexní vegetativní a somatické reakce (Šedý, 2016). Pacienta není možné probudit ani silnými bolestivými podněty (Málek, 2011).

Celková anestezie představuje vhodné řešení pro ošetření mnohočetných kazů, případně náročnějších úkonů u neošetřitelných dětí a mentálně postižených neschopných spolupráce, ale její praktické využití stále častěji nalezneme i u bojácných dospělých (Šedý, 2012). V některých případech neošetřitelní pacienti podstupují celkovou anestezii i kvůli pouhé preventivní prohlídce (Bernátová a Pechánková, 2008).

Jedná se o závažný výkon s velkými riziky, a proto musí být indikována uvážlivě. Ošetření se provádí po pečlivém předoperačním vyšetření, které provádí praktický lékař nebo anesteziolog v dostatečném předstihu před operačním výkonem. Je požadována anamnéza, krevní obraz, glykémie, vyšetření moči, u rizikových pacientů se požaduje také urea, kreatinin a EKG a RTG srdce a plic (Šturma a Černý, 2001, Pantuček, 2006). Po celou dobu zákroku je nezbytná přítomnost anesteziologa a proškolené sestry, kteří mají na starost pacientovo vědomí a monitorování jeho základních životních funkcí. Při zákroku je pacient vždy intubován, nejčastěji cestou orotracheální (ústy), případně nazotracheální (nosem), protože ústa je často nutné mít pro provedení vlastní operace volná (Šedý, 2012). Součástí předoperačního vyšetření v případě nazotracheální intubace je také ORL vyšetření (Pantuček, 2006).

Předpokladem pro ambulantní výkon je zdravý pacient, který spolupracuje a který ochotně dodrží předoperační i pooperační pokyny anesteziologa. Po dokončení zákroku je pacient probuzen z celkové anestezie a po 4-6 hodinách, kdy je sledován, může být propuštěn do domácí péče. To má nejen kladný vliv na jeho psychiku, ale zároveň se tím snižuje riziko nozokomiálních nákaz. Měl by však po dobu 24 hodin dodržovat klidový režim a být pod dohledem poučené osoby (Bernátová a Pechánková, 2008).

Pacienti si relativně často po ošetření v celkové anestezii stěžují na nauzeu, zvracení a vzestup teploty, případně bolest v krku. Není ojedinělé, že pacienti s výraznou úzkostí z ošetření udávají, že celková anestezie měla nečekaně příznivý efekt na jejich zmírnění jejich úzkosti i do budoucna a zlepšení jeho spolupráce s lékařem (Pantuček, 2006).

3.4.4. Psychologické metody zmírňující strach z ošetření

Psychologické metody by měly pomoci pacientovi podstupovat stomatologické ošetření bez pocitování strachu a úzkosti (Raudenská, 2011). To by se měl naučit skrze osvojení si strategií, které mu pomohou se vypořádat s negativními pocity a vjemy souvisejícími s ošetřením (Dumitrache et al., 2014). Zahraniční studie popisují tak pozitivní dopad různých psychologických metod při léčbě dentálního strachu, že se dokonce v Nizozemí považuje za neetické nechat pacienta podstoupit celkovou anestezii nebo analgosedaci bez předchozí snahy jeho problém vyřešit psychologickými metodami (Berggren, 2001). Z výzkumů vyplývá, že kognitivně behaviorální terapie i užití benzodiazepinů vedou k redukcí strachu během stomatologického ošetření. Terapie benzodiazepiny však byla spojená s větším rizikem relapsu, zatímco pacienti léčení kognitivně behaviorální terapií se nadále vykazovali zlepšení (Jokl, 2015).

3.4.4.1. Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie je terapeutický směr, ve kterém se předpokládá, *„že všechny duševní stavy jsou naučené v dětství a dají se odnaučit. Věnuje se tomu, jakým způsobem vnímáme svůj svět a jak ho interpretujeme, a snaží se tyto naučené vzorce myšlení změnit.“* Cílem je zjistit míru a závažnost pacientových příznaků, propracovat jejich jednotlivé aspekty, zmapovat jejich strukturu (Mahdalová, 2014). Hodnotí faktory, které předcházejí kritickému chování, co se v pacientovi odehrává během vystavení se obávanému podnětu, co následuje a co kritické chování udržuje. Nesnaží se diagnostikovat pacientovi konkrétní nemoc, ale pohlíží na něj jako na celek a rozhoduje, co je potřeba „opravit“. Léčebný proces má v pacientovi probudit snahu pozměnit své chování a způsob myšlení (Kaplan a Saccuzzo, 2012). Záměrem je pozměnit pacientovo „kritické“ chování, které narušuje jeho přizpůsobivost (Berggren, 2001).

Terapie je rozdělena do několika kroků. Nejprve si pacient vypracuje seznam stresujících situací. Je nezbytné, aby konkretizoval spouštěče svého strachu a uvědomil si i drobné detaily určující jeho strach a nepohodlí při vystavení se stresující situaci. V dalším kroku je důležité zjistit pacientovy automatické myšlenky (Jokl, 2015). Příkladem automatických myšlenek je, že pokud se pacient před vyšetřením bude obávat, že mu zubní lékař způsobí bolest, pravděpodobně velkou bolest opravdu cítit a bude mít o to větší strach v budoucnosti (Pawlicki, 1987).

Dalšími kroky je identifikace kritického chování; určení, zda je chování přehnané či nedostatečné; hodnocení kritického chování z hlediska četnosti, trvání a intenzity; pokud je chování přehnané, cílem je snížit jeho četnost, trvání nebo intenzitu, a pokud je nedostatečné, cílem je četnost, trvání nebo intenzitu zvýšit (Kaplan a Saccuzzo, 2012). V případě dentální fobie se pacient vyhýbá ošetření, v případě mírnějších úzkostí se pacient při podstoupení ošetření snaží „zabezpečit“ (Jokl, 2015). Typicky záměrně zdržuje průběh ošetření, potřebují časté přestávky na vypláchnutí úst (Pavlovičová, 2008). Případně se silně drží opěradla zubního křesla či použijí před ošetřením lék na uklidnění. Ačkoliv krátkodobě tyto strategie pacientův strach snižují, z dlouhodobého hlediska spíše fobii pomáhají udržet, neboť pacient nemá šanci zjistit, že by situaci dobře zvládl i bez nich (Jokl, 2015).

V případě, že pacient svou fobii považuje za nerealistickou a přehnanou, je žádoucí, aby se o situaci, která v něm probouzí úzkost, dozvěděl co nejvíce. V takových případech může pacientovi pomoci, že se ošetřujícího zeptá, co všechno ho při ošetření čeká. Za prvé tím pacient získává určitou kontrolu a za druhé mu to pomáhá postavit se katastrofickému myšlení, výsledkem je tzv. kognitivní restrukturalizace, kdy dochází k snížení vlivu automatickým myšlenek (Jokl, 2015).

Podle Raudenské (2011) se 80 až 90 % pacientů vyléčí při léčbě specifických fobií prostřednictvím kognitivně behaviorální terapie během 5-10 sezení.

3.4.4.2. Systematická desenzibilizace

Při systematické desenzibilizaci (neboli snížení citlivosti), zavedené J. Wolpem, je fobie odstraněna v navozeném příjemném stavu, například v hluboké svalové relaxaci. Při relaxaci se pacient setkává s podněty, kterých se naučil bát. Dochází tak oslabení spojení mezi stimuly způsobujícími úzkost a fyziologickými odpověďmi jako je vzrušení, napětí, třes. Podmíněný strach je postupně oslaben a vyhýbavé chování automaticky vyhasíná (Bergen 2001, Vymětal 2007).

Základní postup systematické desenzibilizace je následovný:

- a) školení pacienta v relaxační technice (např. Jacobsenova progresivní svalová relaxace)
- b) vytvoření individuální stupnice úzkosti, aby mohl pacient hlásit, jak se cítí při jednotlivých fázích léčby; to umožňuje zaznamenávat změny v napětí a úzkosti pacienta;
- c) vytvoření hierarchie situací, které pacient vnímá jako ohrožující a jako spouštěče úzkosti;
- d) postupné vystavování pacienta hierarchicky seřazeným obávaným situacím během relaxace.

Tyto čtyři kroky jsou základním modelem systematické desenzibilizace, bývají ale v zubních praxích různě modifikovány (Berggren, 2001).

Ve stavu hluboké relaxace si má pacient na 10-15 sekund představit, že je fyzicky přítomen v situaci z připravené hierarchie. Pokud pacient signalizuje nárůst úzkosti, představování musí být přerušeno, a pacient se musí znovu uvolnit. Poté si opět představuje stejnou scénu. Jestliže při dvou po sobě jdoucích pokusech pacient nepocítí úzkost, může se při představování posunout k následující situaci z hierarchie.

Jedná se o osvědčenou metodu při překonávání strachu podmíněného vůči specifickým situacím. Užívá se také při nácviku dovednosti sebekontroly, kdy se pacient učí, jak se zbavit napětí přímo v obávané situaci (Vymětal, 2007).

3.4.4.3. Expozice obávanému podnětu

Postupy expozice podobně jako metody systematické desenzibilizace fungují na principu opakovaného kontaktu s obávanými podněty. Pacient je opět systematicky konfrontován s objekty a situacemi, kterým se vyhýbá. Ke kontaktu však nedochází ve stavu hluboké svalové relaxace. Předpokládá se, že opakované setkání s obávanými podněty vede k postupnému zmírnění strachu a k vymizení vyhýbavého chování (Vymětal, 2007).

Metoda je založena na procesu expozice, habituace a vyhasnutí. Při habituaci dochází k postupnému snížení reaktivity vyvolané daným podnětem. Vyhasnutí označuje situaci, kdy po opakované expozici bez úzkostných projevů naučená reakce strachu a vyhýbavé chování vyhasínají. Podle novějšího kognitivního přístupu úspěch metody spočívá v tom, že si pacient při opakovaném kontaktu s obávaným podnětem může ověřit, že ho daný podnět nijak neohrožuje, a může tak svůj strach přehodnotit (Vymětal, 2007).

Ve stomatologické praxi se používá metoda *in vivo*, kdy pacient čelí obávané situaci přímo v reálné životní situaci (Vymětal, 2007) - tedy v zubní ordinaci. Terapeut s pacientem vypracuje hierarchii obávaných situací, kterým je při sezení postupně exponován. Při vystavení se fobickému podnětu (pohled na zubního lékaře nebo nástroje, návštěva zubní ordinace) narůstá pocit úzkosti, který může být doprovázen i fyziologickými projevy (třes, pocení, hypertenze). Úzkost po různě dlouhou dobu udržuje na stejné úrovni, časem se ale začíná snižovat, tedy dochází k habituaci. Aby metoda byla úspěšná, pacient musí úzkostnou situaci přetrpět, dokud úzkost neklesne o polovinu, potom se dostaví úleva (Raudenská, 2011).

Nácvik vystavení se obávané situaci by měl trvat nejméně 30 minut. Vyžaduje to spolupráci s ošetřujícím, aby pacientovi s terapií vyšel vstříc. Pacient se například objedná na kontrolu u svého zubního lékaře nebo dentální hygienistky a poslouchá za dveřmi zvuky ordinace. Pokud po nějaké době dojde ke snížení úzkosti, je na čase přejít k dalšímu kroku – usednout do zubařského křesla. V případě, že pacient potřebuje ošetření, může se

s lékařem nebo hygienistkou domluvit, aby byl výkon rozložen na několik návštěv. Úzkostný pacient by měl ordinaci navštěvovat nejméně jednou týdně, dokud strach z ošetření nezačne vyhasínat (Jokl, 2015).

Není ojedinělé, že se u odontofobiků dostaví během expozice pocit na omdlení nebo i omdlévají. Pro zvládnutí takové situace byly vyvinuty dvě strategie, jejichž cílem je zvýšení krevního tlaku: metoda aplikovaného napětí, kdy pacient cíleně napíná různé svalové skupiny při expozici obávané situaci, a metoda vyvolání vnitřního hněvu tím, že se pacient rozpomíná na 4 osobní situace, jež ho rozrušují. Zvýšením tlaku se pacient vyvaruje omdlení (Jokl, 2015).

3.4.4.4. Hypnóza ve stomatologickém prostředí

Hypnóza je psychický stav, charakterizovaný zvýšenou sugestibilitou, vztahem hypnotizovaného k hypnotizérovi a změněným stavem vědomí. Pro navození hypnózy je předpokladem tzv. hypnabilita, což individuální schopnost jedince se pohroužit do hypnózy. V závislosti na hypnabilitě má hypnóza různou hloubku, s níž pak souvisí její rozsah a intenzita, ve které lze vyvolat typické hypnotické jevy. Každý člověk má však jinou dispozici k tomu být zhypnotizován, tudíž u některých pacientů hypnózu využít nelze (Kratochvíl, 2012).

Jedná se o alternativní metodu, díky níž může být průběh ošetření méně bolestivý a méně nepříjemný. V některých případech lze v hypnotickém stavu provést ošetření i bez použití lokální anestezie, což je výhodné jak pro úzkostné pacienty obávající se bolesti, tak pro alergické a rizikové pacienty. Sugestivní a hypnotické metody se dají aplikovat také na obtížně ošetřitelné děti. Mimo to hypnóza pomáhá zvládat reakce, které mohou komplikovat ošetření, jako je nadměrně slinění nebo zvýšený dávivý reflex. Dokonce lze hypnózou odstranit potíže způsobené po nasazení ortodontického aparátu nebo při přivykání na protetické náhrady (Kratochvíl, 2009).

Výhodou hypnózy je, že ji může provádět sám zubní lékař přímo

v zubařském křesle. Pacientovi jsou sugerovány příjemné pocity, klid, ospalost, uvolnění a dobrá spolupráce při ošetření. Po navození hypnotického stavu pak sugescemi dává pacientovi pokyny nezbytné pro další ošetření. Pro pohodlný průběh celého výkonu je dobré opakovat sugerování klidu a pohody a ubezpečit pacienta, že vše probíhá podle plánu a že se bude po skončení ošetřování cítit dobře (Kratochvíl, 2009).

Klinické benefity hypnoterapie v oblasti dentálního strachu byly dokázány, bohužel jí však bylo zatím věnováno velmi málo studií (Berggren, 2001).

3.5. Vliv prostředí čekárny a ordinace na dentální strach

Farmakologické metody (zejména analgosedace a celková anestezie) s sebou přináší určité riziko možných komplikací nebo paradoxních reakcí během výkonu. Tyto metody jsou navíc poměrně nákladné, protože vyžadují monitorování životních funkcí, které je zajišťováno speciálním anesteziologickým týmem, a pacienti si toto ošetření většinou musí hradit sami.

Kognitivně behaviorální techniky zatím nejsou moc rozšířeny kvůli nedostatku času a financí, proto se hledají i jednodušší možnosti řešení strachu. Vedle strachu z bolesti a traumatické zkušenosti ze stomatologického ošetření jsou významnými spouštěči strachu také zrakové, sluchové a čichové vjemy. Odstranění nebo zmírnění těchto sensorických vlivů může strach redukovat. Proto v procesu rozvoje strachu ze stomatologického ošetření hraje důležitou roli vzhled a atmosféra zubní ordinace a čekárny (Toet et al., 2010).

Čekárna může být pro pacienta místem poskytujícím příliš mnoho prostoru pro vymýšlení nejrůznějších scénářů, které v následujících hodinách pravděpodobně zažije. Je důležité, aby pacient nečekal na ošetření příliš dlouho. Čím déle je anxiózní pacient vystaven nepříjemným stimulům, tím spíše se mu vybavují nepříjemné vzpomínky a působí na něj vlivy ordinace. Jeho fantazie, která v tomto případě bývá namířena spíše negativním směrem,

může plynule proudit, což není žádoucí (Toet et al., 2010).

Na vytvoření příjemné atmosféry se podílí několik faktorů. Svůj význam má chování personálu stomatologické praxe. První, s kým pacient při vstupu do čekárny navazuje kontakt, je recepční, případně zubní sestra nebo dentální hygienistka, které od něj získávají potřebné informace (ve formě anamnestického dotazníku) nebo ho informují o následujícím dění (zda má ošetřující zpoždění apod.). Mnoho lidí se řídí prvním dojmem, proto je interakce s těmito osobami klíčová. Neměly by na pacienta spěchat a jejich cílem by mělo být, aby se pacient cítil pohodlně (Appukkutan, 2016).

Co se týče celkového vybavení čekárny, je vhodné ji vybavit tak, aby se pacient alespoň relativně cítil „jako doma“. Vhodné je do čekárny umístit pohodlné sedací soupravy, obrazy, časopisy a květiny. Stěny by měly být vymalované teplými odstíny (oranžová, lososová, tmavozelená aj.), které pacientovi dodávají pocit bezpečí (Pavlovičová, 2008). Vzhledem čekárny ošetřující dává najevo pacientům, že mu na nich záleží a že mu není lhostejné, zda se při čekání cítili dobře či nikoliv (Jokl, 2015). V příloze č. 2 a 3 jsou pro ilustraci uvedeny příklady dvou čekáren.

Příjemnou atmosféru a pohodlí lze navodit hudbou. Bylo prokázáno, že poslech hudby slouží ke zmírnění úzkosti a přidružených stresových reakcí velmi efektivně. Hudba je často voleným zklidňujícím prostředkem i ve významných situacích, nad kterými jedinci nemají dostatečnou kontrolu nebo ve kterých pociťují nejistotu (závěrečné zkoušky, sportovní soutěže) (Thoma et al., 2014).

Dle několika studií, o nichž se zmiňuje Thoma et al. (2014), bylo zjištěno, že poslech hudby je stejně účinný při snižování úzkosti jako podání benzodiazepinů, nebo že je dokonce účinnější. Thoma et al. (2014), která prováděla výzkum týkající se vlivu hudby na pacienty během čekání na ošetření dentální hygienistkou, však tyto studie kritizuje. Některé z nich totiž trpí metodologickými nedostatky, jako je malý vzorek pacientů, rozdílné provedení výzkumu, rozdílné chování ke kontrolní a experimentální skupině nebo byly skupiny příliš homogenní (např. skupina mužů podstupujících operaci prostaty).

Dobře na pacienty působí klasická hudba a orientální nebo pomalý jazz (Jokl, 2015). Dle jedné studie vytváří skladby od Bacha (např. „Aria“) příjemné uvolněné prostředí a stimuluje fyziologickou relaxaci organismu (Bare et al., 2004). Thoma et al. (2014) nepotvrzuje přímý vliv hudby na fyziologické procesy v těle nebo na náladu při čekání na ošetření dentální hygienistkou, ale podle výzkumu má poslech hudby 10 minut před ošetřením na zmírnění úzkosti lepší dopad než čekání v tichu. Bare et al. (2004) tvrdí, že vhodně zvolená hudba může pacienta uvolnit nebo odvádět jeho pozornost. Podobně umí při odvádění pozornosti posloužit zapnutá televize a vítány jsou i časopisy a knížky. Pacienti trpící úzkostí a strachem hodnotí kladně také vyzdobené stěny obrazy a plakáty.

U sluchových vjemů je třeba počítat s typickými nepříjemnými zvuky zubní ordinace, k nimž patří zvuk vrtačky, ultrazvuku, cinkání nástrojů o tábak apod. V mnoha případech bývají právě tyto zvuky spouštěčem úzkosti. Je tedy dobré je redukovat tím, že dveře do ordinace zůstanou zavřeny, nebo je možné dveře odizolovat, aby byly zvuky ztlumené (Appukuttan, 2016).

Dalším důležitým faktorem vytvářejícím atmosféru stomatologické praxe jsou vůně a pachy. Specifické pachy (eugenol, dezinfekce) mohou pacientům připomenout negativní vzpomínky a tím spustit úzkost. A naopak příjemné vůně umí pacienty v zubní praxi příjemně naladit a redukovat jejich strach a to dvěma cestami: zamaskováním pachů ordinace a svými anxiolytickými účinky (Toet et al., 2010).

Aromaterapie je alternativní léčebný přístup. Využívají se při ní esenciální oleje různých aromatických rostlin, které mají pozitivní fyziologický nebo farmakologický účinek. Inhalace příjemných vůní esenciálních olejů má anxiolytické účinky a zlepšují náladu. Studie prokázaly, že u vážnějších forem úzkosti nejsou příliš efektivní, ale velmi účinné jsou při redukci mírnějších úzkostí (Toet et al., 2004, Appukuttan, 2016).

Bylo zjištěno, že inhalace levandulové vůně má významný vliv při redukci slinění a kortizolu, zvyšuje krevní tok a snižuje pocení a systolický krevní tlak (Toet et al. 2004, Appukuttan, 2016). Lehrner et al. (2005) zjistil, že pacienti, kteří byli vystaveni v čekárně zubního lékaře pomerančové nebo levandulové

vůni pociťovali menší úzkost a byli pozitivněji naladěni ve srovnání s pacienty v kontrolní skupině, kteří čekali v čekárně bez vůně.

Vůně jasmínového čaje a levandule výrazně snižuje srdeční frekvenci a navozují pocit klidu. Ve zdravotnických zařízeních byla aromaterapie účinně nasazena k redukci úzkosti u pacientů před chirurgickými zákroky, při hemodialýze, ale obvykle nevede ke snížení úzkosti u onkologických pacientů a pacientů před endoskopickými výkony. Aromaterapie má své využití při mírnějších úzkostech, ale není účinná při redukci těžších úzkostí (Toet et al., 2010).

4. Praktická část

4.1. Hypotézy

H1: *„Strach z ošetření je nejčastěji způsoben vlastní negativní zkušeností.“*

H2: *„Strach ze zubního lékaře a dentální hygienistky souvisí se strachem z bolesti.“*

H3: *„Pacienti trpící strachem ze stomatologického ošetření častěji ruší domluvené termíny.“*

H4: *„Pacienti jsou po užití oxidu dusného, analgosedaci či celkové anestezie ochotni podstoupit ošetření, ale jejich strach do budoucna nemizí.“*

H5: *„Příjemně působící prostředí čekárny a ordinace může zásadně eliminovat pacientovu úzkost.“*

H6: *„Komunikace zohledňující aktuální stav pacienta může příznivě ovlivnit jeho pocity během ošetření.“*

4.2. Soubor a metodika

Dotazníkové šetření

Pro získání informací jsem zvolila anonymní dotazníkové šetření, jehož prostřednictvím jsem chtěla zjistit, kolik lidí trpí strachem z ordinace zubního lékaře a dentální hygienistky, a zjistit příčiny tohoto strachu. Na základě stanovených cílů a hypotéz jsem sestavila dotazník určený pro širokou veřejnost.

Dotazník obsahoval celkem 18 otázek na dané téma. K vytvoření a šíření dotazníku jsem použila online dotazník Google a respondenti byli osloveni prostřednictvím sociální sítě a emailu. Studie probíhala od listopadu 2016 do ledna 2017.

Google.com mi umožnil respondenty rozdělit do 2 skupin, na 110 bojácnych a 115 nebojácnych respondentů. Respondenti netrpící strachem odpovídali na identifikační otázky (pohlaví, věk), otázky týkající se četnosti návštěv u zubního lékaře a dentální hygienistky a dále hodnotili, jak na ně působí typické jevy v ordinaci a čekárně a určité chování ošetřujících. Zkoumané jevy jsem zvolila podle toho, s čím se pacienti běžně setkávají v čekárnách zubních i jiných ordinací a vybrala jsem je tak, abych mohla výsledné odpovědi porovnávat (malá a velká čekárna, dekorace s tematikou zubů a nesouvisející se zuby, hudba a televize, časopisy s tematikou ústního zdraví a časopisy nesouvisející se zub, barevně ladící interiér a barevně vymalované stěny).

Bojácnych pacientů jsem se kromě již zmíněných otázek tázala na původ jejich strachu, zda souvisí se špatnou zkušeností z minulosti a na jejich zkušenosti s metodami zmírňujícími strach.

15 otázek bylo uzavřených, umožňovaly pouze jednu odpověď.

1 otázka umožňovala více odpovědí (max. 4).

2 otázky byly zaměřeny na hodnocení daných jevů, podle škály pozitivní, neutrální, negativní.

Z toho 8 otázek bylo položeno všem respondentům, 10 otázek bylo zaměřeno na respondenty trpící strachem.

Soubor respondentů

Celkem bylo vyplněno 225 dotazníků. Soubor respondentů mého dotazníkového šetření byl složen ze 146 žen (65 %) a 76 mužů (35 %).

Zpracování výsledků

Výsledky byly zpracovány automaticky systémem internetového portálu google.com. Grafy byly zpracovány v programu Microsoft Excel 2007.

4.3. Výsledky

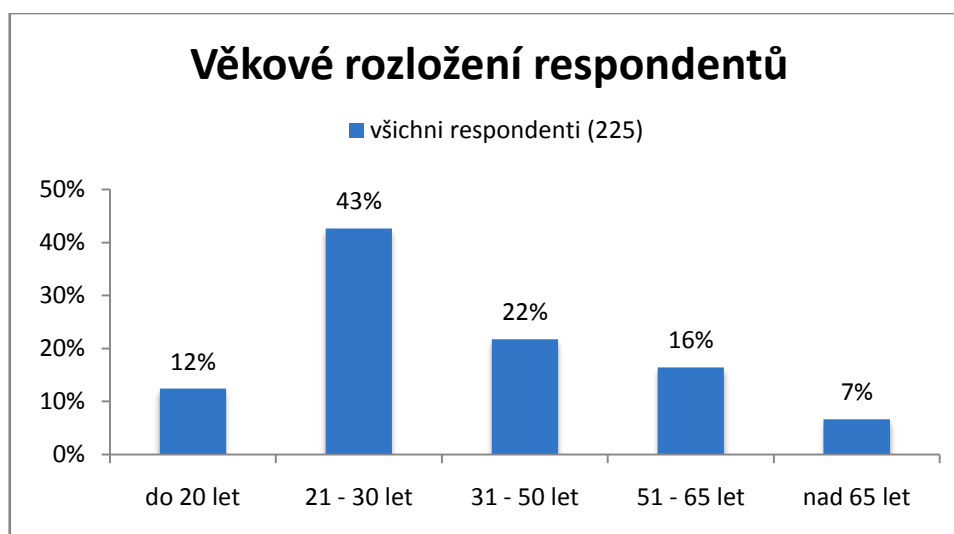
Otázka č. 1 se týkala pohlaví respondentů. Šetření se zúčastnilo 146 žen (65 %) a 79 mužů (35 %).

Otázka č. 2

Jaká je vaše věková kategorie?

Věkové rozložení respondentů nebylo příliš vyrovnané. Osob ve věku do 20 let se zúčastnilo 28 (12 %). Skupina osob ve věku 21-30 let byla nejpočetnější, dotazníkového šetření se v této věkové kategorii účastnilo 96 osob (43 %). Osob ve věku 31-50 let se zúčastnilo 49 (22 %), osob ve věku 51-65 let 37 (16 %) a nejmenší skupinou bylo 15 respondentů nad 65 let (7 %). (viz graf 1)

Graf 1: otázka č. 2 - Věkové rozložení respondentů



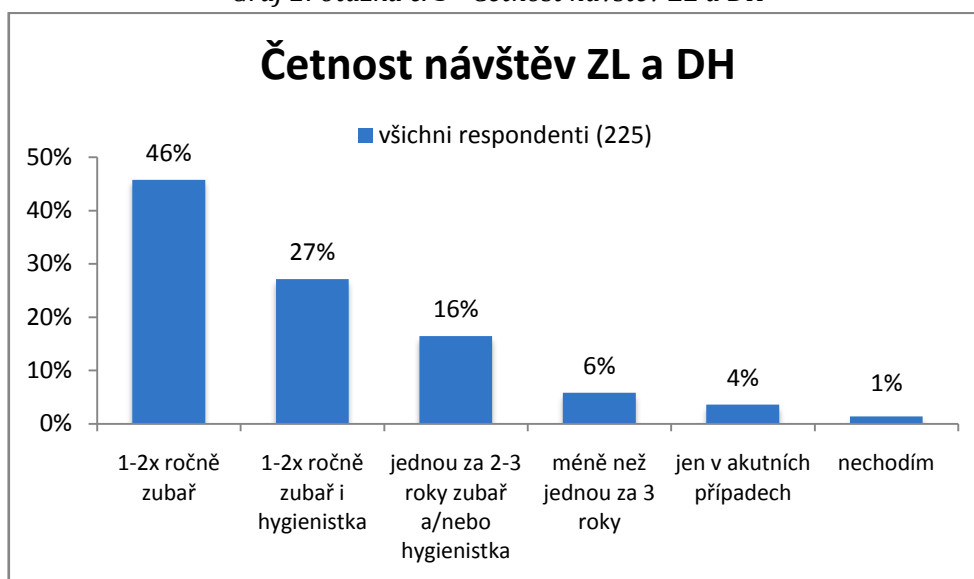
Otázka č. 3

Chodíte na preventivní prohlídky a/nebo dentální hygienu?

103 dotazovaných osob (46 %) navštěvuje pravidelně jednou nebo dvakrát ročně zubního lékaře. Na preventivní prohlídky i na dentální hygienu

se pravidelně jednou až dvakrát ročně dostaví 61 osob (27 %). 37 osob (16 %) navštíví zubního lékaře a/nebo dentální hygienistku alespoň jednou za 2 až 3 roky. Méně než jednou za 3 roky chodí k zubnímu lékaři na preventivní prohlídky a/nebo hygienistce 13 osob (6 %). 8 osob (4 %) se dostaví do zubní ordinace pouze v akutních případech. 3 osoby (1 %) uvedly, že na preventivní prohlídky k zubnímu lékaři ani na dentální hygienu nechodí. (viz graf 2)

Graf 2: otázka č. 3 - Četnost návštěv ZL a DH



Na otázku č. 4 odpovědělo 24 respondentů (11 %), kteří uvedli, že zubního lékaře nebo dentální hygienistku navštěvují méně než jednou za 3 roky, jen v akutních případech nebo je nenavštěvují vůbec.

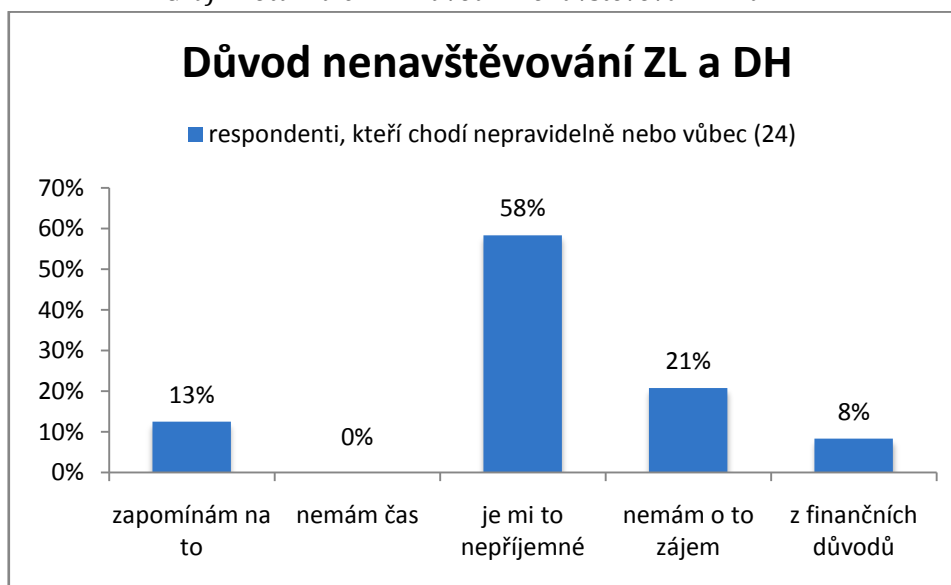
Otázka č. 4

Z jakého důvodu nechodíte na preventivní prohlídky a dentální hygienu?

3 osoby (13 %) zapomínají, že by se na preventivní prohlídku nebo dentální hygienu měli dostavit, 14 osobám (58 %) jsou návštěvy zubní ordinace nepříjemné. 5 osob (21 %) nemá o zubní péči zájem a pro 2 osoby (8 %) jsou překážkou finanční důvody. Nikdo nevedl, že by zubního lékaře

nebo dentální hygienistku nenavštěvoval z důvodu nedostatku času. (viz graf 3)

Graf 3: otázka č. 4 – Důvod k nenavštěvování ZL a DH



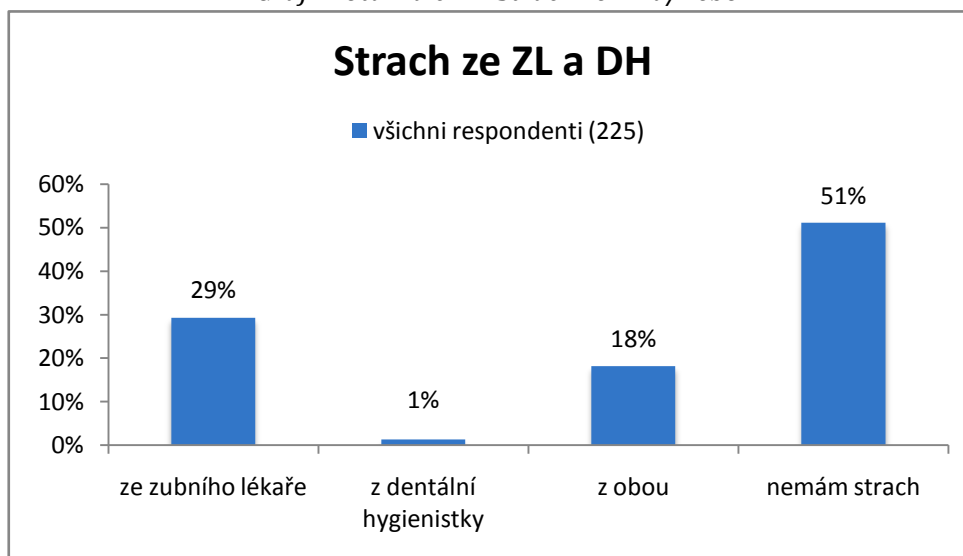
Otázka č. 5 byla položena všem respondentům.

Otázka č. 5

Máte strach ze zubního lékaře či dentální hygienistky?

Strachem ze zubního lékaře trpí 66 dotázaných osob (29 %), zatímco 3 osoby (1 %) uvedly, že mají strach jen z dentální hygienistky. Strach ze zubního lékaře i dentální hygienistky pociťuje 41 respondentů (18 %). 115 dotázaných (51 %) strachem netrpí. (viz graf 4)

Graf 4: otázka č. 5 - Strach ze ZL a/nebo DH



Otázky č. 6-16 se týkaly respondentů, kteří mají strach ze zubního lékaře a/nebo dentální hygienistky.

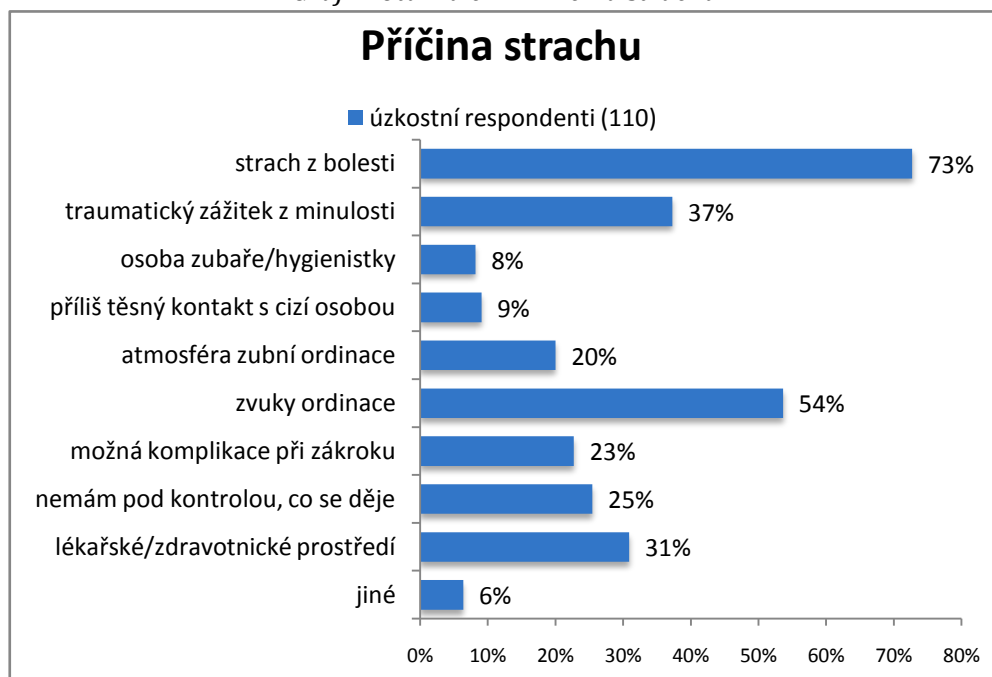
Otázka č. 6

Čím je tento strach způsoben?

V této otázce měli respondenti na výběr z 10 pravděpodobných příčin jejich strachu s 1-4 možnými odpověďmi.

Ze 110 respondentů trpících strachem 80 osob (73 %) tvrdí, že jejich strach souvisí se strachem z bolesti. Pro 41 osob (37 %) je příčinou strachu traumatický zážitek z předchozího ošetření, 9 osob (8 %) má strach z osoby zubního lékaře nebo hygienistky. 10 osobám (9 %) je nepříjemný těsný kontakt s cizí osobou, 22 osob (20 %) negativně vnímá atmosféru ordinace, 59 osobám (54 %) jsou nepříjemné zvuky ordinace jako je vrtačka, ultrazvuk, cinkání nástrojů. Možné komplikace při zákroku se obává 25 osob (23 %). 28 osob (26 %) záporně hodnotí, že nemají pod kontrolou, co se v danou chvíli děje. 34 osob (31 %) se necítí dobře v lékařském nebo zdravotnickém prostředí. 7 osob (6 %) uvedlo možnost „jiné“. (viz graf 5)

Graf 5: otázka č. 6 - Příčina strachu

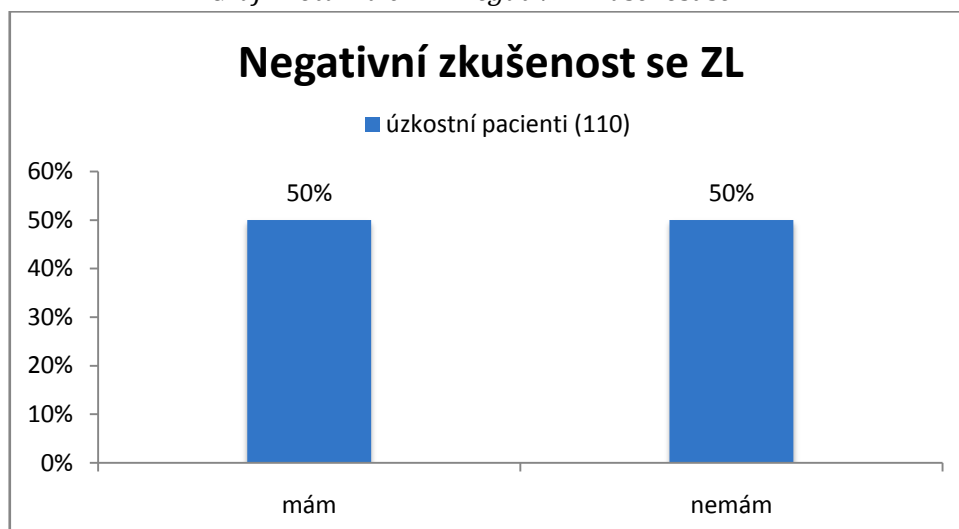


Otázka č. 7

Máte špatnou předchozí zkušenost z ošetření zubním lékařem?

Z dotazníkového šetření vyplývá, že polovina respondentů trpících strachem (55 osob; 50 %) nemá negativní zkušenost se zubním lékařem a druhá polovina respondentů negativní zkušenost má. (viz graf 6)

Graf 6: otázka č. 7 - Negativní zkušenost se ZL

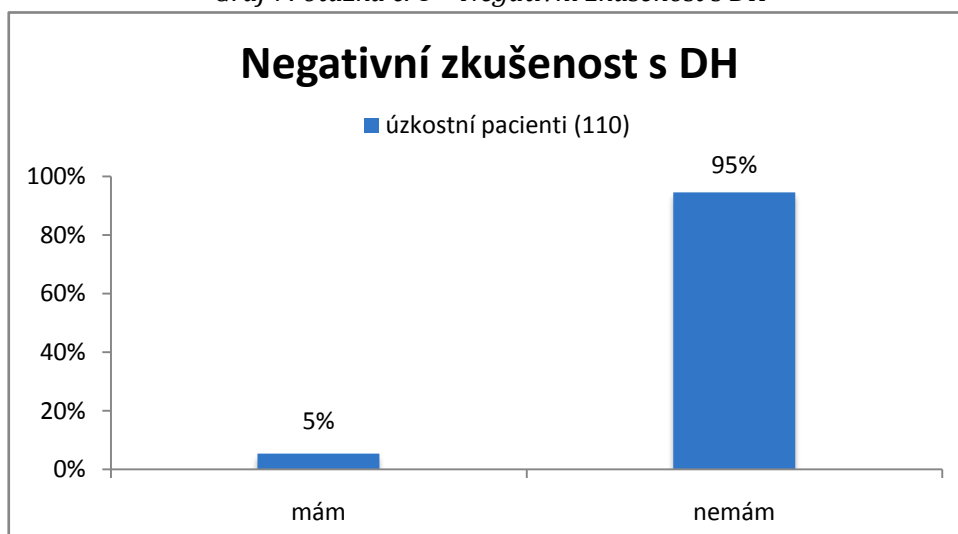


Otázka č. 8

Máte špatnou předchozí zkušenost z ošetření dentální hygienistkou?

Ze 110 osob trpících strachem 104 dotázaných (95 %) odpovědělo, že negativní zkušenost s ošetřením dentální hygienistkou nemá a zbylých 6 osob (5 %) ji má. (graf 7)

Graf 7: otázka č. 8 – Negativní zkušenost s DH

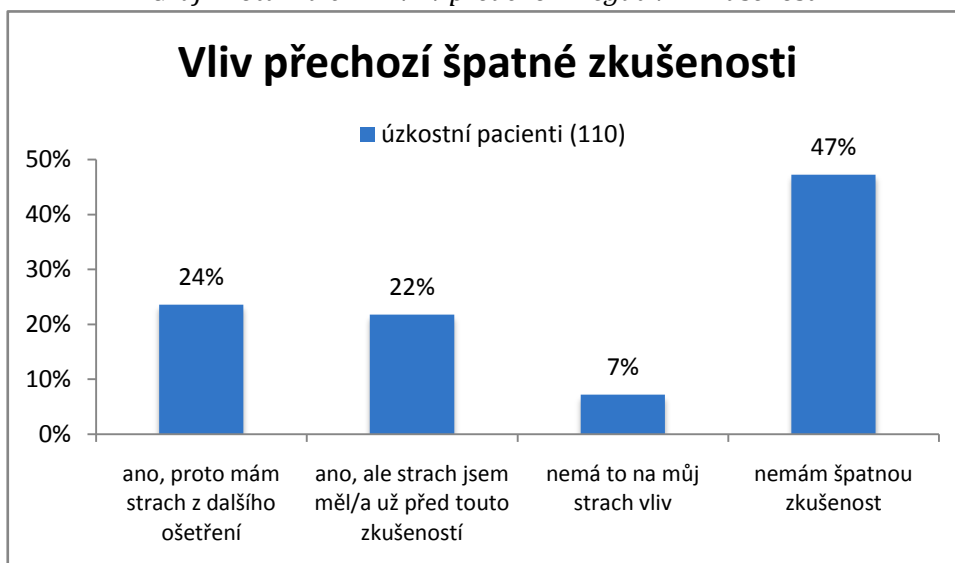


Otázka č. 9

Promítá se tato špatná zkušenost do vašeho vztahu k zubním lékařům a dentálním hygienistkám?

Ze 110 respondentů trpících strachem pro 26 osob (24 %) je jejich negativní zážitek příčinou strachu z dalšího ošetření. U 24 dotázaných (22 %) se tato zkušenost promítá do vztahu k dentálním hygienistkám a zubním lékařům, ale strach měli již před touto zkušeností. U 8 osob (7 %) neměla tato zkušenost na vznik jejich strachu vliv. 52 osob (47 %) strach nepocituje v důsledku negativní zkušenost z ošetření. (viz graf 8)

Graf 8: otázka č. 9 – Vliv předchozí negativní zkušenosti

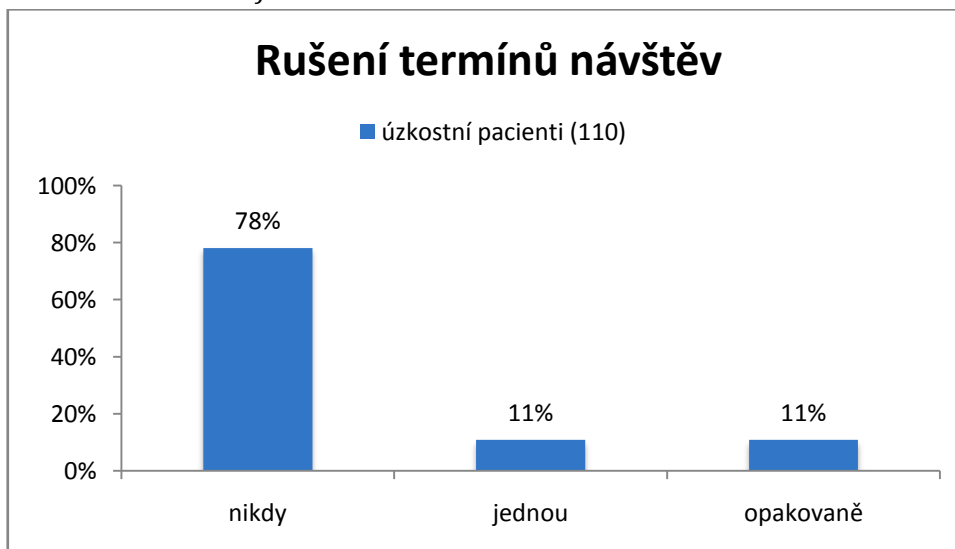


Otázka č. 10

Stalo se vám v souvislosti s vaším strachem, že jste se objednal/a na preventivní prohlídku či ošetření a na poslední chvíli jste termín zrušil/a?

Ze 110 osob trpících strachem 86 dotázaných (78 %) domluvený termín nikdy nezrušila. 12 dotázaných osob (11 %) termín zrušilo jednou a zbylých 12 osob (11 %) zrušilo návštěvu vícekrát než jednou. (viz graf 9)

Graf 8: otázka č. 10 – Rušení termínů návštěv

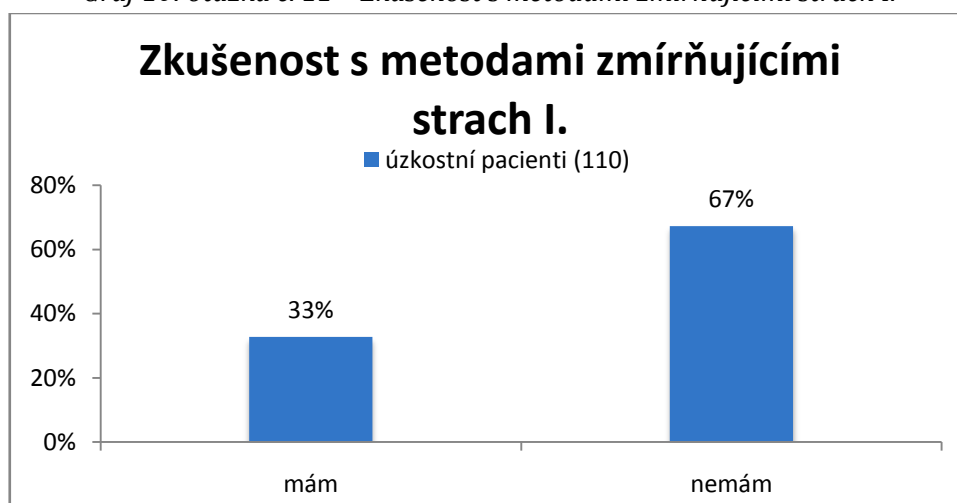


Otázka č. 11

Máte zkušenost s ošetřením za použití oxidu dusného (rajského plynu), v analgosedaci či celkové anestezii?

Ze 110 respondentů trpících strachem má pouze 36 osob (33 %) zkušenost s ošetřením za užití některé z uvedených metod. Dvě třetiny dotázaných, tedy 74 osob (66 %), zkušenosti s uvedenými metodami nemají. (viz graf 10)

Graf 10: otázka č. 11 – Zkušenost s metodami zmírňujícími strach I.



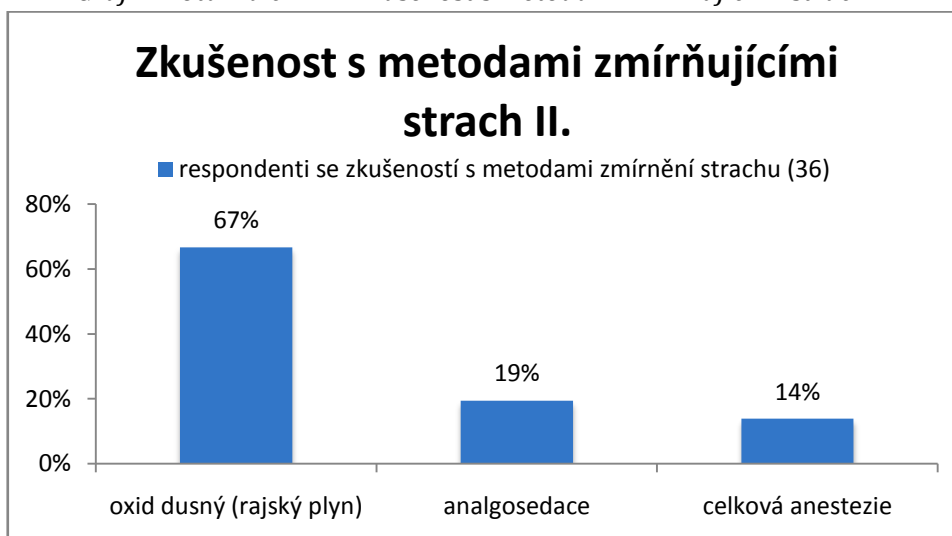
Otázky č. 12 a 13 navazují na otázku č. 11. Odpovědělo na ně pouze 36 respondentů, kteří uvedli, že mají zkušenost s oxidem dusným, analgosedací nebo celkovou anestezii.

Otázka č. 12

Se kterou z uvedených metod máte zkušenost?

Z 36 osob, které mají zkušenost s uvedenými metodami v otázce č. 11, 24 osob (67 %) má zkušenost s oxidem dusným. 7 osob (19 %) bylo ošetřeno v analgosedaci a 5 osob (14 %) v celkové anestezii. (viz graf 11)

Graf 11: otázka č. 12 – Zkušenost s metodami zmírňujícími strach II.

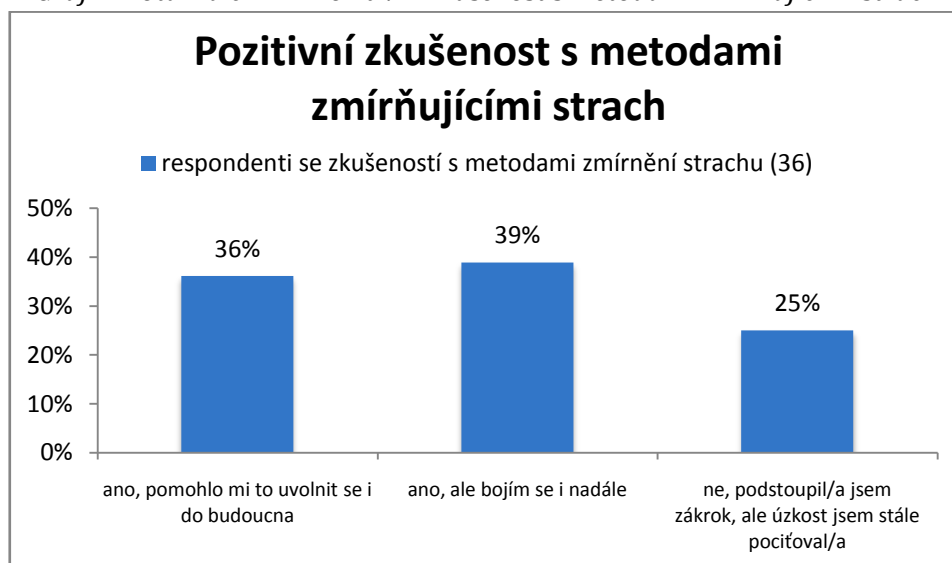


Otázka č. 13

Máte s těmito metodami pozitivní zkušenost?

Z 36 osob se zkušeností s metodami zmírňujícími strach 13 osobám (36 %) pomohlo užití jedné z metod uvolnit se během i do budoucna. Dalších 14 dotázaných (39 %) má pozitivní zkušenost s některou z metod, ale strach z ošetření stále pociťují. 9 osob (25 %) zákrok po užití těchto metod podstoupilo, ale pociťovali při něm úzkost. (viz graf 12)

Graf 12: otázka č. 13 – Pozitivní zkušenost s metodami zmírňujícími strach



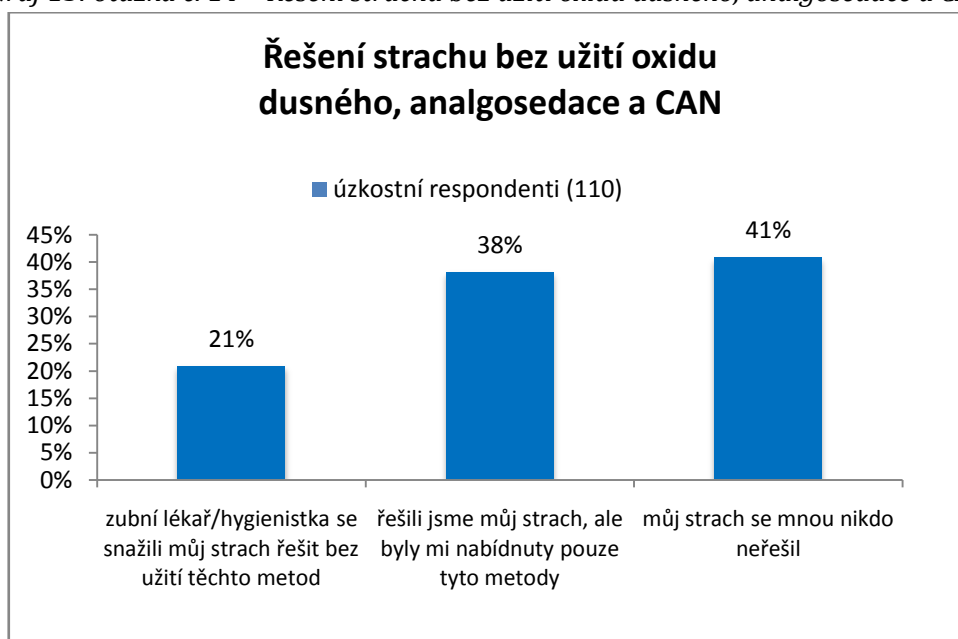
Na otázku č. 14 odpovědělo 110 respondentů trpícím strachem.

Otázka č. 14

Probírali s vámi zubní lékař nebo dentální hygienistka váš strach a snažili se ho vyřešit bez užití rajskeho plynu, analgosedace nebo celkové anestezie?

Ze 110 respondentů trpících strachem 23 osob (21 %) uvedlo, že s nimi zubní lékař nebo dentální hygienistka o jejich strachu mluvili a snažili se jich ho zbavit nebo ho alespoň chtěli zmírnit bez užití výše zmíněných metod. Dalších 42 osob (38 %) svůj strach se zubním lékařem nebo dentální hygienistkou řešilo, ale ti jim jako možné řešení nabídli ošetření z užití oxidu dusného, analgosedace nebo celkové anestezie (CAN). Zbýlých 45 osob (41 %) o svém strachu nebo o jeho možném řešení se zubním lékařem nebo dentální hygienistkou nehovořilo. (viz graf 13)

Graf 13: otázka č. 14 – Řešení strachu bez užití oxidu dusného, analgosedace a CAN



Na otázku č. 15 odpovědělo 23 osob, s nimiž se ošetřující snažili jejich strach řešit bez užití farmakologických metod zmírňujících strach.

Otázka č. 15

Zkusili s vámi zubní lékař nebo dentální hygienistka některé psychologické metody zmírňující strach? (systematické snižování citlivosti, hluboká svalová relaxace, hypnóza)

Z 23 osob, s nimiž zubní lékař nebo dentální hygienistka jejich strach řešil, mají pouze 4 (17 %) zkušenost s některou z psychologických metod, jako je systematická desenzibilizace, hluboká svalová relaxace nebo hypnóza. 19 osob (83 %), tedy většina, takovou zkušenost nemá. (viz graf 14)

Graf 14: otázka č. 15 – Zkušenost s psychologickými metodami zmírnění strachu



Otázky č. 16-18 byly položeny všem 225 respondentům.

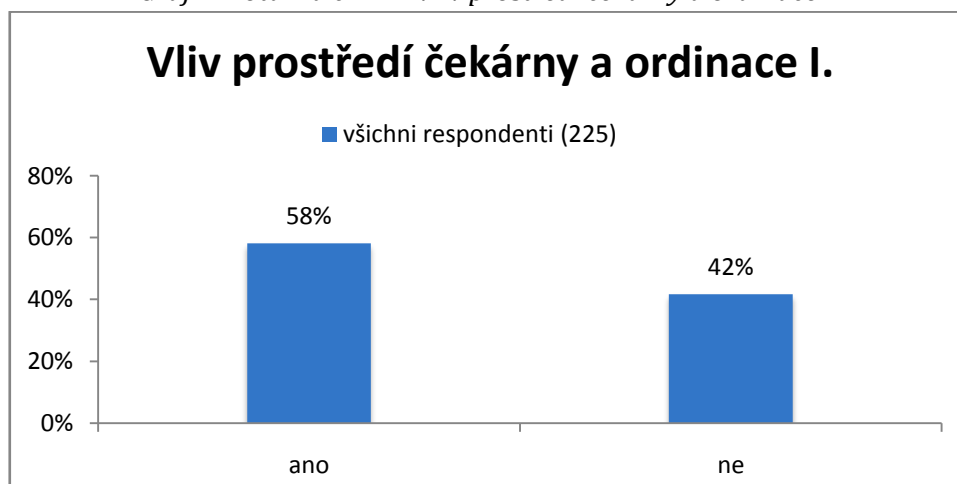
Otázka č. 16

Má na vaše pocity ohledně ošetření pozitivní vliv příjemné prostředí čekárny a ordinace?

Na 131 osob (58 %) má příjemné prostředí čekárny a ordinace pozitivní

vliv a může je naladit a připravit na ošetření. Na 94 osob (42 %) příjemné prostředí čekárny nemá efekt. (viz graf 15)

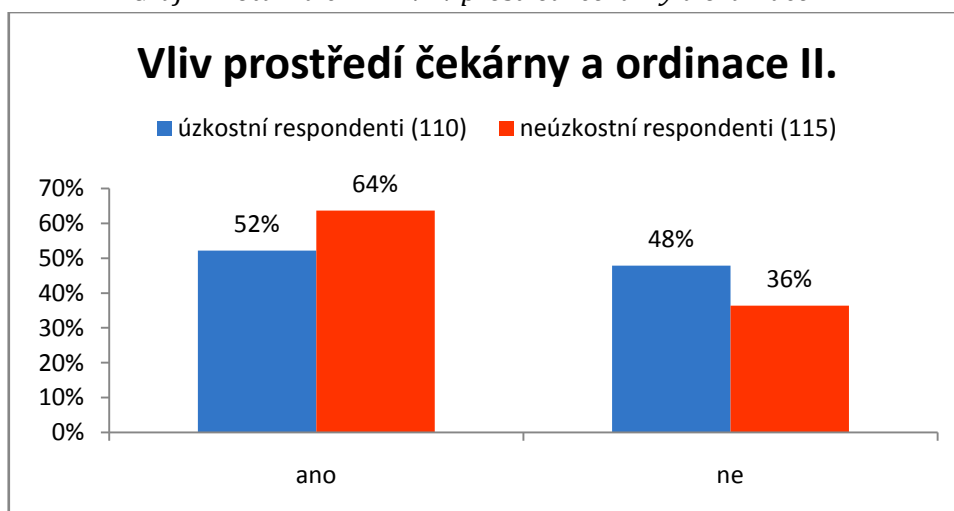
Graf 15: otázka č. 16 – Vliv prostředí čekárny a ordinace I.



Porovnání odpovědí úzkostných a neúzkostných respondentů

Z nebojácných respondentů 70 osob (64 % ze 115) uvedlo, že na jejich pocity má příjemná atmosféra vliv, a na 40 osob (36 % ze 115) vliv nemá. Na 60 osob (52 % ze 110) trpících strachem má příjemné prostředí čekárny a ordinace příznivý vliv a 55 osob (48 % ze 110) příznivý vliv příjemného prostředí nevnímá. (viz graf 16)

Graf 16: otázka č. 16 – Vliv prostředí čekárny a ordinace II.



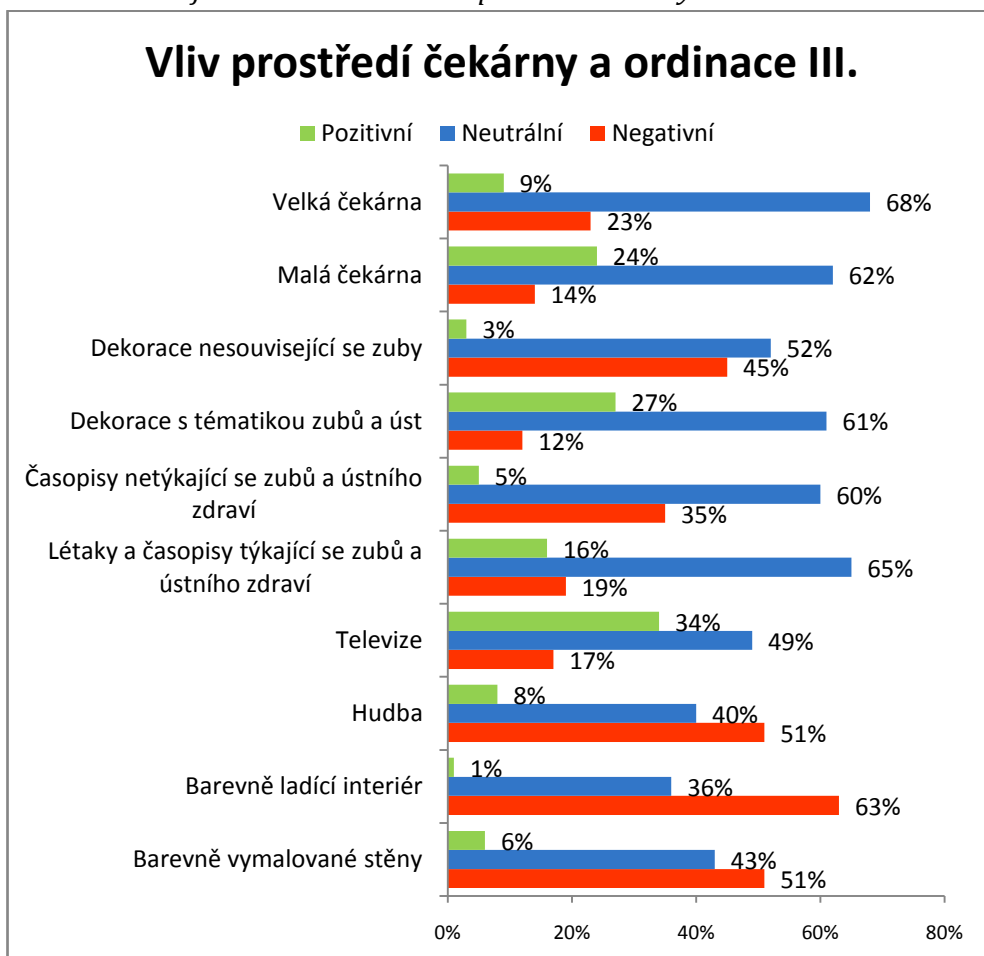
Otázka č. 17

Jak vás v prostředí čekárny a ordinace ovlivňuje následující?

- Velká / malá čekárna
- Dekorace s tematikou zubů / nesouvisející se zuby
- Hudba / televize
- Časopisy s tematikou ústního zdraví / nesouvisející se zuby
- Barevně ladící interiér a barevně vymalované stěny

V této otázce respondenti rozhodovali o 10 uvedených jevech, s nimiž se běžně setkávají v čekárnách a ordinacích zubních lékařů nebo dentálních hygienistek. Měli hodnotit, zda je vnímají pozitivně, neutrálně nebo negativně. Graf 17 slouží pro celkový přehled pouze pro celkový přehled, níže jednotlivé body popisují podrobněji. (viz graf 17)

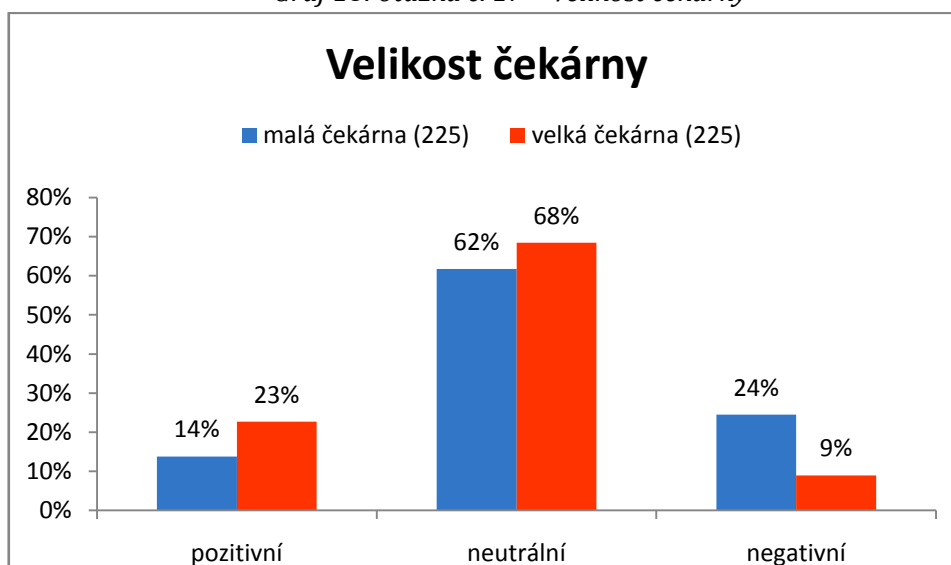
Graf 17: otázka č. 17 – Vliv prostředí čekárny a ordinace III.



Velikost čekárny

Malou čekárnu vnímá neutrálně 139 osob (62 %) a velkou čekárnu 154 osob (68 %). Pozitivně hodnotí velkou čekárnu 51 osob (23 %) a 31 osob (14 %) upřednostňuje malou čekárnu. 55 osob (24 %) vnímá malou čekárnu negativně, zatímco jen 20 osob (9 %) se nepohodlně cítí ve velké čekárně. (viz graf 18)

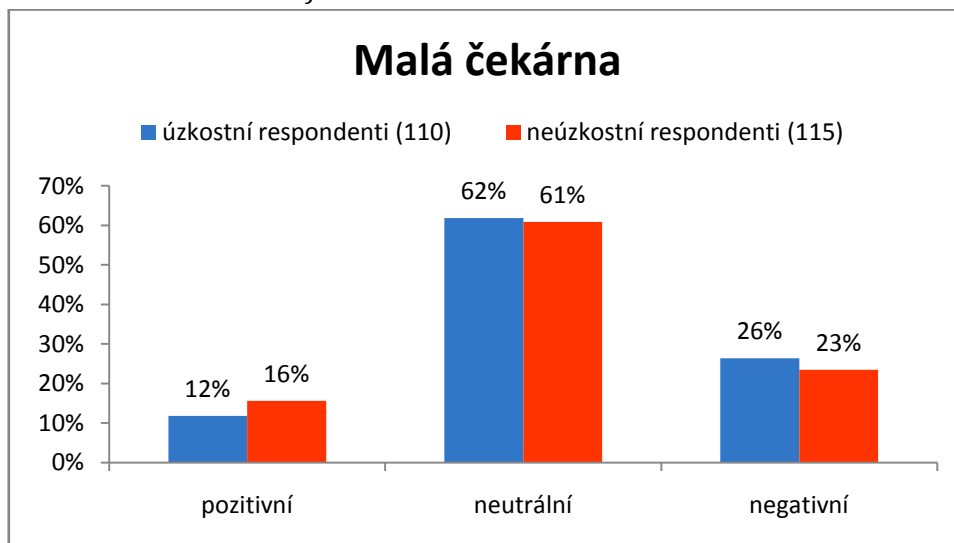
Graf 18: otázka č. 17 – Velikost čekárny



Malá čekárna

13 respondentů trpících strachem (12 % ze 110) vnímá malou čekárnu pozitivně, zatímco mezi neúzkostnými respondenty ji hodnotí pozitivně 18 osob (16 % ze 115). Pro 29 úzkostných respondentů (26 % ze 110) a 27 neúzkostných (23 % ze 110) je malá čekárna negativní. Na většinu respondentů v obou skupinách, 68 úzkostných osob (62 % ze 110) a 70 neúzkostných (61 % ze 115), však nemá vliv. (viz graf 19)

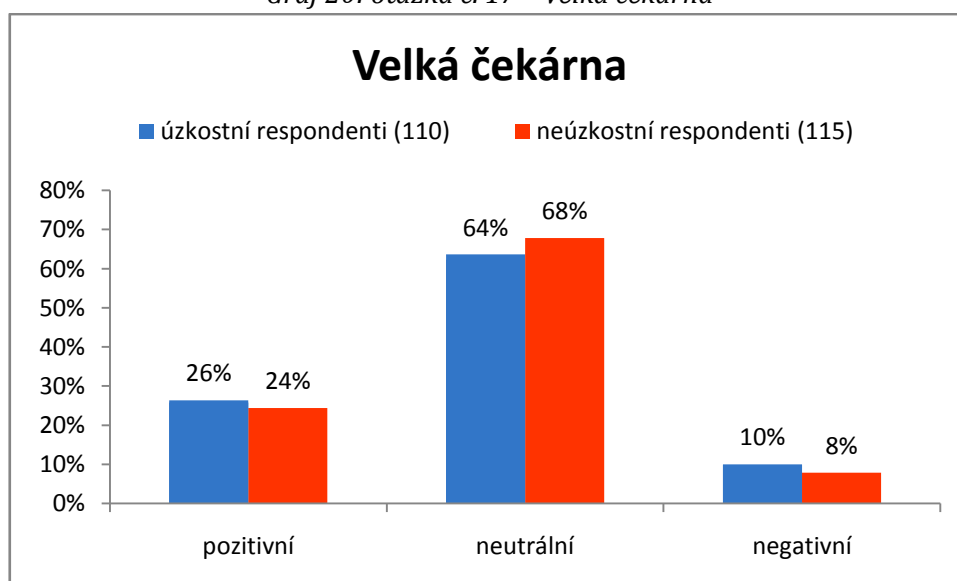
Graf 19: otázka č. 17 – Malá čekárna



Velká čekárna

29 osob trpících úzkostí (26 % ze 110) vnímá velkou čekárnu kladně a 70 osob (64 % ze 110) neutrálně. Na 28 neúzkostných osob (24 % ze 115) má pozitivní vliv a na 78 osob (68 % ze 115) nemá žádný vliv. 11 osob ze skupiny úzkostných respondentů (10 % ze 110) a 9 neúzkostných osob (8 % ze 115) velkou čekárnu hodnotí záporně. (viz graf 20)

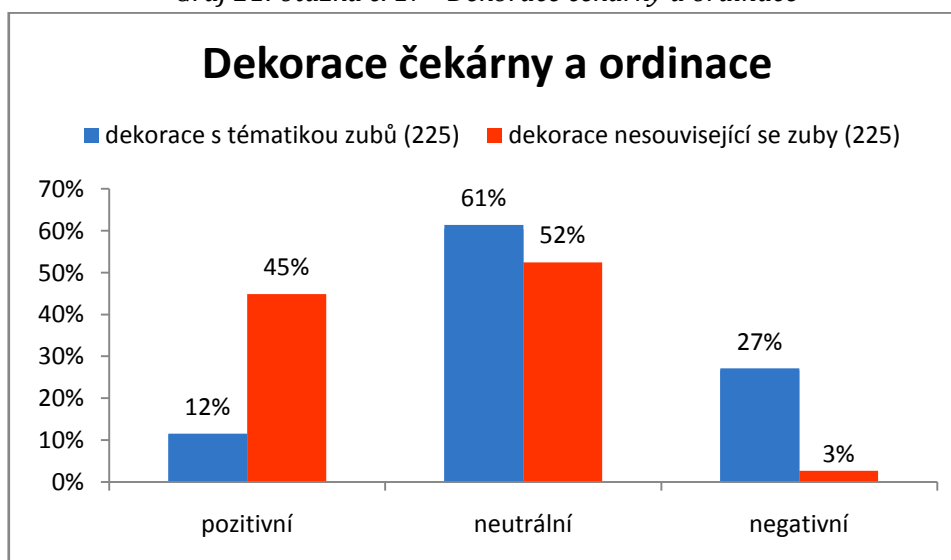
Graf 20: otázka č. 17 – Velká čekárna



Dekorace čekárny a ordinace

V této části otázky respondenti hodnotili, jaký vliv na ně má dekorace s tematikou úst, zubů a dekorace, která se zuby nijak nespojuje. Dekoraci nespojující se zuby hodnotí negativně pouze 6 osob (3 %), zatímco 61 osob (27 %) hodnotí negativně dekoraci s tematikou zubů. Pozitivně vnímá tuto dekoraci 26 osob (12 %). Dekorace nespojující se zuby vyhovuje 101 osobám (45 %). Na 138 osob (61 %), tedy na většinu dotázaných, nemá dekorace s tematikou zubů vliv. A pro 118 osob (52 %) nemá význam ani dekorace se zuby nespojující. (viz graf 21)

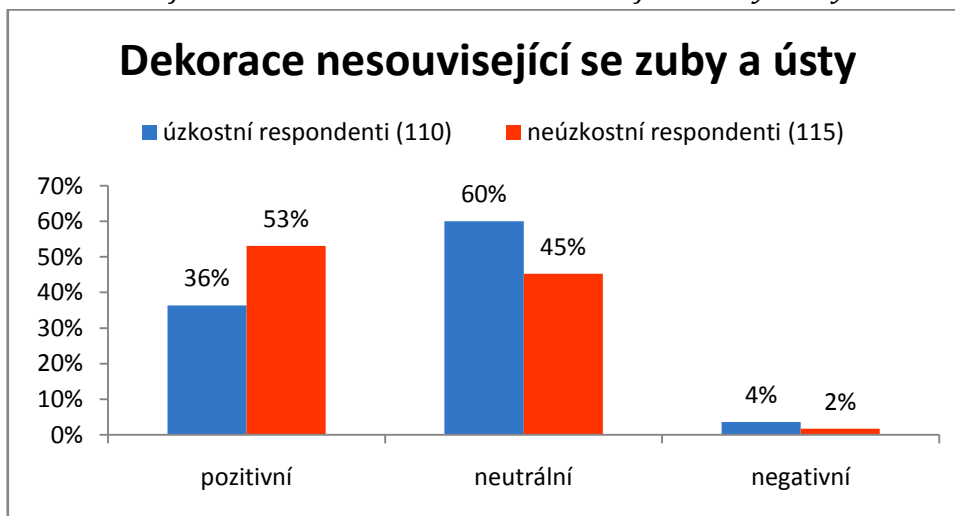
Graf 21: otázka č. 17 - Dekorace čekárny a ordinace



Dekorace nespojující se zuby a ústy

Jako negativní dekoraci nespojující se zuby a ústy označili pouze 4 bojácní respondenti (4 % ze 110) a 2 nebojácní (2 % ze 115). Tuto dekoraci vnímají pozitivně spíše respondenti netrpící strachem, tedy 61 osob (53 % ze 115). Pro dalších 52 strachem netrpících osob (45 % ze 115) je neutrální. Na bojácné pacienty spíše nemá vliv, za neutrální ji označilo 66 osob (60 % ze 110) a kladně ji hodnotí 40 osob (36 % ze 110). (viz graf 22)

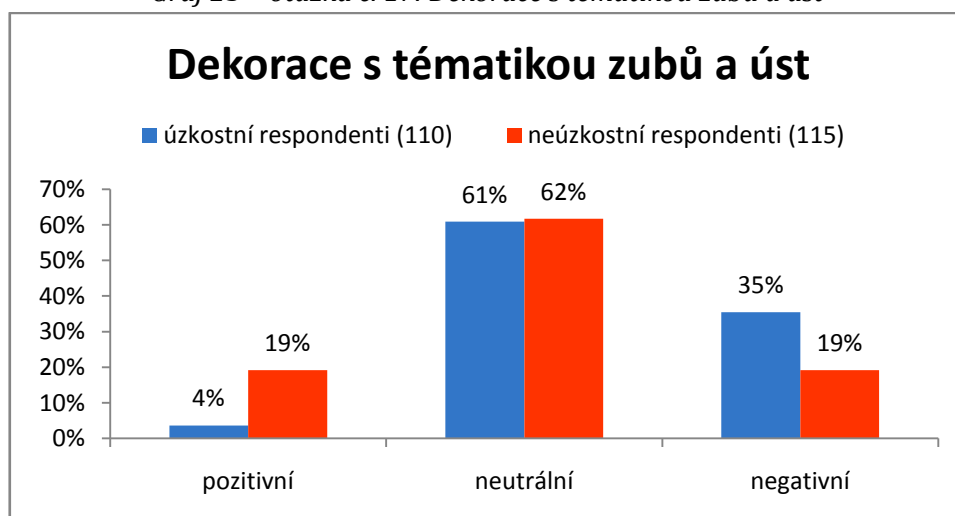
Graf 22: otázka č. 17 - Dekorace nesouvisející se zuby a ústy



Dekorace s tématikou zubů a úst

Dekoraci s tématikou úst vnímají pozitivně pouze 4 osoby trpící strachem (4 % ze 110) a 39 osob (35 % ze 110) ji hodnotí záporně. Na 67 osob trpících strachem (61 % ze 110) nemá tato dekorace vliv. Mezi pacienty, kteří strachem netrpí, jsou odpovědi poměrně vyrovnané. 22 osob (19 % ze 115) označilo dekoraci s tématikou úst za pozitivní a 22 osob (19 % ze 115) za negativní. Pro zbylých 71 osob (62 % ze 115) je neutrální. (viz graf 23)

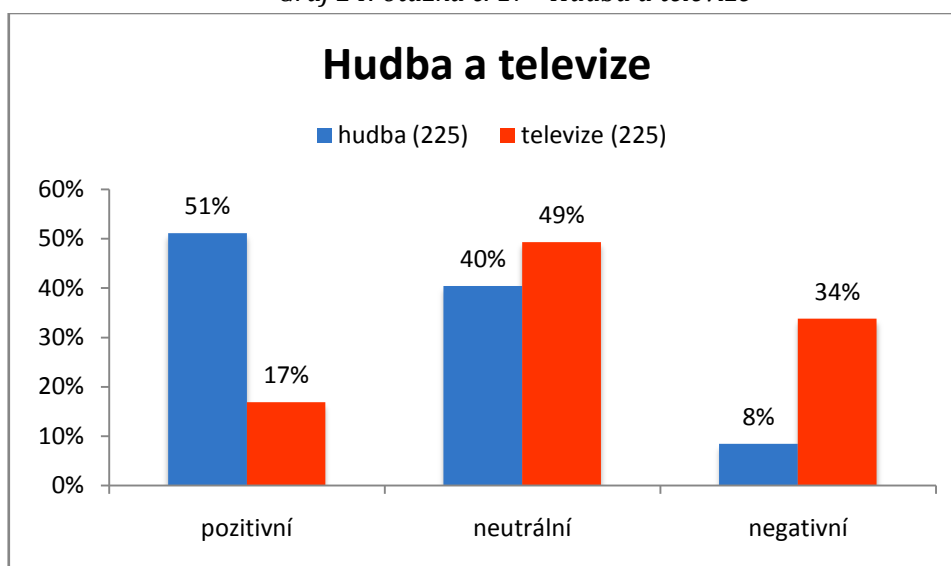
Graf 23 – otázka č. 17: Dekorace s tématikou zubů a úst



Hudba a televize

Hudba v čekárně nebo ordinaci má pozitivní vliv na 115 osob (51 %), tedy na polovinu dotázaných. Pouze 19 osobám (8 %) je puštěná hudba nepříjemná a na 91 osob (40 %) nemá vliv. Televizi v čekárně vítá 38 osob (17 %), 111 osob (49 %) zapnutou televizi nevnímá ani pozitivně ani negativně a 76 osob (34 %) uvedlo, že je televize v čekárně nebo ordinace obtěžuje. (viz graf 24)

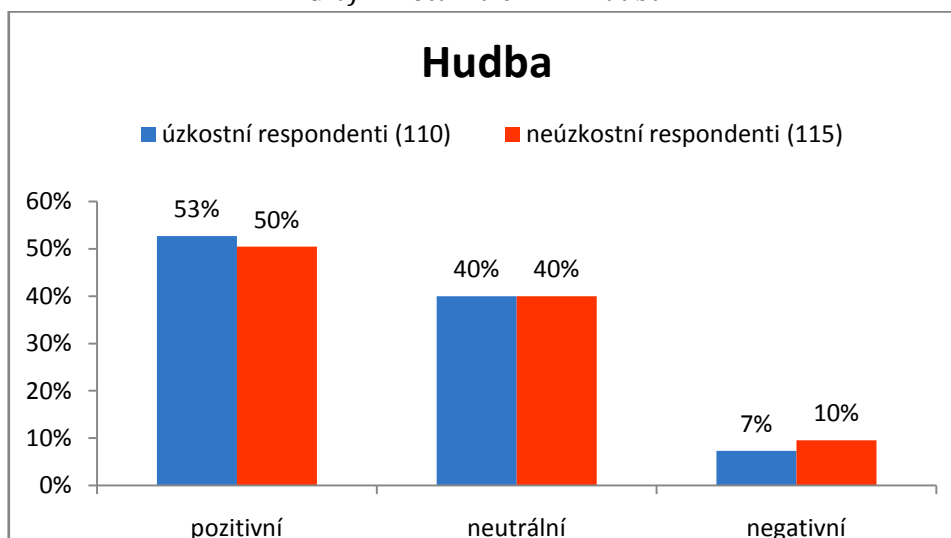
Graf 24: otázka č. 17 - Hudba a televize



Hudba

Puštěná hudba v čekárně nebo ordinaci má na obě skupiny velmi podobný vliv. 58 úzkostným osobám (53 % ze 110) a 58 neúzkostným osobám (50 % ze 115) je hudba příjemná. Na 44 úzkostných osob (40 % ze 110) a 46 neúzkostných osob (40 % ze 115) nemá příznivý ani negativní efekt. 8 bojácných osob (7 % ze 110) a 11 osob strachem netrpících (10 % ze 115) hudba ruší. (viz graf 25)

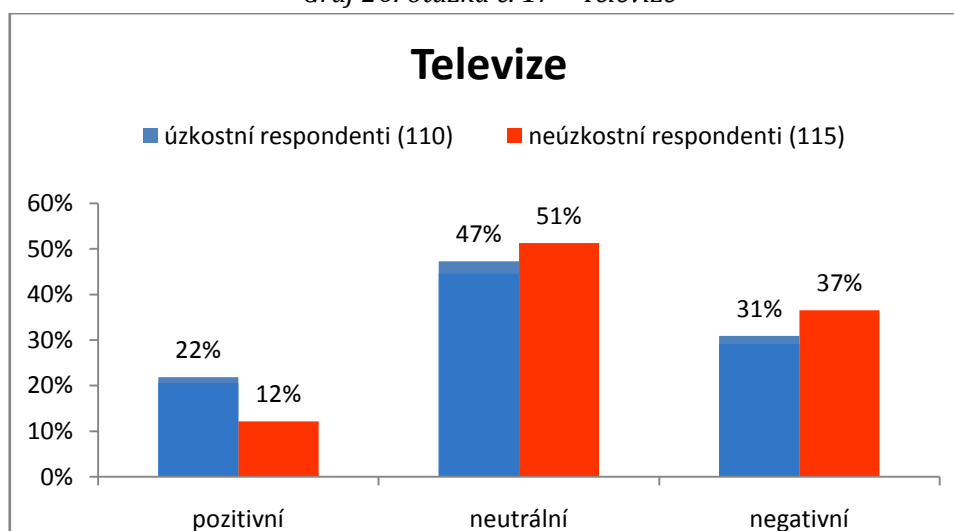
Graf 26: otázka č. 17 – Hudba



Televize

Přibližně polovina respondentů v obou skupinách televizi nevnímá; 52 úzkostných osob (47 % ze 110) a 59 neúzkostných osob (51 % ze 115) ji označily za neutrální. 34 úzkostných osob (31 % ze 115) ji hodnotí záporně a 24 osob (22 % ze 110) kladně. Pouze na 14 osob netrpících strachem (12 % ze 115) má příznivý vliv a na 42 osob (37 % ze 115) má vliv nepříznivý. (viz graf 26)

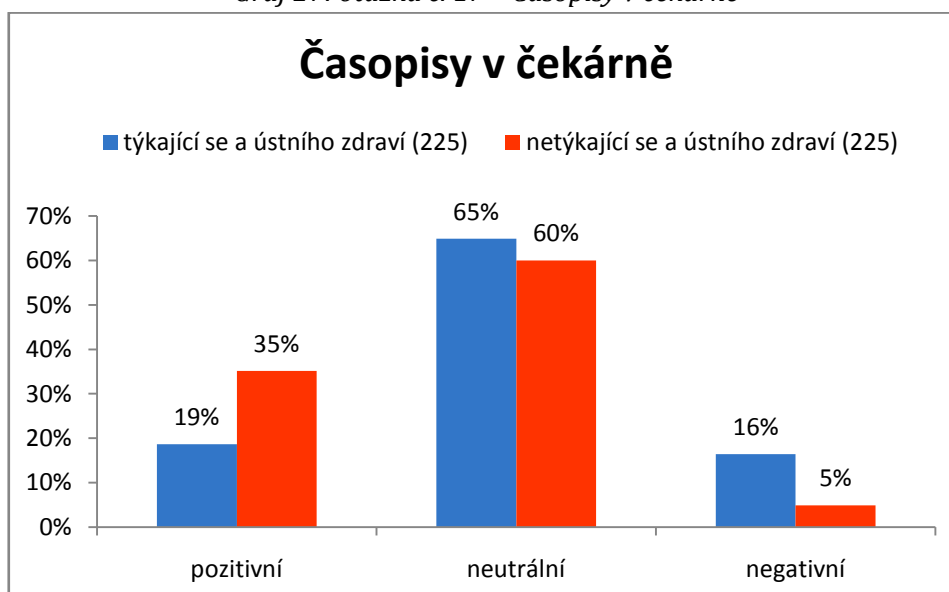
Graf 26: otázka č. 17 – Televize



Časopisy v čekárně

146 dotázaných (65 %) časopisy s tematikou zubů a ústního zdraví hodnotí neutrálně a 135 osob (60 %) hodnotí neutrálně časopisy s jinou tematikou. Pozitivně časopisy související se zuby a ústním zdravím hodnotí jen 42 osob (19 %), zatímco 79 osob (35 %) pozitivně vnímá čtení s jinou tematikou. Jen menšina vnímá negativně časopisy, které jsou v dispozici v čekárně; 37 osobám (16 %) vadí časopisy týkající se zubů a ústního zdraví a 11 osobám (5 %) nevyhovuje čtení nesouvisející s tematikou zubů. (viz graf 27)

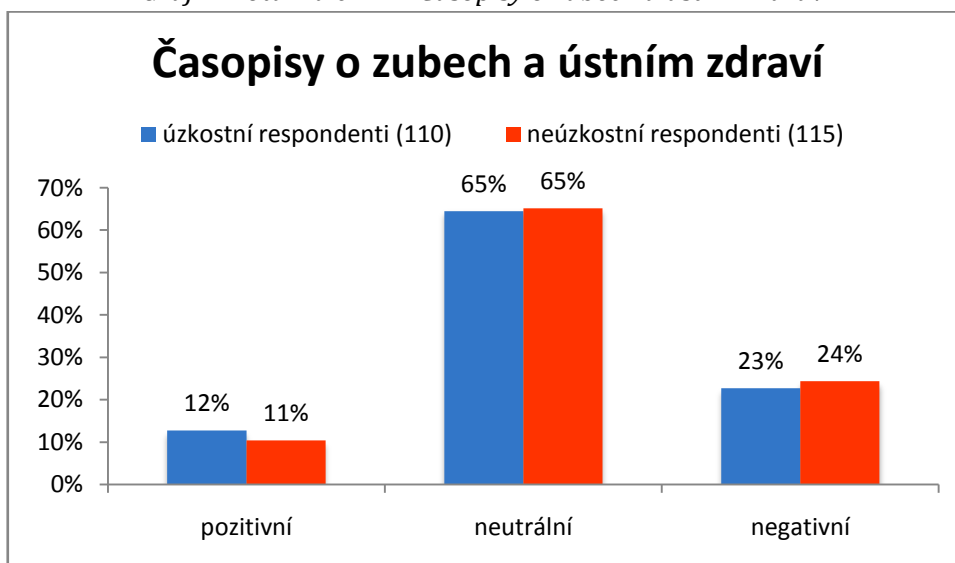
Graf 27: otázka č. 17 – Časopisy v čekárně



Časopisy o zubech a ústním zdravím

Na 14 osob úzkostných (12 % ze 110) a 12 neúzkostných (11 % ze 115) působí časopisy o zubech a ústním zdravím pozitivně, na 71 úzkostných respondentů (65 % ze 110) a 75 neúzkostných (65 % ze 115) neutrálně. Záporně je hodnotí 25 osob úzkostných (23 % ze 110) a 28 osob neúzkostných (24 % ze 115). (viz graf 28)

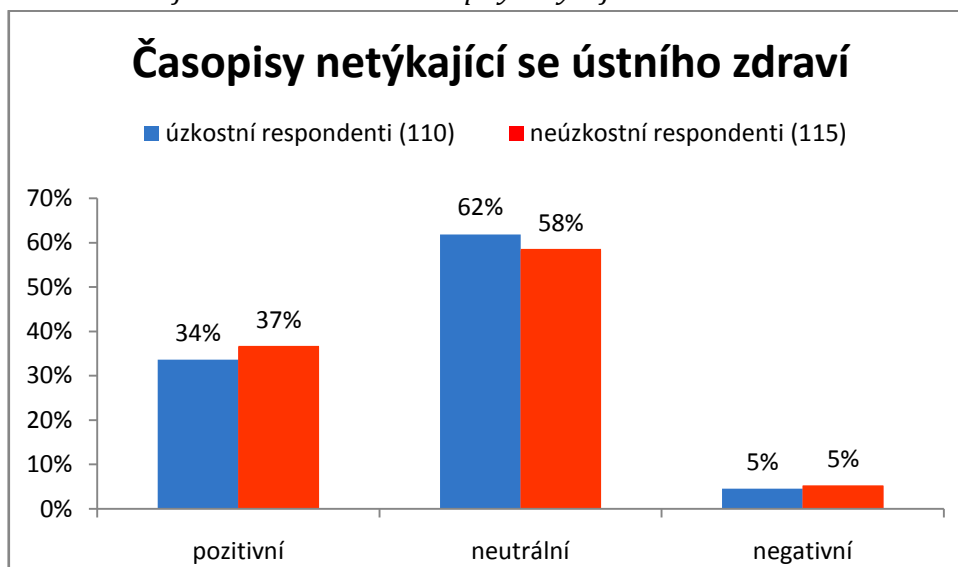
Graf 28: otázka č. 17 – Časopisy o zubech a ústním zdraví



Časopisy netýkající se ústního zdraví

Pouze 5 osob trpících strachem (5 % ze 110) a 6 osob strachem netrpících (5% ze 115) tyto časopisy hodnotí záporně. Na 37 bojácných respondentů (34 % ze 110) a 42 osob, které strach netrpí (37 % ze 115), působí příznivě. Na 68 bojácných respondentů (62 % ze 110) a 67 nebojácných (58 % ze 115) nemají vliv. (viz graf 29)

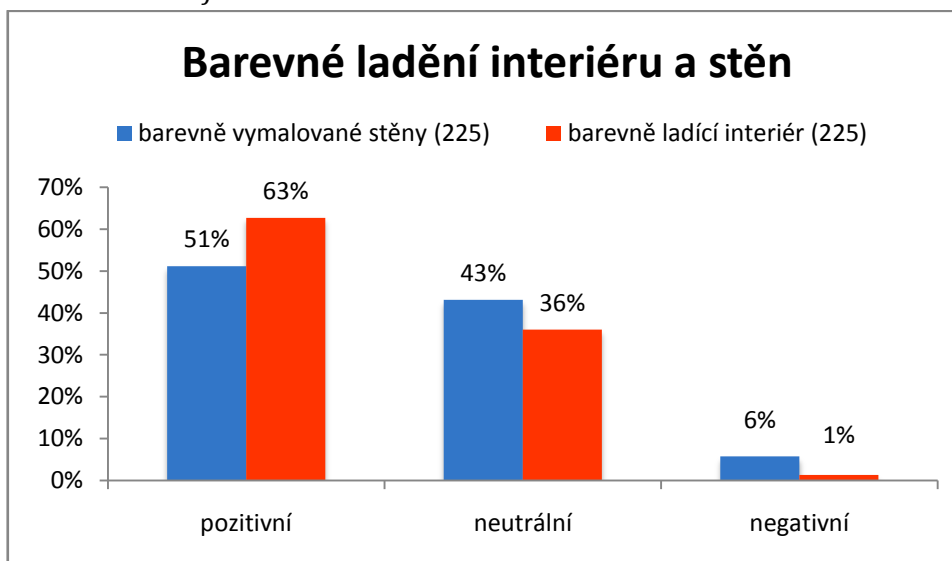
Graf 29: otázka č. 17 – Časopisy netýkající se ústního zdraví



Barevné ladění interiéru a barevně vymalované stěny

115 osob (51 %) upřednostňuje barevně vymalované stěny před nebarevnými. 141 osob (64 %) vnímá pozitivně barevně ladící interiér. 97 osob (43 %) stěny v čekárně nebo ordinaci nevnímá a 81 osob (36 %) uvedlo, že na ně nemá vliv barevný interiér. 13 osobám (6 %) nevyhovují barevné stěny a 3 osoby (1 %) hodnotí záporně ladící interiér. (viz graf 30)

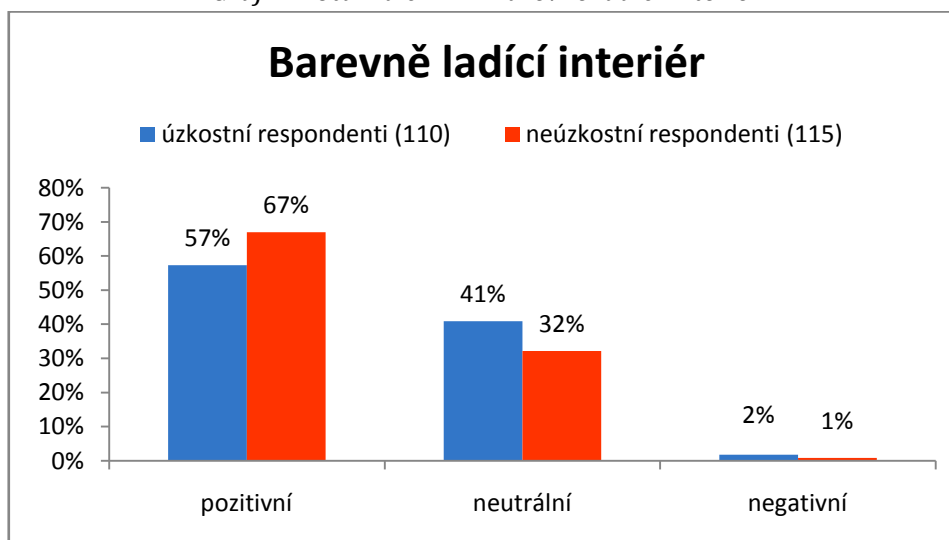
Graf 30: otázka č. 17 – Barevné ladění interiéru a stěn



Barevně ladící interiér

Za pozitivní jej označilo 63 osob trpící strachem (57 % ze 110) a 77 netrpících strachem (67 % ze 115). Na 45 úzkostných osob (41 % ze 110) a 37 neúzkostných osob (32 % ze 115) nemá pozitivní ani negativní efekt. Pouze 2 úzkostné osoby (2 % ze 110) a 1 neúzkostnou (1 % ze 115) barevně ladící interiér ruší. (viz graf 32)

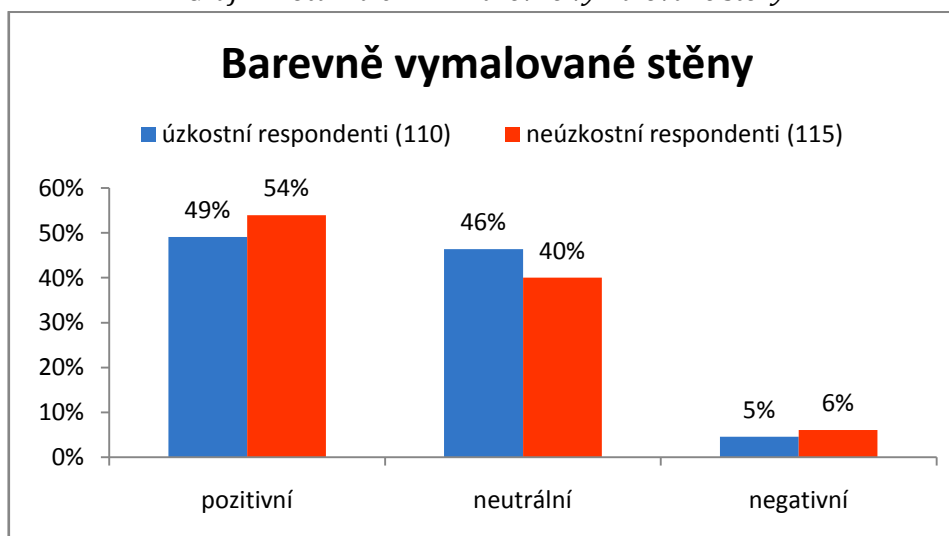
Graf 31: otázka č. 17 – Barevně ladící interiér



Barevně vymalované stěny

Jen 5 osob trpících strachem (5 % ze 110) a 7 osob netrpících strachem (6 % ze 115) hodnotí barevně vymalované stěny negativně. Pozitivně je hodnotí 54 osob (49 % ze 110) a 51 osob (46 % ze 115). Ve skupině respondentů, kteří strach nepocítují, jsou hodnoceny kladněji. 62 osob (54 % ze 110) barevné stěny vnímá dobře a 46 osob (40 % ze 115) neutrálně. (viz graf 33)

Graf 33: otázka č. 17 – Barevně vymalované stěny



Otázka č. 18

Jak vaše pocity ohledně ošetření ovlivňuje následující?

- Podání ruky při uvítání
- Krátký úvodní rozhovor nesouvisející s ošetřením
- Vysvětlení postupu ošetření před zahájením výkonu
- Popisování postupu během výkonu
- Snaha o komunikaci během ošetření nesouvisející s výkonem
- Rozhovor mezi ošetřujícím a asistencí v průběhu ošetření
- (Příliš) přátelský a osobní přístup ošetřujícího

V této otázce všech 225 respondentů rozhodovalo, zda vnímají uvedené chování ze strany ošetřujícího personálu pozitivně, neutrálně nebo negativně. Graf 33 slouží k celkovému přehledu všech výsledných odpovědí. V dalších grafech porovnávám odpovědi úzkostných a neúzkostných respondentů.

Podání ruky při uvítání hodnotí kladně 162 osob (72 %), na 61 osob (27 %) nepůsobí nijak a 2 osoby (1 %) gesto vnímají negativně.

Úvodní rozhovor nesouvisející s ošetřením (na téma „jak se máte“ či „jaká byla dovolená“) vnímá pozitivně 136 osob (60 %), zatímco 11 osobám (5 %) je takový rozhovor nepříjemný. Na 78 osob (37 %) nemá zásadní vliv.

199 osob (88 %) je spokojeno, když jim ošetřující vysvětluje postup ošetření před zahájením výkonu. 24 osob (11 %) uvedlo, že to na ně nemá žádný efekt a jen 2 osoby (1 %) toto vysvětlování hodnotí záporně.

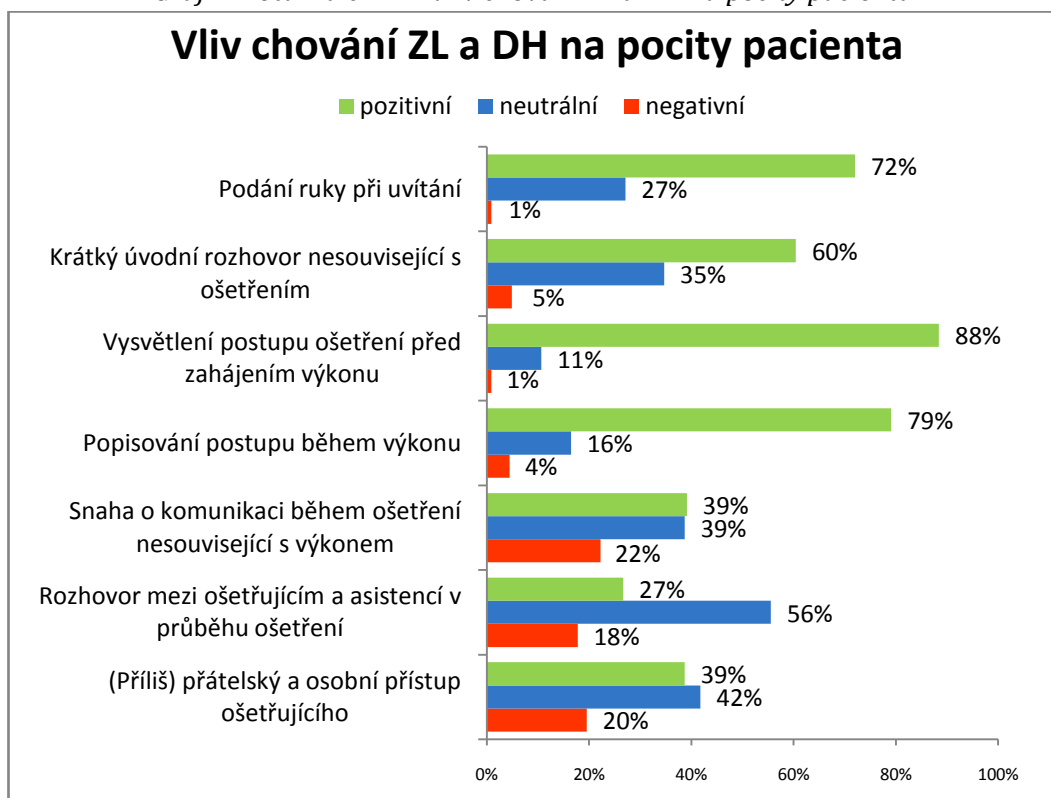
178 osobám (79 %) vyhovuje popisování postupu během ošetření a 37 osobám (17 %) na tom nezáleží. 10 osob (4 %) není příjemné.

Snahu o komunikaci během ošetření, která nesouvisí s výkonem, hodnotí kladně 88 osob (39 %), 50 osob (22 %) tuto interakci vnímá záporně, 87 osobám (39 %) je to jedno.

Rozhovor mezi ošetřujícím a jeho asistencí v průběhu výkonu hodnotí neutrálně 125 osob (56 %). 60 osob (27 %) tuto komunikaci vnímá jako pozitivní a 40 osobám (17 %) není příjemná.

Přátelský a osobní přístup ošetřujícího považuje 87 osob (39 %) za vítaný, na 94 osob (42 %) nemá vliv a 44 osobám (19 %) to vadí. (viz graf 33)

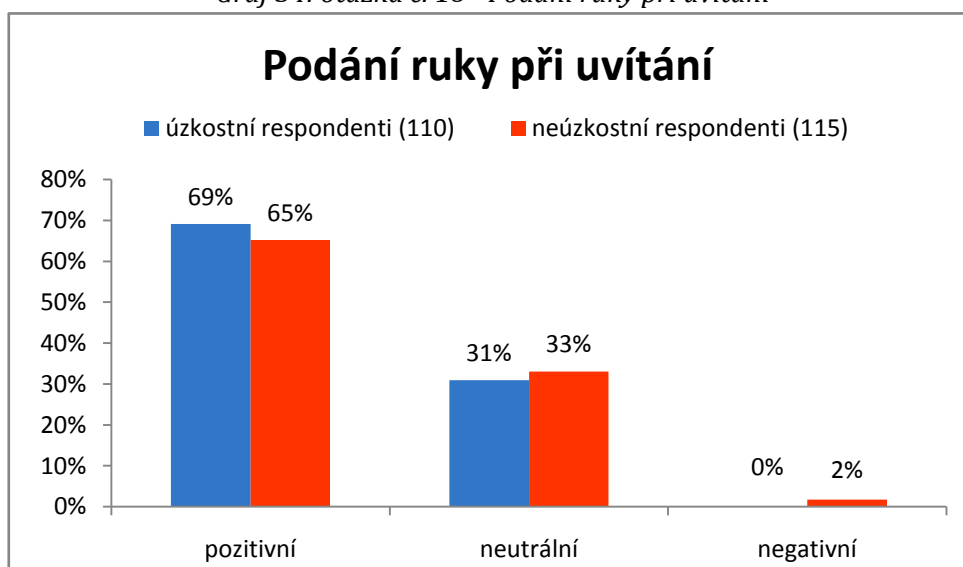
Graf 33: otázka č. 18 – Vliv chování ZL a DH na pocity pacienta



Podání ruky při uvítání

76 úzkostných respondentů (69 % ze 110) a 75 neúzkostných (65 % ze 115) podání ruky hodnotí kladně. Na 34 úzkostných osob (31 % ze 110) a 38 neúzkostných (33 % ze 115) působí neutrálně. Pouze 2 respondentům (2 % ze 115), kteří strachem netrpí, gesto vadí a ze skupiny úzkostných respondentů ho nevnímá negativně nikdo. (viz graf 34)

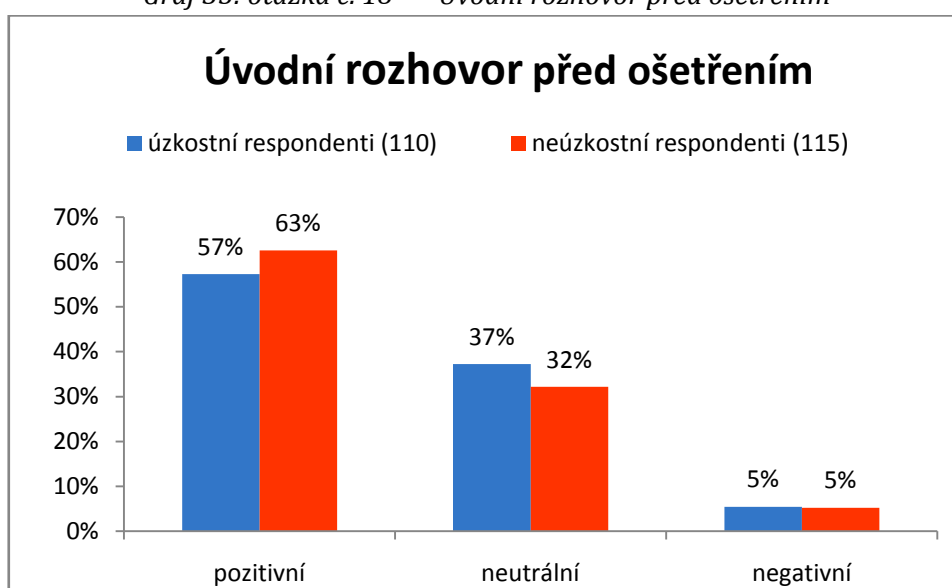
Graf 34: otázka č. 18 - Podání ruky při uvítání



Úvodní rozhovor nesouvisející s ošetřením

63 osob trpících strachem (57 % ze 110) a 72 osob strachem netrpících tento rozhovor před ošetřením uvítá, Na 41 osob úzkostných (37 % ze 110) a 37 osob neúzkostných (32 % ze 115) nemá žádný vliv a 6 osob z každé z obou skupin (5% ze 110 a 5 % ze 115) to hodnotí záporně. (viz graf 35)

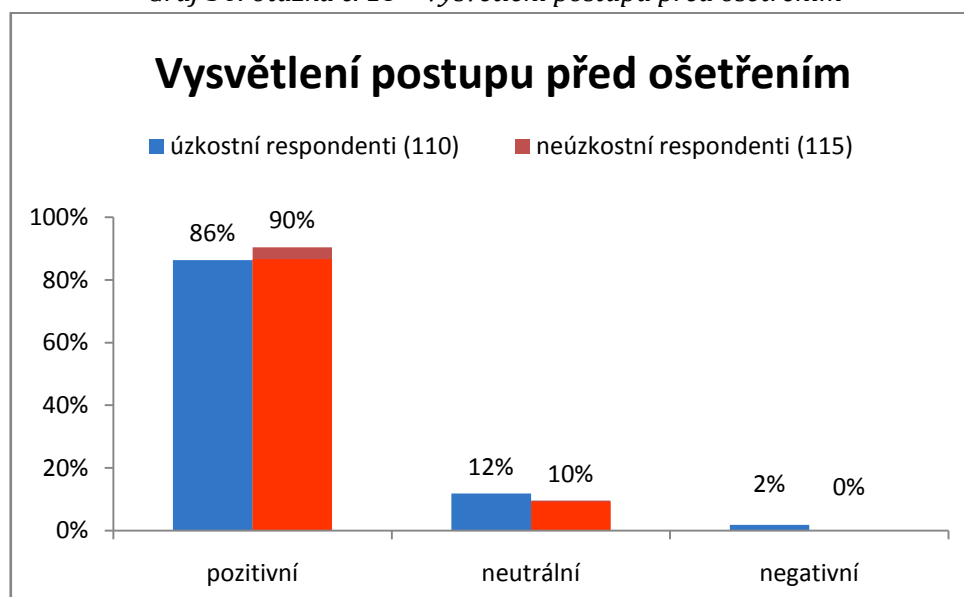
Graf 35: otázka č. 18 - Úvodní rozhovor před ošetřením



Vysvětlení postupu před ošetřením

95 osob trpících strachem (86 % ze 110) a 104 osob netrpících strach (90 % ze 115) to hodnotí pozitivně. Nemá to vliv na 13 osob trpících strachem (12 % ze 110) a 11 osob (10 % ze 115), které strachem netrpí. Pouze 2 úzkostným osobám (2 % ze 110) to vadí. Ze skupiny respondentů, kteří se nebojí, to nevadí nikomu. (viz graf 36)

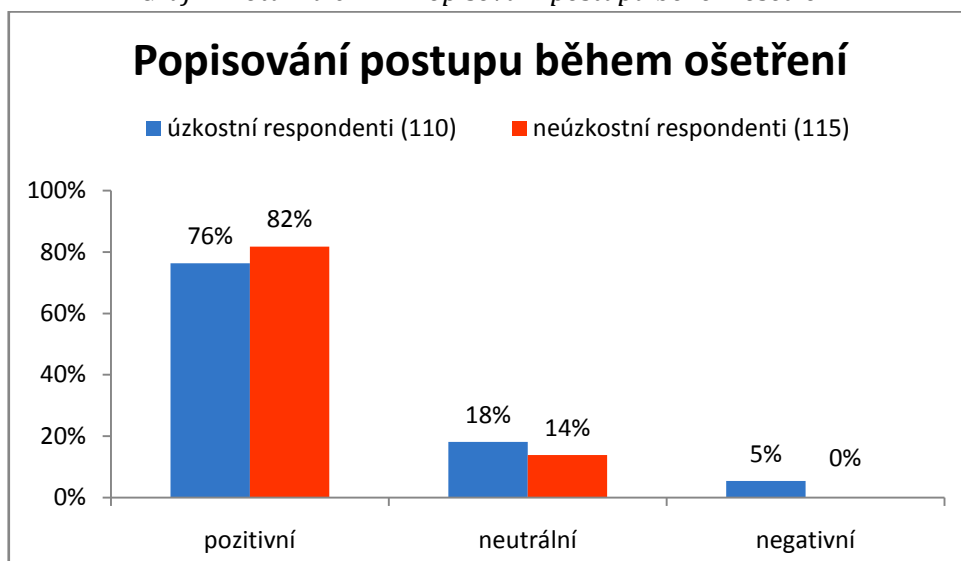
Graf 36: otázka č. 18 – Vysvětlení postupu před ošetřením



Popisování postupu během ošetření

Ze skupiny nebojácných respondentů to nikdo nevnímá záporně a mezi bojácnými respondenty to vadí pouze 6 osobám (5 % ze 110). 20 osob trpících strachem (18 % ze 110) a 16 osob netrpících strachem to vnímá neutrálně. Na 84 bojácných osob (78 % ze 110) a 94 nebojácných (82 % ze 115) popis postupu během výkonu působí dobře. (viz graf 38)

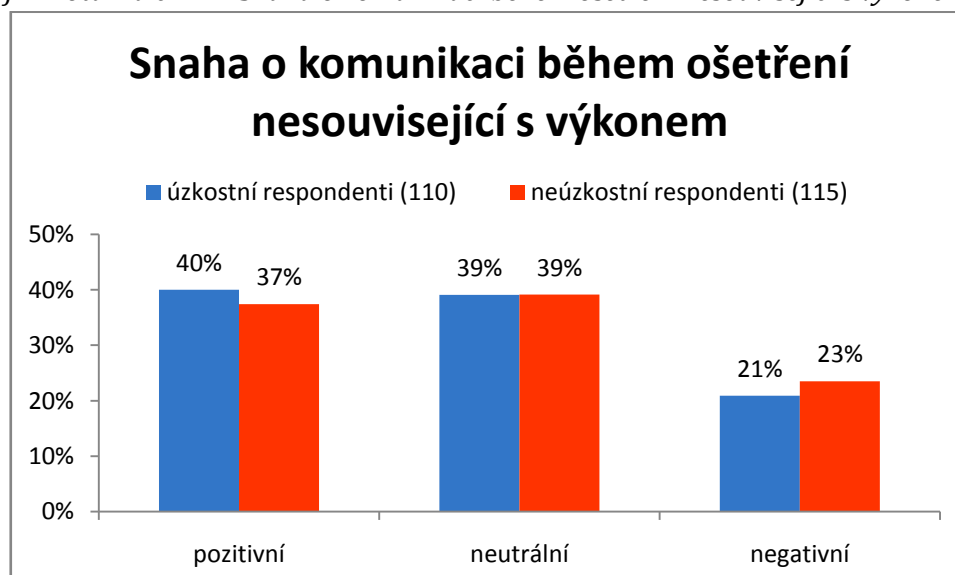
Graf 37: otázka č. 18 - Popisování postupu během ošetření



Snaha o komunikaci během ošetření nesouvisející s výkonem

43 neúzkostných respondentů (39 % ze 110) a 45 neúzkostných (39 % ze 115) to vnímá neutrálně. Pozitivně to hodnotí 44 osob trpících strachem (40 % ze 110) a 43 osob (37 % ze 115), které strachem netrpí. 23 osobám trpících strachem (21 % ze 110) a 27 osobám strachem netrpících (23 % ze 115) to vadí. (viz graf 38)

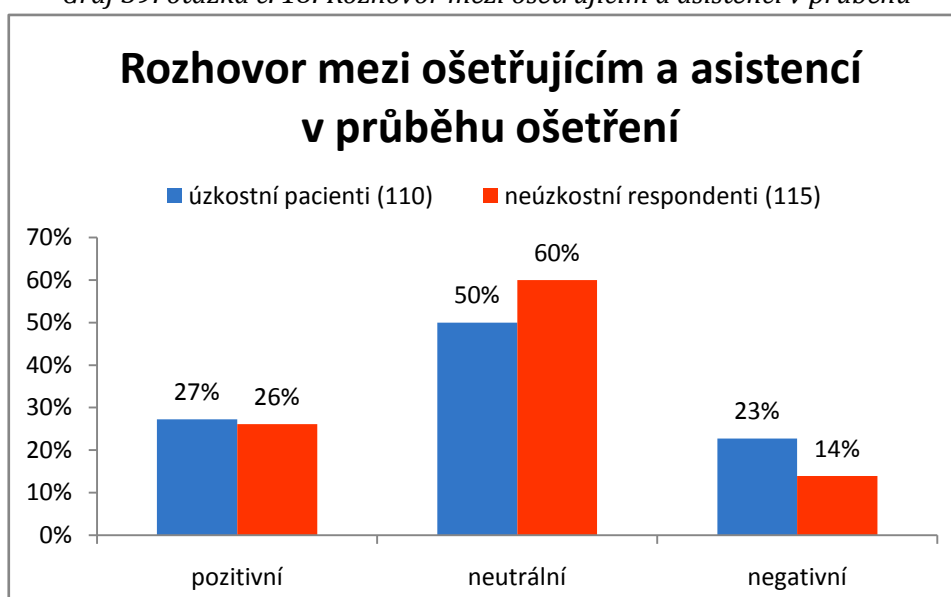
Graf 38: otázka č. 18 – Snaha o komunikaci během ošetření nesouvisející s výkonem



Rozhovor mezi ošetřujícími a asistencí v průběhu ošetření

Na 69 neúzkostných respondentů (60 % ze 115) a 55 úzkostných (50 % ze 110) nemá rozhovor mezi personálem vliv. 30 osob ze skupiny nebojácných respondentů (26 % ze 115) a 30 bojácných respondentů (27 % ze 110) to hodnotí kladně. A na 16 osob netrpících strachem (14 % ze 115) a 25 osob trpících strachem (23 % ze 110) to působí záporně. (viz graf 39)

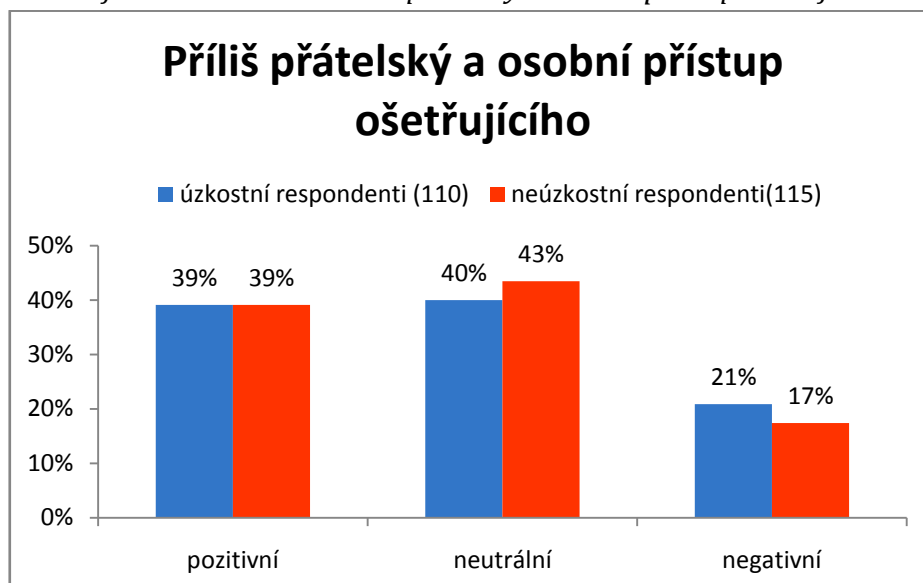
Graf 39: otázka č. 18: Rozhovor mezi ošetřujícími a asistencí v průběhu



Příliš přátelský a osobní přístup ošetřujícího

43 osob (39 % ze 110), které trpí strachem, a 45 osob strachem netrpících (39 % ze 115) přátelský a osobní přístup vítá. 23 úzkostných respondentů (21 % ze 110) a 20 osob z druhé skupiny (17 % ze 115) jej vnímají negativně. A 44 úzkostných respondentů (40 % ze 110) a 50 neúzkostných (50 % ze 115) to hodnotí neutrálně. (viz graf 40)

Graf 40: otázka č. 18 – Příliš přátelský a osobní přístup ošetřujícího



5. Diskuze

Praktická část mé bakalářské práce probíhala formou dotazníkového šetření. Zjišťovala jsem, jak často pacienti trpí strachem v souvislosti s návštěvou zubního lékaře nebo dentální hygienistky. Šetření, prováděného online přes portál google.com, se účastnilo 225 osob, z toho 146 žen (65 %) a 79 mužů (35 %).

Věkové rozložení respondentů nebylo příliš vyrovnané. Nejmenší skupinou byly respondenti ve věku nad 65 let (7 %). Naopak nejpočetnější skupinou byly osoby ve věku v rozmezí 21-30 let (43 %), tvořily tak skoro polovinu respondentů. Přisuzuji to způsobu šíření tohoto dotazníku přes sociální sítě především mezi mými známými, kteří patří zejména do této věkové skupiny. Přesto však soudím, že jsem získala poměrně široký vzorek odpovědí.

Strach ze zubního lékaře, potažmo dentální hygienistky, je častým jevem. Podle Berggrena (2001) se obává ošetření zubním lékařem 40 % dospělé populace, ale pouze 3-5 % z nich jsou opravdoví odontofobici. V mém šetření uvedla téměř polovina dotázaných, že mají strach ze zubního lékaře nebo dentální hygienistky (29 % má strach ze zubního lékaře, 1 % z osoby dentální hygienistky, 18 % z obou) a 5 % respondentů chodí k zubnímu lékaři nebo hygienistce pouze v akutních případech nebo nechodí vůbec. Na doplňující otázku, z jakého důvodu respondenti nedochází do zubní ordinace pravidelně, odpovědělo 6 % osob z celkového počtu 225 respondentů, že je jim to nepříjemné. Tyto výsledky relativně korespondují s tvrzením Berggrena.

V mém šetření mne zajímal kromě vztahu k dentálním hygienistkám také vztah k zubním lékařům. Za prvé jsem vycházela z předpokladu, že častěji mají pacienti negativní zážitky z ošetření zubním lékařem, a pokud mají pacienti strach z ošetření dentální hygienistkou, jedná se o přenesený strach z nějakého nepříjemného zážitku z ordinace zubního lékaře. Za druhé jsem toho názoru, že dentální hygienu většina populace stále nepovažuje za základ péče o dutinu ústní. Přestože se dentální hygiena dostává do povědomí širší veřejnosti, řada lidí jí stále nepřisuzuje dostatečnou důležitost na to, aby na ni

pravidelně chodili a platili za ni. Proto jsem se dotazovala obecněji a většina otázek se týkala i zkušeností se zubními lékaři. Oba mé předpoklady se potvrdily. Jen 27 % dotázaných osob pravidelně 1-2x ročně navštěvuje zubního lékaře i dentální hygienistku a polovina respondentů trpících strachem má negativní zkušenost z ošetření zubním lékařem, zatímco pouze 5 % respondentů trpících strachem má negativní zkušenost s dentální hygienistkou. Z respondentů s negativní zkušeností uvedlo 24 % osob, že je tato zkušenost příčinou jejich strachu a 22 % vnímá její souvislost s rozvojem strachu. Avšak téměř polovina těchto dotázaných tvrdí, že jejich strach s nepříjemným zážitkem nesouvisí. Tím je vyvrácena hypotéza č. 1: **„Strach z ošetření je nejčastěji způsoben vlastní negativní zkušeností.“**

Dle mého očekávání strach z ošetření často souvisí se strachem z bolesti. Jedná se dokonce o nejběžnější příčinu strachu z ošetření. Hypotézu č. 2: **„Strach ze zubního lékaře a dentální hygienistky souvisí se strachem z bolesti.“** potvrdilo 73 % ze 110 respondentů trpících strachem z ošetření. Druhou nejčastější příčinou strachu jsou zvuky ordinace (54 %) a až na třetím místě je v žebříčku traumatický zážitek z předchozího ošetření (37 %), o kterém jsem se původně domnívala, že je hlavním spouštěčem strachu (viz hypotéza č. 1). V hypotéze č. 3: **„Pacienti trpící strachem ze stomatologického ošetření častěji ruší domluvené termíny.“** jsem vycházela z tvrzení Raudenské (2011), že někteří pacienti s dentální fobií se snaží léčbu podstoupit, ale je u nich výrazný výskyt zrušených schůzek, neboť jsou upřímně přesvědčeni, že jsou v zubní ordinaci opravdu ohroženi (Raudenská, 2011). Respondenti však tuto hypotézu nepotvrdili. Pouze 11 % osob trpících strachem uvedlo, že domluvený termín ošetření zrušilo jednou a dalších 11 % termín zrušilo opakovaně (tedy dvakrát a více). 78 % dotázaných termín nezrušilo v důsledku strachu nikdy. Vzhledem k vlastním zkušenostem z mé praxi u zubních lékařů a dentálních hygienistek však toto tvrzení považuji za nepřesné, neboť někteří pacienti termíny ruší velmi často a opakovaně a pochybuji, že by důvodem opakovaného rušení termínů byla pouze například pracovní vytíženost či nemoc.

Dále jsem se v dotazníkovém šetření zabývala metodami zmírňujícími

strach z ošetření. Ze 110 dotázaných osob má pouze třetina zkušenost s ošetřením za užití některé z farmakologických metod. Z těchto „zkušených“ osob bylo 67 % ošetřeno za užití oxidu dusného, 19 % bylo ošetřeno v analgosedaci a 14 % v celkové anestezii. Pozitivní zkušenost s uvedenými metodami mělo 36 % dotázaných a tato zkušenost jim pomohla se uvolnit i do budoucna. Ačkoliv 39 % mělo s některou těchto metod pozitivní zkušenost během ošetření, nadále se zubního lékaře nebo hygienistky bojí. 25 % osob ošetření s užitím těchto metod podstoupilo, ale úzkost při něm stále pociťovalo. Dané výsledky potvrzují hypotézu č. 4: **„Pacienti jsou po užití oxidu dusného, analgosedaci či celkové anestezie ochotni podstoupit ošetření, ale jejich strach do budoucna nemizí.“**, neboť 64 % osob se po užití těchto metod výkonu podrobilo, ale do budoucna se jejich strach a obavy nevyřešily.

Farmakologické metody však nejsou jedinými možnostmi zmírnění strachu. Nabízí se také psychologické metody zmírňující strach z ošetření, kterými se detailně zabývám v kapitole Psychologické metody používané ke zmírnění strachu z ošetření. Ve většině studií, ze kterých jsem při zpracování této problematiky čerpala, se tvrdí, že právě psychologická pomoc má v řešení strachu z ošetření i do budoucna největší potenciál a má i průkazné výsledky. Berggren (2001) považuje dokonce za neetické nechat podstoupit pacienta ošetření v celkové anestezii nebo v analgosedaci bez předchozí psychologické intervence. Bohužel v České republice se těmito metodami mnoho odborníků nezabývá. Ptala jsem se například v Národním ústavu duševního zdraví (NÚDZ), kde se zaměřují na kognitivně behaviorální terapii, která se v zahraničí úspěšně používá při léčbě dentálního strachu, zda na pracovišti mají zkušenost s pacienty s odontofobií. Dosud se však s řešením tohoto problému nesetkali.

Přímo ve stomatologické praxi se rovněž strach psychologickou cestou neřeší příliš často. Pouze 21 % osobám trpících strachem se zubní lékař nebo dentální hygienistka snažili pomoci bez užití oxidu dusného, analgosedace nebo celkové anestezie. Zatímco 38 % osobám bylo nabídnuto ošetření za užití oxidu dusného, analgosedace nebo celkové anestezie. Zbýlých

41 % osob trpících strachem uvedl, že s nimi jejich strach zatím nikdo neřešil. Z osob, kterým se ošetřující snažili pomoci jinak než farmakologickou cestou, má pouze 17 % osob mají zkušenost se systematickou desenzibilizací, hlubokou svalovou relaxací nebo hypnózou. Dalších 83 % osob, s nimiž zubní lékař nebo dentální hygienistka jejich strach řešili, o strachu pravděpodobně pouze hovořili a snažili se jim racionálně vysvětlit, že nemají důvod se bát.

Ve většině praktické části se zabývám vlivem prostředí čekárny a ordinace a chování ošetřujícího. Původně jsem nezamýšlela takový rozsah, ale až v průběhu zpracovávání výsledků mne napadlo porovnat, jak jednotlivé jevy působí na respondenty trpící strachem z ošetření a respondenty strachem netrpící. V otázce vlivu prostředí jsem se zabývala velikostí čekárny, tematikou dekorace a časopisů, hudbou a televizí a vlivem barevně laděného interiéru. Přestože se v teoretické části okrajově zabývám aromaterapií a zmiňuji se o jejím velmi příznivém působení na pacientovy pocity, rozhodla jsem se, že se ve svém šetření vlivem vůní na pacientovy pocity zabývat nebudu. Domnívám se, že vůně působí příliš podprahově a ke konkrétním vzpomínkám jsme schopni si je přiřadit až ve chvíli, kdy se s vůní opět setkáme. Takže zkoumat vliv vůní na pacientovy pocity by z mého pohledu nemělo smysl bez praktického výzkumu, který jsem neměla možnost zrealizovat.

Z odpovědí úzkostných a neúzkostných respondentů vyplývá, že příjemné prostředí čekárny a ordinace vnímají pozitivně spíše pacienti, kteří z ošetření nemají strach. Atmosféra čekárny a ordinace má pozitivní vliv na 2 třetiny neúzkostných respondentů, zatímco mezi úzkostnými respondenty ji vnímá pouze polovina. K mému překvapení většina odpovědí úzkostných i neúzkostných respondentů byla neutrální. Tím je tedy vyvrácena hypotéza č. 5: ***„Příjemně působící prostředí čekárny a ordinace může zásadně eliminovat pacientovu úzkost.“***

Výrazněji se liší působení hudby a televize. Z celkového srovnání vyplývá, že hudba má na pacienty mnohem příznivější vliv než televize. Polovina respondentů uvedla, že na ně působí pozitivně a necelá desetina ji vnímá negativně, zatímco televizi hodnotí záporně třetina dotázaných a pozitivně

jen 17 %. Názory bojácných a nebojácných respondentů na hudbu byly téměř shodné, polovina dotázaných v obou skupinách hudbu hodnotí kladně, 40 % neutrálně a zhruba desetinu respondentů irituje. Televizi hodnotí obě skupiny zejména neutrálně nebo negativně. Je však zajímavé, že televize obtěžuje spíše neúzkostné pacienty. Pouze 12 % neúzkostných respondentů hodnotilo televizi v čekárně pozitivně a 37 % osobám z této skupiny vadí. Oproti tomu televize v čekárně ruší jen 31 % respondentů trpících strachem a 22 % ji vnímá kladně. Podle mého názoru může televize v čekárně posloužit dobrým způsobem, ale je nutné zvolit vhodný program, který by nebyl příliš rušivý. Už jsem se setkala s tím, že se program opakoval dokola nebo byl plný obtížných reklam, a v takovém případě může čekání (zvláště pokud pacient čeká delší dobu) spíše znepríjemnit.

V neposlední řadě je důležitý způsob komunikace a jednání ošetřujícího s pacientem. Podle Raudenské (2011) může v pacientovi probudit pocit úzkosti i pouhý neosobní a neurvalý přístup ošetřujícího, přestože při ošetření nezažívá intenzivní bolest. Při zpracování výsledných odpovědí týkajících se komunikace jsem již srovnávala pouze odpovědi strachem trpících a strachem netrpících respondentů.

Podání ruky, krátký úvodní rozhovor nesouvisející s ošetřením, popis postupu ošetření před zahájením výkonu a popis postupu během výkonu výrazně kladně působí na obě skupiny respondentů. Zejména popis postupu před i během ošetření respondenti hodnotí pozitivně. Což potvrzuje tvrzení, že informovaný pacient má pocit přehledu a bezpečí, že má situaci více pod kontrolou. (Šváb, 2002) Proto by ošetřující měl automaticky postup vysvětlovat a měl by podněcovat pacienta, aby se sám zajímal o průběh ošetření.

Snaha o komunikaci během ošetření nesouvisející s výkonem, rozhovor mezi ošetřujícím a asistencí v průběhu ošetření a příliš přátelský a osobní přístup ošetřujícího na respondenty působí spíš neutrálně nebo pozitivně. Pozitivní hodnocení u většiny bodů potvrzuje hypotézu č. 6: ***„Jednání zohledňující aktuální stav pacienta může příznivě ovlivnit jeho pocity během ošetření.“***

Překvapily mne výsledky u podotázky, jak respondenti vnímají snahu o komunikaci během ošetření nesouvisející s výkonem. Obě skupiny respondentů ji vnímají spíše pozitivně a neutrálně. Záporně ji vnímá pouze pětina až čtvrtina dotázaných. Přestože je to víc negativních reakcí než například u popisování postupu, je to překvapivé. Mnohokrát jsem slyšela, že pacientům vadí, když se jich ošetřující během výkonu na něco vyptává, ačkoliv mají v ústech nástroje a nejsou schopni mu odpovědět. Proto jsem očekávala spíše záporné odpovědi.

Podobně překvapivé byly reakce na rozhovor mezi ošetřujícím a jeho asistencí v průběhu výkonu. Například Kilian (1999) se píše, že pacienti tyto rozhovory vnímají špatně, protože v nich probouzí pocit, že se jim ošetřující stoprocentně nevěnuje. Polovina respondentů trpících strachem a 60 % respondentů strachem netrpících to však hodnotí neutrálně a více než čtvrtina dotázaných v obou skupinách to vnímá pozitivně.

6. Závěr

Bakalářská práce shrnuje problematiku strachu z ošetření v ordinaci dentální hygienistky a zubního lékaře. V teoretické části byly popsány klíčové faktory, které působí na pacienta během pobytu v zubní ordinaci, charakteristika strachu z ošetření, jeho etiologické faktory a důsledky tohoto strachu na psychiku, zdraví a společenský život pacienta. Teoretická část zahrnovala metody zmírňující strach a úzkost z ošetření, zásady komunikace s úzkostným pacientem a vliv atmosféry čekárny a ordinace na pacientovy pocity. Cílem praktické části bylo formou dotazníkového šetření zjistit, jak často pacienti pociťují v ordinaci zubního lékaře a dentální hygienistky strach, jaké jsou jeho příčiny, zda má na strach vliv prostředí zubní praxe a chování ošetřujícího a do jaké míry mají pacienti zkušenosti s metodami zmírnění strachu z ošetření.

Z dotazníkové studie vyplývá, že strachem z ošetření zubním lékařem a dentální hygienistkou trpí zhruba polovina dotázaných a že strach ze zubního lékaře je běžnější. Téměř u poloviny respondentů, kteří trpí strachem, přispěla rozvoji jejich strachu předchozí negativní zkušenost z ošetření. Nejčastějšími příčinami strachu je však strach z bolesti, zvuky ordinace a negativní zážitek z minulosti je až na třetím místě. Přestože pociťuje strach z ošetření poměrně velké množství pacientů, mnoho z nich nemá žádnou zkušenost s metodami zmírňujícími strach. Pouze třetina dotázaných, kteří zkušenost již mají, pomohla některá z metod i do budoucna. Určitý přístup a chování ošetřujícího, který zohledňuje pacientovy pocity, může pacienta příznivě ovlivnit, avšak prostředí čekárny a ordinace na úzkostné pacienty nemá výrazný efekt.

Strach ze zubního lékaře je již poměrně detailně zpracován v řadě zahraničních studií. I v české odborné literatuře jsem našla několik zdrojů, ty se však zabývaly zejména strachem u dětí. Strach z dentální hygienistky však nebyl dosud příliš prozkoumán ani v české ani zahraniční literatuře. Proto jsem se v této práci odkazovala zejména na strach ze zubních lékařů, neboť jeho příčiny jsou velice podobné. Praktický přínos

bakalářské práce pro mé budoucí povolání dentální hygienistky je takový, že je důležité se strachem v ordinaci počítat. Neměli bychom zapomínat, že každý pacient je individuum a podle toho je třeba k němu přistupovat. Musíme zohledňovat jeho aktuální pocity a potřeby a snažit se všemi dostupnými prostředky vyvarovat vlivům, které na pacienta působí negativně.

7. Souhrn

Cíl: Rekapitulace dostupných informací o strachu z ošetření zubním lékařem a dentální hygienistkou, včetně jeho původu a možnostech jeho řešení. Formou dotazníkové studie bylo cílem vyšetřit četnost strachu v populaci, jeho příčiny, zkušenosti s řešením strachu a vliv jednání ošetřujícího a atmosféry čekárny a ordinace.

Úvod: Řada lidí se vyhýbá ošetření zubním lékařem a dentální hygienistkou, přestože si je vědoma problémů v dutině ústní. Bývá to dáno strachem z bolesti, traumatickou zkušeností z předchozího ošetření nebo studem, protože má jedinec pocit, že něco zanedbal. Uplatňuje se také obava z narušení osobního prostoru, neboť dutina ústní je velmi intimní prostor, který při ošetření pacient není schopný kontrolovat zrakem. Dále může dojít k přenesení strachu z úzkostného rodiče na dítě, které si sebou strach nese i do budoucnosti.

Soubor a metodika: Anonymní dotazníkové šetření bylo provedeno online pomocí formulářů google.com. K šíření dotazníku byly využity sociální sítě a email. Dotazník obsahoval celkem 18 relevantních otázek na dané téma a vyplnilo jej 225 respondentů. 8 otázek bylo položeno všem respondentům, na zbylých 10 otázek odpovídali pouze respondenti trpící strachem z ošetření.

Výsledky: 49 % dotázaných osob trpí strachem ze zubního ošetření, z toho 18 % trpí strachem ze zubního lékaře i dentální hygienistky a 1 % pouze z dentální hygienistky. Polovina respondentů trpících strachem má špatnou zkušenost se zubním lékařem a 5 % s dentální hygienistkou. U 24 % osob došlo na základě této zkušenosti k rozvoji strachu z dalšího ošetření. 11 % respondentů trpících strachem již opakovaně zrušilo termín návštěvy. Zkušenost s farmakologickými metodami zmírňujícími strach má třetina osob trpících strachem, z toho 67 % s oxidem dusným, a pouze 36 % osobám to pomohlo se uvolnit i do budoucna. Příjemná atmosféra ordinace má pozitivní vliv na 52 % respondentů trpících strachem a 64 % strachem netrpících.

Závěr: Ke každému pacientovi je třeba přistupovat individuálně podle jeho aktuálních pocitů a potřeb. Je nutné si uvědomovat, jaké vlivy na pacienta před a během ošetření působí a tomu, co by pacientovi mohlo přispět rozvoji strachu, se pokusit vyhnout.

Klíčová slova: dentální hygiena, dentální strach, dentální úzkost, odontofobie, metody zmírňující strach, kognitivně behaviorální terapie, zásady komunikace

8. Summary

Goal: The aim of this thesis was summarize available information about fear of dental care and dental hygiene including its origin and its solutions. The questionnaire study investigated the frequency of fear in the population, its causes, experience of coping with fear, and the influence of the attending hygienist and the atmosphere of the waiting room and the surgery.

Introduction: Many people avoid dental care and dental hygiene, even though they are aware of problems in the oral cavity. This is due to the fear of pain, traumatic experience of the previous treatment, or even embarrassment, because the patient has a feeling that he / she has neglected something. There is also concern about the disruption of the personal space as the oral cavity is a very intimate area, and the patient is unable to visually control it during the treatment. Additionally, fear can be transferred from an anxious parent to a child who is afraid of the future.

Complex and methodology: Anonymous questionnaire survey was conducted online using *google.com* forms. Social networks and e-mail were used to spread the questionnaire. The questionnaire contained a total of 18 relevant questions on the topic and was filled in by 225 respondents. Eight questions were asked to all respondents. Only the respondents who suffer from fear of treatment answered the remaining 10 questions.

Results: 49% of respondents suffer from fear of dental treatment, of which 18% suffer from the fear of dentists and dental hygienists and 1% only of dental hygienists. Half of respondents suffering from fear have a bad experience with a dentist and 5% with a dental hygienist. In 24% of people, based on this experience, the fear of further treatment was developed. 11% of respondents suffering from fear have repeatedly cancelled their visit. Less than one third of people with fear have experience with pharmacological methods of anxiety reduction, including 67% who have fear of nitrous oxide, and only to 36% of people they helped to relax them in the future. Pleasant atmosphere of the surgery has a positive effect on 52% of the respondents suffering from fear and those who do not suffer from the fear.

Conclusion: Every patient needs to be treated individually according to his / her current feelings and needs. It is necessary to be aware of the effects on the patient before and during the treatment, and to try to avoid factors that are likely to develop to contribute to development of fear.

Keywords: dental hygiene, dental hygiene fear, dental fear, dental anxiety, odontophobia, methods to reduce fear of treatment, cognitive behavioral therapy, communication principles, communication rules

9. Seznam odborné literatury

Knižní zdroje:

1. BOTTICELLI, Antonella Tani. *Dentální hygiena: teorie a praxe*. Praha: Quintessenz, c2002. Quintessenz bibliothek. ISBN 80-903181-1-8.
2. KAPLAN, Robert & SACCUZZO, Dennis. *Psychological Testing*. Cengage Learning, 2012. ISBN 978-1133492016.
3. KILIAN, Jan. *Prevence ve stomatologii*. 2. vyd. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-022-3.
4. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Klinická hypnóza*. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2549-9.
5. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 6. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0302-5.
6. LARSEN, Reinhard. *Anestezie*. Praha: Grada, 2004. ISBN: 80-247-0476-5.
7. MÁLEK, Jiří. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3642-6.
8. PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-1086-6.
9. PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-997-6.
10. RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2223-8.
11. SEMERÁDOVÁ, Věra & JEŘÁBKOVÁ, Nora. *Psychologie a psychoprophylaxe v dětské stomatologii*. 1. vyd. Praha : s.n., 1993.
12. ŠEDÝ, Jiří. *Kompendium stomatologie*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2016. ISBN 978-80-7387-543-5.
13. VYMĚTAL, Jan a kolektiv. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1315-1.
14. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro*

zdravotnické obory. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4062-1.

Odborné studie:

1. APPUKUTTAN, Deva Priya. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clinical, cosmetic and investigational dentistry*, 2016, 8: 35.
2. BARE, Lyndsay C.; DUNDES, Lauren. Strategies for combating dental anxiety. *Journal of Dental Education*, 2004, 68.11: 1172-1177.
3. BERGGREN, Ulf. Long-term management of the fearful adult patient using behavior modification and other modalities. *Journal of dental education*, 2001, 65.12: 1357-1368.
4. DUMITRACHE, Mihaela Adina; NEACSU, Valentina; SFEATCU, Ionela Ruxandra. Efficiency of cognitive technique in reducing dental anxiety. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2014, 149: 302-306.
5. FISET, Louis, et al. Common fears and their relationship to dental fear and utilization of the dentist. *Anesthesia Progress*, 1989, 36.6: 258.
6. FRÖHLICH, Hanna, et al. Periodontitis in Chronic Heart Failure. *Texas Heart Institute Journal*, 2016, 43.4: 297-304.
7. JOKL, Jan. Úzkost a stach z bolesti před zubním ošetřením. *Bolest*. 2015, roč. 18, č. 3, s. 158-164. ISSN: 1212-6861.
8. KINIRONS, M.; MCCABE, M. Familial and maternal factors affecting the dental health and dental attendance of preschool children. *Community dental health*, 1995, 12.4: 226-229.
9. LEHRNER, Johann, et al. Ambient odors of orange and lavender reduce anxiety and improve mood in a dental office. *Physiology & Behavior*, 2005, 86.1: 92-95.
10. PANTUČEK, Lukáš. Nespolupracující pacient v dětském zubním lékařství. *Česká stomatologie a Praktické zubní lékařství*. 2006, roč. 106-54, č. 1 (Praktické zubní lékařství), s. 16-22. ISSN: 1213-0613.
11. PAWLICKI, Robert. Psychologic interventions for the anxious dental

patient. *Anesthesia progress*, 1987, 34.6: 220.

12. RISLØV STAUGAARD, Søren; JØSSING, Marit; KROHN, Christina. The role of negative and positive memories in fear of dental treatment. *Journal of Public Health Dentistry*, 2017, 77.1: 39-46.
13. THOMA, Myriam V., et al. Effects of music listening on pre-treatment anxiety and stress levels in a dental hygiene recall population. *International journal of behavioral medicine*, 2015, 22.4: 498-505.
14. TOET, Alexander, et al. Effects of pleasant ambient fragrances on dental fear: Comparing apples and oranges. *Chemosensory perception*, 2010, 3.3-4: 182-189.
15. WIDE BOMAN, Ulla, et al. Psychological treatment of dental anxiety among adults: a systematic review. *European journal of oral sciences*, 2013, 121.3pt2: 225-234.

Články:

1. BERNÁTOVÁ, Martina & PECHÁNKOVÁ, Jana. Ambulantní anestezie u neošetřitelných pacientů ve stomatologii. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 11 (Tematický sešit 232 - Stomatologie), s. 51-52. ISSN: 1210-0404.
2. BOŠKOVÁ, Jitka. Analgosedace ve stomatologické praxi. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 9, s. 45-47. ISSN: 1210-0404.
3. HANDZEL, Jan a kolektiv. ENTONOX – nový pomocník při ošetřování nespolupracujících dětí v dětské stomatologii. *Stomateam*. 2012. roč. 12, č. 2, s. 13-19. ISSN: 1214-147X.
4. HESS, Ladislav. Oxid dusný. *Remedia*. 2011. roč. 21, č. 5, s. 364-371. ISSN: 2336-3541.
5. RAUDENSKÁ, Jaroslava. Odontofobie – problém při poskytování stomatologické péče. *Stomateam* 2011, roč. 11, č. 2, s. 17-23. ISSN: 1214-147X.
6. ŠVÁB, Ondřej. Psychologická problematika ambulantní praxe zubního lékaře, *StomaTeam*. 2007. roč. 7, č. 4, s. 30-35. ISSN: 1214-147X.

Internetové zdroje:

1. BRACKEN, Sophie. *Cognitive behavioural therapy could help overcome dental phobia*. [online] 2015 [cit. 11. 9. 2016] Dostupné z: <<http://www.dentistry.co.uk/2015/12/07/cognitive-behavioural-therapy-could-help-overcome-dental-phobia/>>
2. JOGL, Jan. *Bojíte se zubaře? - Strach a úzkost před zubním ošetřením*. [online] 2014 [cit. 11. 9. 2016] Dostupný z: <<https://theses.cz/id/brm866/DP-Jokl.pdf>>
3. MAHDALOVÁ, Tereza. *Kognitivně behaviorální terapie - naučme se novému chování*. [online] 2014 [cit. 11. 9. 2016] Dostupné z: <<http://www.opsychologii.cz/clanek/21-kognitivne-behavioralni-terapie-naucme-se-novemu-chovani/>>
4. PAVLOVIČOVÁ, Markéta. Strach ze zubaře? Ale jděte...část II. *DentalCare*. [online] 2008 [cit. 17. 4. 2017]. Dostupné z: <<http://www.dentaktiv.cz/cs/napsali-o-nas/strach-ze-zubare-ale-jdete-cast-ii-dentalcare-102008/>>
5. PAVLOVIČOVÁ, Markéta. Strach ze zubaře? Ale jděte...část III. *DentalCare*. [online] 2008 [cit. 17. 4. 2017]. Dostupné z: <<http://www.dentaktiv.cz/cs/napsali-o-nas/strach-ze-zubare-ale-jdete-cast-iii-dentalcare-112008/>>
6. ŠTURMA, Jan & ČERNÝ, Vladimír. Ambulantní anestézie, monitorovaná anesteziologická péče a sedace při vědomí. *Doporučené postupy pro praktické lékaře*. [online] 2001 [cit. 11. 9. 2016] Dostupné z: <<http://www.cls.cz/dokumenty2/os/r124.rtf>>
7. VAŠÁKOVÁ, Jana. Úzkost jako minoritní faktor ovlivňující prevalenci zubního kazu u předškolních dětí. *Inovace studijního programu Zubní lékařství na 1. LF UK Praha*. [online]. n.d. [cit. 17. 4. 2017]. Dostupné z: <<http://www.ukes.cz/oppa/wp-content/uploads/Dentální-fobie.doc>>

- b) traumatickým zážitkem z minulosti
- c) osobou zubaře/hygienistky
- d) atmosférou zubní ordinace
- e) zvuky ordinace (vrtačka, ultrazvuk, nástroje)
- f) možnou komplikací při zákroku
- g) nemám pod kontrolou, co se v danou chvíli děje
- h) nemám dobrý pocit z lékařského a zdravotnického prostředí
- i) příliš těsným kontaktem s cizí osobou
- j) jiné

7. Máte špatnou předchozí zkušenost z ošetření zubním lékařem?

- a) ano
- b) ne

8. Máte špatnou předchozí zkušenost z ošetření dentální hygienistkou?

- a) ano
- b) ne

9. Promítá se tato špatná zkušenost do vašeho vztahu k zubním lékařům a dentálními hygienistkám?

- a) ano, proto mám z dalšího ošetření strach
- b) ano, ale jsem měl/a už před touto zkušeností
- c) nemá to na můj strach vliv
- d) nemám špatnou zkušenost

10. Stalo se vám, že jste se objednal/a na preventivní prohlídku či ošetření a na poslední chvíli jste termín zrušil/a?

- a) nikdy
- b) jednou
- c) opakovaně

11. Máte zkušenost s ošetřením za použití oxidu dusného (rajského plynu), v analgosedaci či celkové anestezii?

- a) mám
- b) nemám

Na otázky č. 12 a 13 odpovídají pouze respondenti se zkušeností s metodami uvedenými v předchozí otázce.

12. Se kterou z uvedených metod máte zkušenost?

- a) oxid dusný (rajský plyn)
- b) analgosedace
- c) celková anestezie

13. Máte s těmito metodami pozitivní zkušenost?

- a) ano, pomohlo mi to se uvolnit i do budoucna
- b) ano, ale strach bojím se i nadále
- c) ne, podstoupil/a jsem zákrok, ale úzkost jsem stále pociťoval/a

Na otázku č. 14 odpovídají respondenti trpící strachem z ošetření ZL a DH.

14. Probírali s vámi zubní lékař nebo dentální hygienistka váš strach a snažili se ho vyřešit bez užití rajskeho plynu, analgosedace nebo celkové anestezie?

- a) zubní lékař/hygienistka se snažili můj strach řešit bez užití těchto metod
- b) řešili jsme můj strach, ale byly mi nabídnuty pouze tyto metody
- c) můj strach se mnou nikdo neřešil

Na otázku č. 15 odpovídali respondenti, kteří v předchozí otázce zvolili možnost b.

15. Zkusili s vámi zubní lékař nebo dentální hygienistka některé psychologické metody zmírňující strach? (systematické snižování citlivosti, hluboká svalová relaxace, hypnóza)

- a) ano
- b) ne

Na otázky č. 16-18 odpovídají všichni respondenti.

16. Má na vaše pocity ohledně ošetření pozitivní vliv příjemné prostředí čekárny a ordinace?

- a) ano
- b) ne

17. Jak vás v prostředí čekárny a ordinace ovlivňuje následující? (jednotlivé body respondent hodnotí *pozitivně, neutrálně, negativně*)

- a) velká čekárna
- b) malá čekárna
- c) dekorace s tematikou zubů a úst
- d) dekorace nesouvisející se zuby
- e) hudba
- f) televize
- g) časopisy s tematikou ústního zdraví
- h) časopisy nesouvisející s ústním zdravím a zuby
- i) barevně ladící interiér
- j) barevně vymalované stěny

18. Jak vaše pocity ohledně ošetření ovlivňuje následující? (jednotlivé body respondent hodnotí *pozitivně, neutrálně, negativně*)

- a) podání ruky při uvítání

- b) krátký úvodní rozhovor nesouvisející s ošetřením (jak se máte, jak jste si užili dovolenou)
- c) vysvětlení postupu ošetření před zahájením výkonu
- d) popisování postupu během výkonu
- e) snaha o komunikaci během ošetření (vyprávění o záležitostech nesouvisejících s ošetřením)
- f) rozhovor mezi ošetřujícím a asistencí v průběhu ošetření

Příloha č. 2: Příklady nepříjemně působící čekárny

a)



b)



Zdroj: Archiv autorky

Příloha č. 3: Příklady příjemně působící čekárny

a)



b)



Zdroj: Archiv autorky