



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Role sestry v péči o pacienta s dentofobií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Tereza Šímová

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Hana Matlasová, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci s názvem „*Role sestry v péči o pacienta s dentofobií*“ vypracovala samostatně, a že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 19. 07. 2024

Tereza Šimová

Poděkování

Hluboce a velice ráda bych touto cestou chtěla poděkovat paní Mgr. et Mgr. Haně Matlasové, Ph.D. za profesionální vedení, odborné rady, a hlavně za trpělivost s mou prací. Dále děkuji i panu PhDr. Martinu Červenému za jeho doporučení k hodnocení výzkumu. Poděkovat musím i mé rodině a blízkým přátelům, kteří mě po celou dobu mého psaní podporovali.

Role sestry v péči o pacienta s dentofobií

Abstrakt

Dentofobie, známá jako strach ze zubařů, představuje častý problém. Pro pacienty trpící dentofobií je návštěva zubního lékaře často zdrojem stresu a úzkosti, což může vést k odložení potřebné péče a zhoršení stavu jejich zubů.

Teoretická část práce se zabývá problematikou vzniku dentofobie, vysvětluje etiologii a příčiny jejího udržení a představuje různé alternativy léčby. Dále se zaměřuje na význam sestry edukátorky a proces edukace, který představuje klíčovou metodu pro práci s pacienty. Verbální i neverbální komunikace, profesionální přístup a prostor pro pacientovo pochopení poskytnutých informací jsou klíčové prvky péče o pacienty s dentofobií. Jeden z cílů je shromáždit dostupné poznatky edukačního procesu sester o pacienta s dentofobií.

Výzkumná část práce se zaměřuje na sběr dat pomocí polostrukturovaných rozhovorů se zubními sestrami. Otázky jsou zaměřeny na jejich zkušenosti s pacienty trpícími dentofobií, na rozpoznání této fobie a na následné intervence vhodné k podpoře pacientů. Cílem je také zmapovat prostředky, které zubní sestry využívají k edukaci pacientů. Dále identifikovat ošetrovatelské problémy v péči sestry o pacienta s dentofobií. Získaná data jsou pro větší přehlednost zpracována pomocí otevřeného kódování.

Výsledky ukazují nedostatky v povědomí zubních sester o dentofobii a absenci edukačních materiálů pro sestry, aby mohly efektivně edukovat pacienty s touto fobií. Tato zjištění zdůrazňují potřebu zlepšení informovanosti sester a poskytnutí vhodných materiálů, které by jim pomohly lépe porozumět a podporovat pacienty s dentofobií.

Celkově lze říci, že výzkum poskytl důležité poznatky o stavu informovanosti a dostupnosti zdrojů pro sestry, které se snaží edukovat pacienty s dentofobií.

Klíčová slova

dentofobie; edukace; empatie; komunikace; pacient; sestra; zubní péče

The role of the nurse in the care of the patient with dentophobia

Abstract

Dentophobia, known as fear of dentists, represents a common problem. For patients suffering from dentophobia, a visit to the dentist is often a source of stress and anxiety, which can lead to postponement of necessary care and deterioration of their dental condition.

The theoretical part of the work deals with the issue of the origin of dentophobia, explains its etiology and reasons for its maintenance, and presents various alternative treatments. It also focuses on the importance of the nurse educator and the education process, which represents a key method for working with patients. Verbal and non-verbal communication, professional approach, and space for the patient's understanding of the provided information are key elements of care for patients with dentophobia. One of the goals is to gather available knowledge of the educational process of nurses about patients with dentophobia.

The research part of the work focuses on data collection through semi-structured interviews with dental nurses. The questions are aimed at their experiences with patients suffering from dentophobia, recognizing this phobia, and subsequent interventions suitable for supporting patients. The aim is also to map out the means that dental nurses use to educate patients. Furthermore to identify nursing problems in the care of patients with dentophobia. The collected data are processed for greater clarity using open coding.

The results showed deficiencies in the awareness of dental nurses about dentophobia and the absence of educational materials for nurses to effectively educate patients with this phobia. These findings emphasize the need to improve nurses' awareness and provide suitable materials to help them better understand and support patients with dentophobia.

Overall, it can be said that the research provided important insights into the state

of awareness and availability of resources for nurses who are trying to educate patients with dentophobia.

Key words

dentophobia; education; empathy; communication; patient; nurse; dental care

Obsah

Úvod	11
1 Dentofobie	12
1.1 Projevy	13
2 Specifické fobie	15
2.1 Etiologie specifických fobií	15
2.2 Léčba.....	16
2.2.1 Kognitivně behaviorální terapie.....	17
2.2.1.1 Relaxace	18
2.2.1.2 Expoziční terapie.....	18
2.2.1.3 Expozice v imaginaci	19
2.2.1.4 Interoceptivní expozice	20
2.2.1.5 Přímá expozice	20
2.2.1.6 Expoziční terapie virtuální realitou	21
2.2.1.7 Kognitivní restrukturalizace.....	22
2.2.1.8 Behaviorální intervence	22
2.2.2 Analgezie	23
3 Sestra edukátorka.....	25
3.1 Prostředky edukace	26
3.2 Sestra ve stomatologické ordinaci a ambulanci	27
4 Edukační proces u pacienta s dentofobií.....	29
4.1 Počáteční diagnostika	29
4.2 Projektování	29
4.3 Realizace	31
4.4 Fáze upevňování a prohlubování	32
4.5 Zpětná vazba	33
5 Cíle práce.....	34

5.1	Teoretické cíle práce	34
5.2	Výzkumné cíle práce	34
5.3	Výzkumné otázky práce.....	34
6	Metodika.....	35
6.1	Informanti	35
6.2	Sběr dat	35
6.3	Analýza dat	36
7	Výzkumné šetření	37
7.1	Charakteristika výzkumného souboru	37
7.2	Rozpoznání pacienta trpícího dentofobií – 1. kategorie	39
7.2.1	Pocity pacienta s dentofobií při dentální péči	40
7.2.2	Tělesné projevy pacienta s dentofobií	40
7.3	Edukace a podpora pacientů – 2. kategorie	41
7.3.1	Dostupnost edukačních materiálů pro edukaci pacientů.....	41
7.3.2	Podpora pozitivního vnímání návštěv zubní ordinace	42
7.4	Intervence a péče prováděná sestrou – 3. kategorie.....	43
7.4.1	Informování pacienta sestrou o průběhu dentální péče	44
7.4.2	Plán péče	45
7.5	Prevence vzniku dentofobie – 4. kategorie	47
7.5.1	Prostředí v ordinaci	47
7.5.2	Faktory přispívající ke vzniku dentofobie	49
7.5.3	Aktivní vzdělávání	50
8	Diskuse.....	52
9	Doporučení pro praxi sester	58
10	Závěr	59
11	Seznam použitých zdrojů	61
12	Seznam příloh a tabulek	67

13 Seznam zkratek.....	75
-------------------------------	-----------

Úvod

Téma bakalářské práce je "Role sestry v péči o pacienta s dentofobií". Toto téma bylo zvoleno pro svou nedostatečnou zastoupenost v literatuře, ačkoliv je zároveň velmi zajímavé a důležité. Dentofobie, známá také jako strach z návštěvy zubaře, představuje specifickou fobii, která je charakterizována nadměrným nebo extrémním iracionálním strachem právě ze zubařských návštěv, zubního ošetření či samotných zákroků. Tyto obavy často významně ovlivňují běžný život, neboť způsobují nadměrnou úzkost a strach. Mnoho lidí prožívá úzkost již při samotné představě prostředí zubní ordinace nebo při plánování preventivní prohlídky.

Rozvoj a udržení fobie může být ovlivněno mnoha faktory, včetně negativních zkušeností, sociálních faktorů a osobních predispozic. Proto je klíčové, aby pracovníci v zubních ordinacích přistupovali k pacientům s dentofobií s empatií a pochopením. Profesionální a současně lidský přístup může pomoci vytvořit prostředí důvěry a bezpečí, které umožní pacientovi překonat své obavy a přijmout potřebnou péči.

V této práci je kladen důraz na roli sestry edukátorky při práci s pacienty s dentofobií. Sestra edukátorka má klíčovou úlohu v poskytování informací a podpory pacientům, kteří se potýkají se strachem ze zubařů. Její úkolem je nejenom informovat pacienty o procesu léčby a možných postupech, ale také jim poskytnout prostředky a techniky, které jim pomohou zvládnout jejich úzkost a strach.

Celkovým záměrem této práce je přispět k lepšímu porozumění problematice dentofobie a poskytnutí edukačního materiálu zubním sestřám, který jim umožní účinněji podporovat pacienty trpícími touto fobií. Důkladná edukace, adekvátní komunikace a empatie jsou klíčové faktory, které mohou pomoci překonat bariéry spojené se strachem ze zubních lékařů a zajistit optimální péči pro každého pacienta.

1 Dentofobie

Dentofobie, známá také jako oralofobie nebo dentální fobie, je typ speciální fobie charakterizovaný iracionálním a intenzivním strachem spojeným s dentálními procedurami a návštěvou zubaře. Zejména pokud se nacházejí v bezprostřední blízkosti potenciálního fobického podnětu, ale také i při pouhé představě prostředí zubní ordinace. Tento strach má často iracionální povahu, a pacient trpící touto fobií jsou schopni si jej přiznat (Praško, 2008).

Dentofobie je ojedinělým případem fobie, při níž pacienti nemusí projevovat příznaky strachu, pokud se nenachází v konkrétní fobické situaci nebo ji neočekávají. To však neznamená, že tento strach není skutečný nebo nezasahuje do života postiženého jedince. Člověk trpící dentofobií může bez obtíží fungovat v běžném životě, dokud nečelí spouštěči¹. Přestože spouštěcí situace mohou působit nenápadně, jsou schopny vyvolat výraznou panickou reakci u jedince s dentofobií. Něco tak běžného jako je návštěva zubaře, či zvuky spojené s dentálním ošetřením, mohou být pro někoho, kdo trpí touto fobií, vysoce stresující a vyvolávat nepřiměřený strach. Okolí může tyto projevy vnímat jako nepochopitelné, neboť pro většinu populace jsou návštěvy zubaře běžnou součástí dentální péče a ústní hygieny (De Stefano, 2019).

Aby byl strach považován za fobii, musí výrazně ovlivňovat každodenní život jedince nebo mu způsobovat výrazný stres. Praško uvádí, že úzkost je „*nepříjemný emoční stav, jehož příčinu není možné přesněji definovat. Je to pocit, jako by se něco mělo stát, ale postižený si neuvědomuje, co by to vlastně mělo být. Je ve stavu připravenosti na nebezpečí.*“ (Praško, 2008, s. 13). Pro pacienty s dentofobií návštěva u zubaře vyvolává pocit, že se něco nepříjemného má stát, ačkoliv nemohou přesně určit, o co se jedná. Jsou v pohotovosti a připraveni na potenciální nebezpečí, které považují za součást zubního lékařství (Aardal, et al., 2022).

¹**Spouštěč** - něco, co může pocházet z vnějšího prostředí, jako je konkrétní situace, nebo z vnitřních zdrojů, jako jsou vzpomínky, myšlenky, představy nebo tělesné reakce, co spustí úzkostný stav (Švarcová, 2011).

Je důležité zdůraznit, že dentofobie není pouhý strach, který by mohl mít kdokoliv před návštěvou zubaře. Její intenzita a narušení běžného života ji řadí mezi fobie, které vyžadují pozornost a možnou terapeutickou intervenci. Z hlediska původu může mít dentofobie různé kořeny, včetně traumatických zážitků z minulosti, špatných zkušeností u zubaře nebo sociálního vlivu, kdy se strach přenáší z jedince na jedince (Aardal, et al., 2022).

Dentofobii lze chápat jako vážný psychologický problém, který může mít výrazný dopad na kvalitu života postižených. Přestože se jedná o iracionální strach, je důležité brát ho seriózně a hledat možnosti, jak mu čelit a překonat ho prostřednictvím vhodných terapeutických přístupů a podpory (Aardal, et al., 2022).

1.1 Projevy

U každého pacienta se dentofobie může projevovat individuálně, tedy rozdílnou intenzitou v psychické i somatické oblasti. Strach je obvykle omezen na konkrétní situace nebo objekty, a postižený nezažívá příznaky úzkosti, dokud se s nimi nesetká. „*Úzkost může být mírným pocitem nepohody, až výrazným strachem či děsem*“ (Praško, 2008, s. 29). Již při pomyslení na zubní ordinaci nebo zubní ošetření, může postižený pociťovat příznaky, jako je bušení srdce, nevolnost, svalové napětí, bolest hlavy, třes končetin nebo pocity na omdlení. Tyto pocity se nezmírňují, ani když si osoba uvědomuje, že ostatní nepokládají danou situaci za nebezpečnou či děsivou (Vymětal, 2011).

Strach ve spojitosti s pociťovanými symptomy vede k úplné snaze se objektům nebo situacím vyhnout. Pacient trpící dentofobií často nechodí na pravidelné stomatologické preventivní prohlídky (Halvari, et al. 2020). Projevující se bolestivé symptomy jsou pro něho snesitelnějšími než pocit úzkosti při vystavení se fobické situaci. Většinou dotyčný přijde až s akutními problémy a bolestí do stomatologické ambulance (Steinvik, et al., 2023).

Proces překonání fobie zahrnuje „odnaučení se“ starých, destruktivních reakcí a nabytí nových, adaptivních a funkčních strategií. Čelit obávaným situacím umožňuje postupné odstranění anticipační úzkosti² a snižuje nutnost vyhýbat se obávaným situacím. Během tohoto procesu jednatel postupně nachází sílu a schopnost zůstat v obávaných situacích bez toho, aby byl ovládán strachem. Překonání fobie není pouze procesem odstranění nežádoucích emocí, ale také příležitostí k hlubšímu pochopení vlastních myšlenek a emocí. Umožňuje jednotlivci aktivněji a svobodněji participovat a kontrolovat, ve svém životě bez neustálého omezení, které fobie přináší (Vymětal, 2011).

²**Anticipační úzkost** – typ úzkosti, která vzniká v reakci na představu nebo očekávání budoucích nebezpečných nebo nepříjemných událostí (Garcia, 2017).

2 Specifické fobie

Specifické neboli izolované fobie jsou chorobné strachy. Podle odborníků se jedná o druh úzkostné poruchy. Jedná se o strach z konkrétních věcí, situací nebo jevů, které mohou vyvolat paniku. Tento strach je natolik silný, že ačkoli si dotyčný uvědomuje iracionálnost této specifické fobie, úzkostná porucha mu znemožňuje dělat některé běžné aktivity, nebo nutí se vyhýbat určitým místům (Praško, 2008).

Fobie představuje složitý psychologický stav spojený s negativním myšlením, cítěním a reakcemi, které vytvářejí a upevňují úzkost a následné vyhýbání se situacím, které jsou obávané. Hlavními důvody, proč tato fobie přetrvává, jsou vnitřní myšlenkové a emocionální procesy, které společně způsobují nepříjemné pocity a tendenci vyhýbat se situacím nebo se před nimi chránit. V situacích, kde je fobie silně přítomná, strategie vyhýbání se obávaným situacím nevede k řešení problému. To, co může na první pohled působit jako ochranný mechanismus, se v dlouhodobém horizontu, stává překážkou pro zvládnutí fobie. Aktivní čelení obávaným situacím je klíčovým krokem k překonání fobie (Vymětal, 2011).

2.1 Etiologie specifických fobií

Existují dva druhy procesu, které bývají nejčastěji zodpovědné za vznik fobií, kdy se obáváte smrti či zranění. Jedná se o:

1) Trauma

Trauma je spojené podstoupením asociované bolestivé procedury v dětském věku nebo úrazem ve velmi citlivé oblasti úst a obličeje. Dentofobie může vznikat a být udržována právě na základě vlastních negativních zkušeností se zubním ošetřením, tak lze spatřit příčinu v minulé traumatické zkušenosti (Praško, 2008). Důvodem je fakt že, ústní dutina je značně inervována a cévně zásobena, což ji činí senzitivní. V souvislosti s tím je nutné uvést i nepříjemné a neadekvátní chování sestry či stomatologa. Práce s dětmi je obecně náročnější a vyžaduje citlivý, chápavý ale přesto profesionální přístup. Dle Bourneho „*specifické fobie obvykle nejsou závažnými poruchami, obzvláště pokud se objeví jakožto běžné dětské strachy*” (Bourne, 2017, s. 31).

2) Podmiňování

Se vznikem podmiňovacího procesu je spojeno vyhýbání se obávané situaci. Pro přiblížení, asociace vznikne tak, že když pocítí dotyčný v určitý den panický záchvat nebo intenzivní úzkost, zapamatujte si takový prožitek a bude ho spojovat s danou situací i nadále. V dané situaci tedy začne být pocíťována silná úzkost při podmiňování, na základě asociace. Úzkost se začne například spojovat s čekáním v zubní ordinaci. Strach z konkrétní situace nebo objektu může být vyvolán v důsledku podmiňování na základě asociace, ale fobie sama o sobě není vyvolána. Teprve, když se pacient začne vyhýbat dané situaci nebo objektu, "naučí se" trpět fobií. Princip behaviorální psychologie spočívá v tom, že máme tendenci opakovat jakékoli chování, které bylo v minulosti odměněno. Úzkost je možné zmírnit vyhýbáním se obávané situaci. Pokaždé, když se zkoumaný pacient vyhne obávané situaci, je odměněn úlevou od úzkosti, což posiluje toto vyhýbavé chování (Bourne, 2017).

2.2 Léčba

Léčba fobie je složitým procesem, kdy je potřeba docílit zvládnutí úzkosti v situacích, které jsou pro dotyčného fobická. Pro každého pacienta je léčba individuální (Bourne, 2017). Významná je multidisciplinární spolupráce zdravotnického personálu, ale i zapojení členů rodiny a osob blízkých (Konowicz, 2019). U pacientů musíme dbát nejen na potřeby a také dispozice. Zvolená forma komunikace bude jiná pro dětského pacienta než pro pacienta geriatrického. Ovšem prvním krokem u všech bude jejich oslovení, vzbuzení motivace situaci změnit a vybudování si důvěry. Oslovení a vzbuzení motivace lze zajistit vhodným přístupem a komunikací s pacientem. Důvěra je zakládána na společné práci pacienta a zdravotníka, kdy je společně konzultován a vytvářen budoucí plán s jeho dílčími a konečnými cíli (Krásnohorská, 2016). V léčbě je důležité postupovat pomalu a v souladu s možnostmi pacienta. Neexistuje jiná možnost než čelit svému strachu. Léčebný proces vystihuje věta: *“překonání fobie znamená, že se odnaučíte určité reakce a osvojíte si nové reakce”* (Bourne, 2017, s. 72).

Konkrétně lze velkých pokroků v léčbě specifických fobií dosáhnout pomocí kognitivně behaviorální terapie, a to zejména expoziční terapie (Praško, 2007).

2.2.1 Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie (dále jen KBT) je individualizovaným přístupem, který bere v úvahu specifické potřeby pacienta. Terapeut a pacient společně pracují na stanovení cílů a vypracování plánu terapie, který je přizpůsobený jednotlivému případu dentofobie. KBT se ukazuje jako účinný a prospěšný přístup při léčbě dentofobie. Poskytuje strukturovaný a systematický rámec, který umožňuje pacientům postupně překonat své obavy a znovu navázat důvěru v zubní péči (Öst, Skaret, 2013).

Jednou z léčebných strategií KBT je kognitivní restrukturalizace. Terapeut a pacient spolupracují na identifikaci negativních myšlenkových vzorců spojených s návštěvou zubaře. Kognitivní restrukturalizace umožňuje pacientovi nahradit tyto iracionální myšlenky realističtějšími a funkčními perspektivami. Tímto způsobem se mění postoj pacienta k zubní péči a snižuje se jeho úzkost. Další metodou je expozice a systematická desenzibilizace. Postupná expozice pacienta obávaným situacím spojeným se zubním ošetřením umožňuje, aby si pacient zvykal na tyto podněty a snižoval tak svou úzkost postupně. Tato postupná expozice je pečlivě plánovaná a řízená, aby byla pro pacienta snesitelná a efektivní. Kromě kognitivní restrukturalizace a expozice KBT zahrnuje i praktické dovednosti pro zvládnutí úzkosti. Pacienti se učí relaxačním technikám, dechovým cvičením a strategiím sebekontroly, které mohou použít během návštěv zubaře ke snížení napětí a úzkosti (Öst, Skaret, 2013). Behaviorální intervence v rámci KBT mohou také zahrnovat pozitivní posilování za odvalu. Odměňování pacienta za postupné a pozitivní kroky ke zvládnutí dentofobie může posílit jeho motivaci a překonávání nepříjemných situací. (Appukuttan, et al., 2016).

Celkově lze říci, že KBT poskytuje pacientům nástroje a strategie k překonání dentofobie a obnovy důvěry v zubní péči. Tento komplexní přístup nejenomže zmírňuje aktuální úzkost pacienta, ale také mu poskytuje dovednosti, které může využít i do budoucna k udržení svého psychického zdraví ve vztahu k dentálním zákrokům (Öst, Skaret, 2013).

Zde budou popsány jednotlivé terapeutické techniky.

2.2.1.1 Relaxace

Relaxace hraje důležitou roli při zmírňování projevů úzkosti a může nabídnout účinné strategie pro uklidnění mysli a těla. Mezi jedny z efektivních metod patří pravidelné cvičení břišního dýchání a celkové svalové relaxace, které mohou být podpořeny dlouhodobě realizovanou meditací (Öst, Skaret, 2013).

Pravidelný nácvik břišního dýchání je osvědčený způsob, jak ovlivnit některé fyzické projevy úzkosti. Hluboký nádech do břicha nejenom, že napomáhá snižovat tepovou frekvenci, což je často jeden ze symptomů úzkosti, ale také umožňuje pacientovi věnovat pozornost hlubokému nádechu a výdechu. Tato praxe poskytuje prostor pro racionální uspořádání myšlenek, což může být klíčové při zvládnání úzkostných stavů. Zvláště u anticipační úzkosti, kdy pacient prožívá náběh úzkostných pocitů, může být cvičení břišního dýchání účinným nástrojem pro okamžité zklidnění (Appukuttan, et al., 2016).

Celková svalová relaxace představuje další účinnou metodu pro snížení úzkosti. Uvolnění napětí ve svalech může přispět k celkovému uvolnění těla a mysli. Nácvik relaxace začíná postupným napínáním a uvolňováním jednotlivých svalových skupin, což vytváří plynulý přechod k celkové relaxaci. Tato technika je vhodná nejen pro okamžité zmírnění úzkosti, ale může být i součástí dlouhodobějšího tréninku na udržení celkové duševní a tělesné pohody (Appukuttan, et al., 2016).

Meditace, jakožto dlouhodobá strategie, má potenciál poskytnout komplexní přínosy pro snižování úzkosti. Pravidelná meditace může napomoci jednotlivci vyvinout větší schopnost uvědomění a ovládnání svých myšlenek a emocí. To vede k posílení mentální odolnosti a schopnosti zvládat stresové situace s klidem. Meditace může být účinná zejména při budování odolnosti vůči anticipační úzkosti a posilování psychické odolnosti v běžném životě (Vymětal, 2011).

2.2.1.2 Expoziční terapie

Dle Bourneho, Praška i Vymětala je nejúčinnější terapií k léčbě fobií právě expoziční terapie, kdy je zapotřebí, aby se dotyčný postupně po malých krůčcích ocital ve fobické situaci, aby jí čelil přímo. Po určitou dobu bude pocíťovaná úzkost narůstat.

Cílem je systematicky snižovat strach a negativní reakce pacienta prostřednictvím opakovaného setkávání s fobickým stimulem, a to až do dosažení úrovně, kdy je úzkost minimalizována. Expoziční terapie je založena na principu habituace, kde opakované setkávání s fobickým podnětem vede k postupnému oslabování strachu a vytváření nových asociací. Tento typ terapie vyžaduje vysoké odhodlání k podstoupení rizika z činnosti, které se pacient po dlouhou dobu vyhýbal a vytrvání dostatečně dlouhou dobu v provádění terapie (Bourne, 2015), (Praško, 2008), (Vymětal, 2011).

Klíčová je přítomnost terapeuta, který působí pro pacienta jako jistota. Také spolupráce ošetřujícího lékaře a rodiny s blízkými osobami se nesmí opomenout. Po každé expozici by měla následovat pochvala a menší odměna, aby byl posílen proces učení. Terapie může probíhat v různých úrovních a stupních. Celá expozice je kontrolovaná terapeutem, je systematická a opakovaná. Terapeutické působení expozice je dáno postupným snižováním strachu. Podstatou je přímý kontakt pacienta s obávaným předmětem či situací (Vymětal, 2011).

2.2.1.3 Expozice v imaginaci

Imaginační expozice je forma terapeutické metody, kde pacient nebo klient je veden k představování si nebo vizualizaci specifických situací, objektů nebo událostí, které vyvolávají úzkost nebo strach (Appukuttan, et al., 2016).

Při imaginační expozici terapeut nebo odborník vedou pacienta k mentálnímu vystavování se fobickým podnětům. Proces může zahrnovat postupné zvyšování náročnosti představovaných situací nebo prodlužování doby, po kterou je pacient schopen imaginárně zůstat v daném kontextu. Cílem je systematicky snižovat úzkost a strach spojený s daným stimulem prostřednictvím opakované a kontrolované mentální expozice. Tato metoda umožňuje pacientovi bezpečným způsobem zkoumat a postupně se vyrovnávat s emocionálně náročnými situacemi v kontrolovaném prostředí (Vymětal, 2011).

2.2.1.4 Interoceptivní expozice

Interoceptivní expozice představuje další efektivní metodu v léčbě úzkostných poruch, kde pacient aktivně čelí nepříjemným symptomům spojeným s prožívanou úzkostí. Tato forma expozice se zaměřuje na specifické tělesné symptomy spojené s úzkostí. Vystavování se těmto fyzickým projevům umožňuje pacientovi postavit se jim čelem a překonat strach spojený s těmito nepříjemnými tělesnými symptomy (Appukuttan, et al., 2016).

Při interoceptivní expozici se postupuje systematicky, přičemž cílem je umožnit jednotlivci bezpečný a kontrolovaný způsob, jak se postupně vyrovnat s tělesnými projevy úzkosti. Pacient společně s terapeutem nejdříve identifikují specifické tělesné příznaky spojené s jeho úzkostí. To může zahrnovat zvýšený tep, rychlý dech, pocení, neklid apod. Následuje vytvoření seznamu, který je uspořádán do hierarchie podle intenzity. Obsahuje postupně se stupňující situace nebo cvičení, které vyvolávají tyto tělesné reakce. Například od lehčích cvičení, jako je rychlá chůze, po náročnější aktivity nebo situace spojené s fobií. Pokračuje se postupným a opakovaným prováděním jednotlivých cvičení nebo situací z hierarchie. Během této expozice se pacient učí pozorovat a tolerovat tělesné projevy úzkosti bez úniku nebo negativních reakcí. Zakončení je diskusí s terapeutem o zkušenostech a emocích spojených s každým krokem. Identifikace a restrukturalizace negativních myšlenek spojených s tělesnými projevy úzkosti. Je podstatné, aby interoceptivní expozice byla řízena a monitorována odborníkem v oblasti psychoterapie (Bourne, 2015).

2.2.1.5 Přímá expozice

Metoda přímé expozice, známá jako „in vivo“, představuje účinný způsob léčby úzkostných poruch spojených s návštěvou stomatologa. První setkání se stomatologem a vstup do zubní ordinace mohou vyvolat nejvyšší míru úzkosti, která se zdá nesnesitelná. Zásadním okamžikem je zachovat tuto pocíťovanou úzkost a postavit se jí čelem, protože právě v tomto okamžiku může probíhat terapeutická expozice (Vymětal, 2011).

Setrváváním v této konkrétní situaci začne intenzita pociťované úzkosti postupně klesat. Postupně se pacient naučí přizpůsobovat svou reakci na tento stresový podnět. S každým opakováním expozice, optimálně jedenkrát denně, se úroveň úzkosti stává snesitelnější a její trvání se výrazně zkracuje. Dochází k adaptaci organismu na danou situaci, a tím i ke snižování negativních emocionálních reakcí spojených se stomatologickým prostředím (Praško, 2008).

V průběhu času dochází k formování nových asociací a kognitivní restrukturalizaci, kdy pacient postupně začíná vnímat stomatologickou návštěvu méně hroživě. Postupující expozice v reálném prostředí zvyšuje pacientovu schopnost zvládat a překonávat pocity úzkosti v průběhu stomatologických procedur. S každým úspěšným setkáním se stomatologem se tak utváří pozitivní zkušenost, což může být klíčové pro budoucí snižování úzkosti a zvyšování pohodlí během návštěv ordinace (Thng, et al., 2020).

2.2.1.6 Expoziční terapie virtuální realitou

Jedná se expoziční terapii za pomoci virtuální reality (dále jen ETVR). S pokrokem doby se modernizují i terapeutické prostředky. Případů, které se léčí za pomoci vhodné technologie, není velké množství. Léčí se tak úzkostné projevy u pacientů s těžším průběhem. ETVR používá speciálně naprogramované zařízení s velkými obrazovkami a sluchátky, které simulují fobické situace (Vymětal, 2011). V našem případě nás mohou provést celou místností čekárny či zubní ordinací. Stejně jako v reálném životě se pacienti setkávají s fobickými podněty postupně a hierarchicky. Zařízení využívají i zrakové, sluchové a hmatové podněty, aby patřičně vyškolení terapeuti prohloubili reálnost situace. Mohou se tak přizpůsobovat intenzitě každé situace a objevovat spouštěče úzkosti. Pacienti mají také možnost do simulace zasahovat a usměrňovat ji. Je možné velmi podrobně sledovat pacientovy kroky v jednotlivých situacích a porovnávat je i s předchozími sezeními (Bourne, 2017).

2.2.1.7 Kognitivní restrukturalizace

Kognitivní restrukturalizace je nezbytným prvkem kognitivně behaviorální terapie a představuje proces identifikace, vyhodnocení a změny iracionálních nebo zkreslených myšlenek, které mohou vést k negativním emocionálním reakcím a destruktivnímu chování. Cílem je nahradit negativní myšlenky pozitivnějšími a realističtějšími přesvědčeními, což v konečném důsledku vede ke změně emocionálních a behaviorálních reakcí pacienta (Krause, et al., 2022).

Prvním krokem je identifikace negativních myšlenek a přesvědčení, které mohou přispívat k úzkosti, depresi nebo jiným psychickým obtížím. Terapeut pracuje s pacientem na rozpoznání automatických myšlenek a reakcí na různé situace. Terapeut a pacient spolupracují na hodnocení racionality a přiměřenosti myšlenek. Pacient se aktivně snaží kriticky zkoumat své myšlenky a zjišťovat, zda jsou opodstatněné nebo zda jsou založeny na emocionálních zkresleních. Poté, co jsou identifikována zkreslení, následuje fáze změny myšlení. Pacient se učí nahrazovat negativní myšlenky pozitivnějšími a realističtějšími alternativami (Shurick, 2012). Terapeut může používat různé techniky, jako je postavení důkazů pro a proti, přehodnocování důvodů a přímá výměna negativních myšlenek za pozitivnější (Zsido, et al., 2023).

Pacienti rozvíjejí nové myšlenkové vzorce a pracují na jejich konsolidaci. To zahrnuje opakovanou praxi nových způsobů myšlení ve skutečném životě. Kognitivní restrukturalizace je flexibilní a přizpůsobitelný proces, který může být aplikován na širokou škálu problémů, včetně úzkostných poruch, depresí, fobií a dalších psychických obtíží. Je významnou součástí KBT a umožňuje pacientům aktivně se podílet na změně svého myšlení a zlepšování svého psychického zdraví (Praško, 2007).

2.2.1.8 Behaviorální intervence

Behaviorální intervence je klíčovým prvkem kognitivně behaviorální terapie a zahrnuje systematický přístup k modifikaci nežádoucího chování, které může přispívat k psychickým obtížím. Cílem behaviorálních intervencí je změna specifických vzorců chování, které mohou způsobovat nebo udržovat psychologické problémy.

Do intervencí řadíme analýzu chování, kdy terapeut spolu s pacientem pečlivě analyzuje konkrétní chování, které má pacient změnit. To zahrnuje identifikaci specifických situací, ve kterých se nežádoucí chování vyskytuje (Vymětal, 2011).

Další z intervencí je stanovení konkrétních a měřitelných cílů pro změnu chování. Cíle by měly být jasně definované a dosažitelné, aby bylo možné sledovat pokrok. Pozitivní posilování se zaměřuje na posilování žádoucího chování prostřednictvím odměn nebo pozitivních zpětných vazeb. Pacient je odměňován za projevy požadovaného chování, což posiluje opakování žádoucího chování. Naopak potrestání se zaměřuje na zmenšení nebo eliminaci nežádoucího chování prostřednictvím nepříjemných konsekvencí. Je důležité, aby potrestání bylo spravedlivé a proporcionální k chování (Martins, 2022).

Modelování zahrnuje ukazování a učení se novým chováním prostřednictvím pozorování, napodobování a následném odměňování. Pacienti jsou často povzbuzováni, aby vedli záznamy svého chování, pocity a myšlenky. To umožňuje sledovat pokrok, identifikovat vzory a identifikovat situace, které mohou být spojeny s nežádoucím chováním (Vymětal, 2011).

Výše uvedené techniky společně tvoří komplexní přístup k modifikaci chování a jsou často kombinovány s kognitivní restrukturalizací v rámci kognitivně behaviorální terapie. Terapeut spolupracuje s pacientem na identifikaci, pochopení a změně vzorců chování, což vede k pozitivním změnám v psychickém zdraví pacienta. (Beck, 2005)

2.2.2 Analgezie

Analgezie neboli užívání léků k tlumení bolesti, není přímo zaměřené na léčbu dentofobie jako takové. Většinou je to součástí celkové strategie ke zvládnutí nepříjemných nebo bolestivých aspektů zubních procedur. Analgezie může pomoci snížit vnímání bolesti a nepohodlí spojeného s návštěvou zubaře. V zubních ordinacích se často používají různé metody analgezie k minimalizaci bolesti a nepohodlí během zubních procedur (Appukuttan, et al., 2016). Výběr vhodné formy analgezie závisí na typu zákroku, individuálních potřebách pacienta a jeho zdravotním stavu. Zubní lékaři mají zkušenosti s posuzováním, kterého typ analgezie bude pro každého pacienta

nejlepší. Je vždy důležité komunikovat s ošetřujícím personálem ohledně obav z bolesti a spolupracovat při výběru nejvhodnější metody analgezie (Monk, et al., 2017).

Možných forem analgezie v zubní praxi je mnoho. Nejčastěji používanou jsou lokální anestetika, která jsou obvykle podávána injekcí. Nejdříve se aplikuje topické anestetikum ve formě gelu či masti na povrch sliznice, aby zmírnil nepříjemnost spojenou s injekcí. Lokální anestetika brání přenosu bolestivých signálů nervům v dané oblasti, což umožňuje provedení zubních procedur bezbolestně (Timmerman, et al., 2017).

Další možností je analgezie za užití plynu. Pacient nosí masku na nose, která uvolňuje N₂O₃ (také jako “smíšený plyn” či “Nitroušoxid”) k inhalaci. Pacient inhaluje plyn před a během zubního zákroku. Po ukončení inhalace se pacient rychle vrátí k normálnímu stavu (Sivaramakrishnan, et al., 2017).

Předcházet bolesti může pacient i perorálními analgetiky, která jsou obvykle předepisována. Přičemž je pacient instruován, aby je užíval před plánovaným zákrokem nebo po něm podle doporučení zubaře (Monk, et al., 2017).

Neméně důležitá jsou sedativa, která mohou být předepsána a podána orálně nebo intravenózně pod dohledem lékaře. Intravenózní podání je často rezervováno pro zákroky, které vyžadují hlubší sedaci³ (Mazánek, 2018).

³**Sedace** – stav uměle vyvolané relaxace, snížené úzkosti nebo ospalosti, obvykle dosažený pod dohledem lékaře nebo zdravotnického odborníka, často za účelem ulehčení léčebných procedur nebo chirurgických zákroků (Barash, et al., 2015).

3 Sestra edukátorka

Sestra edukátorka hraje klíčovou roli ve spojování péče o pacienty s vzděláváním a informováním. Tato odbornice spojuje léčebný proces s edukačními metodami, aby pacientům poskytla nejen kvalitní péči, ale také znalosti potřebné pro správnou péči o své zdraví. Inspirována moderními pedagogickými přístupy, sestra edukátorka utváří prostředí, které podporuje učení a aktivní zapojení pacientů do svého léčebného procesu. Jedním ze zásadních prvků práce sestry edukátorky je formulování individualizovaných vzdělávacích plánů. Tyto plány se zaměřují na potřeby každého pacienta a zohledňují specifika jejich onemocnění, léčby a životního stylu. Sestra edukátorka pracuje na posilování pacientů, aby si osvojili dovednosti potřebné pro správnou péči a prevenci komplikací (Juřeníková, 2010).

Sestra edukátorka působí nejen v nemocničním prostředí, ale také v komunitě. Její role může zahrnovat prevenci nemocí, vzdělávání o zdravém životním stylu, a podporu pro lidi žijící s chronickými onemocněními. Ve spolupráci s pacienty vytváří plány péče, které jsou přizpůsobeny jejich individuálním potřebám a schopnostem. Svým způsobem pracuje i s rodinami pacientů, poskytuje informace a podporu, aby i oni mohli aktivně přispět k péči o své blízké. Sestra edukátorka tak navozuje komplexní vzdělávací prostředí, které zahrnuje nejen pacienty, ale celou rodinu (Plevová, 2018).

Moderní sestra edukátorka využívá různé pedagogické metody a technologie k efektivnímu přenosu informací. Může využívat interaktivní prezentace, online zdroje, a další moderní nástroje, aby zvýšila zapojení pacientů a zlepšila jejich schopnost chápat a aplikovat informace o svém zdraví (Juřeníková, 2010).

Celkově vzato, sestra edukátorka je důležitým spojencem v procesu léčby a prevence nemocí. Její práce není omezena pouze na poskytování péče, jde dál a buduje prostředí pro trvalé vzdělávání pacientů a jejich rodin, což v konečném důsledku přispívá ke zlepšení celkového zdraví a kvality života (Kutnohorská, 2016).

3.1 Prostředky edukace

Péče o pacienty s dentofobií vyžaduje ze strany sestry edukátorky specifický a citlivý přístup. Cílem sestry edukátorky je nejenom pomoci pacientům překonat jejich strach, ale také integrovat prvky prevence, které mají za účel minimalizovat vznik budoucích obav a poskytovat pacientům pozitivní zkušenosti ze zubařské péče (Kutnohorská, 2016).

Klíčovým krokem v péči o pacienty s dentofobií je individuální rozhovor. Cílem této fáze je nejenom pochopení konkrétních obav pacienta, ale také identifikace možných rizikových faktorů, které by mohly vést k vzniku dentofobie. Sestra edukátorka se zaměřuje na prevenci prostřednictvím aktivní komunikace, kde vytváří důvěrný prostor pro sdílení pacientových obav, čímž předchází potenciálním traumatizujícím zkušenostem (Svěráková, 2012).

Předcházení vzniku dentofobie lze zajistit poskytováním přesných informací o zubních postupech a ústní hygieně. Sestra edukátorka funguje jako průvodce pacienta, vysvětlující každý krok dentálního ošetření. Tímto způsobem i snižuje nejistotu u pacienta již fobií trpícím a přispívá k prevenci vzniku dalších obav spojených se zubařskou péčí (Soldani, et al. 2018). Prevence dentofobie je pečlivě integrována do postupného zavedení dentální péče. Sestra edukátorka spolupracuje s pacientem na plánu, který respektuje jeho tempo a pohodu. Začíná jednoduchými procedurami a postupně přechází k složitějším, umožňujíc pacientovi zvyknout si na zubní zákroky bez nadměrného stresu. Cílem je budovat pozitivní zkušenosti, které přispívají k prevenci budoucích obav (Mazánek, 2018).

Prostředky edukace zahrnují i výuku relaxačních technik. Sestra učí pacienty, jak lze efektivně používat techniky jako hluboké dýchání a progresivní svalová relaxace. Tyto dovednosti nejenom pomáhají pacientovi uvolnit napětí během návštěvy zubaře, ale také slouží jako preventivní nástroj pro budoucí zacházení se stresem (Kelnarová, 2014).

Moderní technologie, včetně virtuální reality a her, jsou v péči o pacienty s dentofobií přínosnými. Sestra využívá tyto prostředky nejenom k odvádění pozornosti pacienta od skutečného zákroku, ale také k budování pozitivních emocí a vzpomínek. Prevence spočívá v poskytování alternativních, odvádějících zážitků během návštěvy u zubaře (Soldani, et al. 2018).

Spolupráce se stomatologem je rovněž důležitým prvkem v péči sestry edukátorky o pacienty s dentofobií. Prevence zahrnuje aktivní komunikaci se zubařem ohledně specifických potřeb pacienta, což umožňuje přizpůsobení péče a minimalizaci možných negativních zkušeností (Slezáková, 2016).

Celkově lze říci, že cílem sestry edukátorky při péči o pacienta s dentofobií je dosahování pozitivních zkušeností a zároveň prevence budoucích obav. Tento integrovaný přístup vede k utváření bezpečného a důvěrného prostředí, kde pacienti mohou překonat svůj strach a budovat zdravý vztah k dentální péči (Kutnohorská, 2016).

3.2 Sestra ve stomatologické ordinaci a ambulanci

Sestra zaujímá zásadní roli nejenom v zubní ordinaci, ale i v ambulanci, kde se stává nezastupitelným spojovacím článkem mezi pacienty, lékaři a celkovým chodem zdravotnického zařízení. Její význam v těchto prostředích je nepopiratelný a přináší celou řadu značných přínosů. Péče o pacienty s dentofobií vyžaduje specifické kompetence a dovednosti sestry, která hraje klíčovou roli v koordinaci a organizaci rutinních operací v zubní ordinaci i ambulanci. Její schopnost efektivně plánovat schůzky pacientů, sledovat lékařské záznamy a spravovat zásoby materiálů přispívá k plynulému chodu zdravotnického zařízení (Zacharová, 2016).

Komunikace s pacienty patří mezi nezbytné dovednosti všeobecné sestry. V zubní ordinaci i ambulanci. Její schopnost empatie a jasná komunikace přispívají k budování důvěry mezi pacienty. Tím se také posiluje důvěra v zdravotnický tým. Sestra musí být schopná vcítit se do emocí pacienta s dentofobií a projevit mu empatii. Empatická komunikace je klíčovým prvkem v budování důvěry a pohodlí, protože pacienti s tímto strachem mohou pociťovat intenzivní úzkost. Rozpoznání těchto příznaků a vyvinutí

strategie pro její zvládnání je přínosné v péči o tyto jednotlivce. Budování důvěry a dlouhodobých vztahů s pacienty s dentofobií přispívá k celkovému komfortu pacienta a jeho ochotě podstoupit další procedury. Sestra by také měla umět klást otázky, naslouchat a reagovat citlivě na projevy obav pacienta (Juřeníková, 2010).

Dovednosti v oblasti edukace jsou nezbytné pro sestru, aby mohla pacienty informovat o postupech a odstranit bariéry spojené s dentální péčí. Důkladné vysvětlení každého kroku a zákroku pomáhá demystifikovat zubařské procedury a posiluje pacientovu důvěru v ošetřovatelský proces⁴ (Nováková, 2011).

⁴**Ošetřovatelský proces** – představuje systematický a promyšlený přístup k poskytování a řízení ošetřovatelské péče. Tento proces zahrnuje plánované kroky a postupy, které odborníci v oblasti ošetřovatelství používají k zajištění kontinuity péče. Každý člen ošetřovatelského týmu má v tomto procesu konkrétní odpovědnost. Tato metoda má také pozitivní dopad na pacienta, protože aktivně zapojuje nejen samotného pacienta, ale i jeho blízké do péče (Kudlová, 2016).

4 Edukační proces u pacienta s dentofobií

Edukace pacienta trpícího dentofobií prochází několika fázemi, zohledňujícími postupné zvykání si a snižování úzkosti spojené se stomatologií. Edukační proces v péči o pacienta trpícího dentofobií je nezbytný ve formování pozitivních zkušeností a snižování dentálního strachu. Tento proces, který jde ruku v ruce ve spojitosti s ošetřovatelským procesem, může být systematicky strukturován pomocí několika klíčových fází: počáteční diagnostika, projektování, realizace, upevňování a prohlubování a zpětná vazba. Porovnání edukačního a ošetřovatelského procesu viz Obrázek 1 (Juřeníková, 2010).

Celkovým cílem edukačního procesu v péči o pacienta trpícího dentofobií je vytvořit bezpečné a podporující prostředí, které umožní pacientovi postupně překonávat svůj strach a aktivně se účastnit své dentální péče (Juřeníková, 2010).

4.1 Počáteční diagnostika

První fází je pečlivé posouzení pacientovy dentální anamnézy včetně strachu z dentální péče. Dentofobie může mít různé kořeny, od negativních zážitků v minulosti, po obecný strach z neznámého prostředí, či nejistoty ohledně zákroků. Zajímá nás také, jak pacient vnímá dentální personál a prostředí. K posouzení lze využít strukturovaného dotazníku, otevřenému rozhovoru či pozorování verbálních i neverbálních projevů strachu. Posouzení by mělo zahrnovat i pacientovu úroveň informovanosti o dentálních procedurách a jeho připravenost na spolupráci (Vörösová, et al., 2015).

4.2 Projektování

V této problematice definujeme konkrétní kroky a metody, které budou přizpůsobeny potřebám pacienta. Plán by měl obsahovat postupné kroky, které berou v úvahu konkrétní obavy pacienta. To může zahrnovat informační materiály, audiovizuální prostředky, diskuse a individuální konzultace. Může obsahovat kombinaci informačních materiálů, edukačních sezení, může také zahrnovat alternativní možnosti, jako je použití sedace nebo jiných relaxačních technik. Plán by měl být flexibilní a přizpůsobitelný podle pokroku pacienta, jeho potřeb a možností. Tato etapa je významným krokem

směrem k budování důvěry a snižování strachu spojeného s dentální péčí. Fáze projektování vytváří základ pro úspěšný průběh celého edukačního procesu. Stanovení cílů, výběr vhodných metod a individuální přístup jsou důležitými faktory, které přispívají k efektivnímu snižování dentofobie a posilování pacientových schopností v péči o své ústní zdraví. Plánování není pouze strategickým nástrojem, ale také projevem empatie a ohledu na individuální potřeby každého pacienta (Plevová, 2018).

Prvním krokem je stanovení konkrétních cílů edukace. Ošetřovatelský personál spolupracuje s pacientem na identifikaci oblastí, ve kterých je třeba posílit znalosti a dovednosti. Cíle jsou stanoveny tak, aby byly realistické, měřitelné a přizpůsobené specifickým potřebám pacienta (Plevová, 2018).

Vybírají se vhodné metody a strategie pro dosažení stanovených cílů. Ošetřovatelský personál respektuje individuální vnímání pacienta a volí přístup, který bude nejefektivnější v překonání jeho dentálních obav. Mohou být zvoleny různé pedagogické přístupy, včetně verbálních vysvětlení, vizuálních materiálů, nebo dokonce zapojení moderních technologií (Juřeníková, 2010).

Plán edukace sleduje postupné dosahování stanovených cílů. Obsahuje časový rozvrh, specifické kroky, seznam materiálů nebo prostředků potřebných k realizaci edukačních intervencí. Strukturovaný plán umožňuje systematické a efektivní provádění edukace, což napomáhá dosažení pozitivních výsledků (Svěráková, 2012).

V rámci plánování je významné přizpůsobit edukační strategie individuálním potřebám pacienta. Ošetřovatelský personál bere v úvahu předchozí zkušenosti pacienta s dentální péčí, jeho specifické obavy a osobnostní charakteristiky. Plán musí být flexibilní a schopný reagovat na aktuální potřeby pacienta během celého procesu edukace (Svěráková, 2012).

4.3 Realizace

Při realizaci edukačního plánu je nutné postupovat systematicky a citlivě. První kroky mohou zahrnovat jednoduché seznámení pacienta s dentálním prostředím a vybudování důvěry v léčebný tým. Postupně lze přidávat informace o konkrétních procedurách a postupech. Je důležité poskytovat prostor pro otázky a sdílení obav. Během tohoto procesu může být vhodné využívat vizuálních materiálů, jako jsou videa nebo ilustrace, aby se pacient lépe orientoval. Ve fázi realizace edukačního procesu v péči o pacienta trpícího dentofobií se aktivně plní plánované intervence na konkrétní kroky, směřující k překonání strachu a vytvoření pozitivních dentálních zkušeností. Tato fáze je zásadní pro praktickou implementaci strategií, které byly navrženy v předchozích fázích (Vörösová, et al., 2015).

Používají se nejen verbální, ale i praktické demonstrační metody. Ošetřovatelský personál komunikuje srozumitelně a podává informace strukturovaným způsobem. Kombinuje verbální vysvětlení s praktickými demonstracemi, aby pacientovi poskytl konkrétní příklady a představil mu správné postupy (Juřeníková, 2010).

Realizace zahrnuje postupné zvykání pacienta na dentální procedury. Ošetřovatelský personál se snaží o postupné a opakované setkávání se pacienta se stomatologickým prostředím a procedurami, což pomáhá snižovat úroveň úzkosti a strachu. Pacient je aktivně zapojen do procesu. Ošetřovatelský personál podporuje jeho aktivní účast, kladením otázek, povzbuzováním k vyjádření obav a sdílením svých pocitů. To poskytuje prostor pro otevřenou komunikaci a vzájemné porozumění. Během fáze realizace je nezbytné pozorně sledovat reakce pacienta (Juřeníková, 2010). Ošetřovatelský personál by měl dokázat reagovat na projevy úzkosti či strachu, a přizpůsobit tak přístup a tempo edukace dle aktuálních potřeb pacienta (Appukuttan, et al, 2016).

Hlavním cílem celé fáze je zajistit pozitivní dentální zkušenosti. Ošetřovatelský personál věnuje pozornost kladným momentům a úspěchům pacienta, což pomáhá budovat jeho sebevědomí a důvěru v péči o zuby. Realizace edukačního procesu je důležitá pro přeměnu teoretických znalostí a plánů v praktickou dovednost a pozitivní zkušenosti. Utváří se tak pevný základ pro další fáze, které budou podporovat udržení

této změny v dlouhodobém horizontu a posilování dentálního zdraví pacienta s dentofobií (Zacharová, 2016).

4.4 Fáze upevňování a prohlubování

Péče o pacienta trpícího dentofobií vyžaduje citlivý a strukturovaný přístup k edukaci, který může překlenout mezi jeho obavami a pozitivními zkušenostmi. Fáze upevňování a prohlubování jsou důležité pro udržení pozitivní změny. Ošetřovatelský personál nejenže poskytuje informace a dovednosti, ale aktivně pracuje na posilování pacientovy schopnosti samostatně se starat o své zuby. Tímto způsobem je dosaženo lepšího ústního zdraví a celkové spokojenosti pacienta. Přetrvávající podpora a posilování jsou klíčové pro budování trvalého pozitivního vztahu k dentální péči (Juřeníková, 2010).

Ošetřovatelský personál se zaměřuje na poskytování dalších informací o zubech, ústní hygieně, pravidelných kontrolách u zubaře a prevenci zubních onemocnění. Cílem je poskytnout pacientovi pevný základ znalostí, který mu umožní lépe porozumět a aplikovat nové dovednosti ve svém každodenním životě. Zaměření je na rozvoj praktických dovedností pacienta. Zdravotnický tým nejen demonstruje správné techniky čištění zubů a používání dentálních pomůcek, ale také aktivně spolupracuje s pacientem během cvičení. Poskytuje zpětnou vazbu a neustále podporuje pacienta v jeho úsilí zdokonalit se v péči o své zuby. Identifikují se specifické situace nebo prvky dentální péče, které vyvolávají úzkost. Personál nabízí strategie relaxace, jako je hluboké dýchání nebo postupné zvykání na dentální procedury. Cílem je postupné snižování úrovně strachu či stresu a vyrovnávání se s dentálními obavami (Juřeníková, 2010).

Ošetřovatelský personál podněcuje pacienta k aplikaci nabytých dovedností a znalostí doma. Pacient je povzbuzován k pravidelným ústním hygienickým rituálům a pečlivému sledování svého dentálního zdraví. Tím se formuje prostředí, ve kterém pacient přebírá větší kontrolu nad svou péčí. Posiluje se jeho samostatnost (Plevová, 2018).

4.5 Zpětná vazba

Poslední fází je zakončení edukačního procesu. Zde je podstatné shrnout dosažené výsledky a zhodnotit, zda byly splněny stanovené cíle. Otevřená komunikace s pacientem umožňuje poslední zpětnou vazbu a případné poslední úpravy péči. Pacient by měl být povzbuzen k dalšímu aktivnímu zapojení do své dentální péče a k udržení nově získaných dovedností na péči o své zuby. Hodnotí se zde, do jaké míry byly dosaženy cíle a jak se pacientovi podařilo překonat dentální strach (Juřeníková, 2010). Pokud jsou stále přítomny některé obavy, je nutné znovu posoudit plán péče, a také přizpůsobit ho aktuálním potřebám pacienta. Zhodnocení by mělo být nejen formální, ale i neformální, s důrazem na komunikaci s pacientem o jeho zkušenostech a pocitech v průběhu procesu (Plevová, 2018). Znázornění propojení edukačního a ošetřovatelského procesu viz Obrázek 2.

5 Cíle práce

5.1 Teoretické cíle práce

Cíl 1: Zmapovat prostředky využívané k sesterské edukaci pacientů v oblasti zubní péče.

Cíl 2: Shromáždit poznatky k edukačnímu procesu sester o pacienta s dentofobií.

5.2 Výzkumné cíle práce

Cíl 3: Identifikovat ošetrovatelské problémy v ošetrovatelské péči sestry o pacienta s dentofobií.

Cíl 4: Navrhnout doporučení pro praxi sester při edukaci sester pacienta s dentofobií.

Cíl 5: Zpracovat edukační materiál pro pacienty, který by byl zaměřený na edukaci v oblasti dentální péče.

5.3 Výzkumné otázky práce

Výzkumná otázka 1.:

Jaké jsou praktické zkušenosti všeobecných sester s péčí o pacienta trpícím dentofobií?

Výzkumná otázka 2.:

Jaké změny navrhují sestry v ošetrovatelské péči o pacienta s dentofobií vzhledem ke svým praktickým zkušenostem?

Výzkumná otázka 3.:

Jak lze předcházet vzniku dentofobie z pohledu sester?

Výzkumná otázka 4.:

Jaké dovednosti sester napomáhají pacientovi s dentofobií?

6 Metodika

Byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Zajišťovala jsem souhlas účastníků před zahájením samotného výzkumu formou podpisu předpřipravené smlouvy se zdravotnickým zařízením (viz Příloha č. 3) bez možnosti přístupu další osoby (Šedřová, et al., 2014).

6.1 Informanti

Byly stanoveny dva požadavky pro selekci účastníků. Prvním bylo, že tyto sestry musí mít minimálně středoškolské zdravotnické vzdělání s maturitou. Druhým kritériem bylo, že účastníci musí být sestry pracující v zubní ordinaci či ambulanci.

6.2 Sběr dat

Pro účely výzkumu bylo cíleno na získání informací prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se sestrami pracujícími v zubních ordinacích. Bylo však obtížné nalézt dostatečný počet informantek; pouze 11 ze 38 oslovených sester poskytlo odpovědi. Z těchto odpovědí bylo možné využít pouze 8, přičemž jedna informantka musela být aktivně vyhledána, aby bylo možné lépe kategorizovat analyzované odpovědi ve výzkumném šetření. Obtížnost spočívala v tom, že sestry vnímaly výzkum jako časově náročný a zatěžující. Nejčastěji uváděly vysokou pracovní vytíženost, neochotu si vyhradit čas nebo osobní důvody pro neúčast.

Samotné rozhovory byly připraveny předem. Účastníci byli seznámeni s cíli výzkumu a průběhem rozhovoru. Informace o informantkách byly získány na začátku rozhovoru, a teprve poté jsme přešli k samotným otázkám. Rozhovor byl rozdělen do čtyř kategorií, což napomohlo jeho srozumitelnosti a organizovanosti.

Všechny zúčastněné osoby daly souhlas se zapojením do výzkumu. Byli informováni také o tom, že rozhovory budou zaznamenány, a to pouze s jejich souhlasem. Nesouhlasily s nahrávaným záznamem, proto jejich odpovědi byly zaznamenány pouze ručně na papír. Rozhovory probíhaly v zubních ordinacích nebo v jiných předem

domluvených prostorách, které vyhovovaly oběma stranám.

6.3 Analýza dat

Průzkum probíhal od ledna 2024 do konce března 2024. Během tohoto období byly informantky osloveny a jejich odpovědi byly pečlivě zaznamenány. Po shromáždění všech dat byla získaná data podrobena detailní analýze. Tento proces analýzy probíhal pomocí otevřeného kódování, kdy byla data rozdělována do kategorií a podkategorií na základě jejich obsahu. Analýza byla prováděna ručně, metodou "tužka a papír", což zahrnovalo fyzické přepisování a organizování poznámek.

7 Výzkumné šetření

Pro dosažení vyšší míry systematického přístupu a lepšího porozumění bylo výzkumné šetření strukturováno do čtyř primárních kategorií. Každá z těchto kategorií byla podrobně analyzována v následujících podkapitolách, což umožní hlouběji prostudovat specifika jednotlivých oblastí a získat komplexnější vhled do zkoumané problematiky.

Tabulka 1 – Rozdělení kategorií výzkumu

I. Rozpoznání pacienta s dentofobií	1. Pocity pacienta s dentofobií při dentální péči
	2. Tělesné projevy pacienta s dentofobií
II. Intervence prováděné sestrou	1. Informování pacienta sestrou o průběhu dentální péče
	2. Plán péče
III. Edukace a podpora pacienta	1. Dostupnost edukačních materiálů
	2. Podpora pozitivního vnímání návštěv zubní ordinace
IV. Prevence vzniku dentofobie	1. Prostředí v ordinaci
	2. Faktory přispívající ke vzniku dentofobie
	3. Aktivní vzdělávání

Zdroj: vlastní

7.1 Charakteristika výzkumného souboru

Informantka A (dále označována jako sestra A) je 44letá zubní sestra pracující v ordinaci v Táboře. Má za sebou absolvování Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity s oborem Všeobecného ošetřovatelství. Před tím absolvovala střední zdravotnickou školu se zaměřením na praktickou sestru.

Informantka B (označována jako sestra B) je 25letá zubní sestra, pracuje v ordinaci v Českých Budějovicích. Nejvyšším stupněm vzdělání, kterého dosáhla, je diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole zdravotnické a střední zdravotnické škole. Na stejné škole studovala i své předchozí vzdělání se zaměřením na praktickou sestru.

V ordinaci pracuje již 3 roky.

Informantka C (sestra C) je 52letá praktická sestra pracující v Brně. Má ukončené studium na střední zdravotnické škole v Brně. V této klinice pracuje 7 let, ale celkovou praxi ve stomatologii má zhruba 25 let.

Informantka D (sestra D) je 41letá zubní praktická sestra. Pracuje v ordinaci v Praze. Absolvovala Zdravotně sociální fakultu Jihočeské univerzity s oborem Všeobecné ošetřovatelství a má zkušenosti z různých pracovišť v nemocnici.

Informantka E (sestra E) je 24letá zubní sestra pracující 2 roky v Praze v zubní ordinaci. Po složení maturitní zkoušky na gymnáziu v Táboře, vystudovala na 3. lékařské fakultě na Univerzitě Karlově v Praze Všeobecné ošetřovatelství. Zatím nemá mnoho pracovních zkušeností.

Informantka F (sestra F) je 28letá zubní sestra, pracuje v Táboře. Stejně jako sestra D, i ona má zkušenosti z různých pracovišť v nemocnicích. Nyní pracuje již 2 roky v zubní ambulanci. Absolvovala střední zdravotnickou školu v Táboře se zaměřením na praktickou sestru a poté studovala Všeobecné ošetřovatelství na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích.

Informantka G (sestra G) je 44letá zubní sestra, pracující ve stomatologické ambulanci v Táboře. Absolvovala střední zdravotnické vzdělání na SZŠ v Táboře. Má předchozí zkušenosti z pracovišť v nemocnici, ale v ambulanci pracuje již 16 let.

Informantka H (sestra H) je 30letá zubní sestra, která pracuje již 7 let v zubní ordinaci v Českých Budějovicích. Má podobné vzdělání a pracovní zkušenosti jako ostatní informantky. Absolvovala Všeobecné ošetřovatelství na ZSF JU v Českých Budějovicích.

Informantka CH (sestra CH) je 56letá zubní sestra z ordinace v Písku. V ordinaci pracuje 32 let. Má za sebou absolvování Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity s oborem Všeobecného ošetřovatelství. Před tím absolvovala střední zdravotnickou školu v Písku se zaměřením na praktickou sestru.

7.2 Rozpoznání pacienta trpícího dentofobií – 1. kategorie

V první kategorii byly identifikovány 2 podkategorie, které se zaměřují na zkoumání dentofobie především z hlediska pochopení této fobie. Analyzují projevy úzkosti u pacientů s dentofobií, jako jsou fyzické a emocionální reakce, což umožňuje sestřám lépe pochopit mentální stav pacienta během návštěvy. Dále zkoumají nejčastější otázky pacientů s dentofobií, aby sestry mohli identifikovat hlavní obavy a připravit se na ně vhodným způsobem. Otázky pacientů pojednávají zejména ohledně časového úseku, který v ordinaci stráví, a také ohledně nadcházející intenzity bolesti. Konkrétně jako uvedla sestra D: *„Bude to bolet? Nešlo by uspat [zub]? Nejsou jiné alternativní možnosti bezbolestné péče?“* Všechny tyto dotazy jsou nezbytné k efektivnímu reagování sester na potřeby pacientů trpících touto fobií. Potřeby mohou být spjaté s naléhavou situací, která může během ošetřování nastat. Na otázku: **Jak reagujete na naléhavé situace nebo paniku u pacientů s dentofobií?** odpovídají všechny sestry, že vedou pacienta ke zklidnění. Nicméně metody, které sestry volí, jsou různé. Sestra D odpověděla: *„V případě rozvoji úzkosti nebo paniky během ošetřování, přerušíme ihned péči. Následuje aplikace analgetik, pohovor s pacientem společně s lékařem. Pokud nezabírá snaha o dýchání, otevřeme okna, provedeme jiné relaxační prvky. Eventuálně v krajních případech krátkodobá aplikace midazolamu, ke zklidnění a navození analgosedace.“* Sestra CH uvádí: *„Klademe důraz na komunikaci s pacientem, v případě selhání je nutná medikace.“* Sestra E dodává: *„Zbrzdíme péči. Když pacient propadá strachu, přestáváme ošetřovat. Potom jednáme podle vážnosti situace. Ptám se já i lékařka, čeho se bojí, uklidňujeme ho. Jednoduše s ním mluvíme. Pokud se pacient rozmluví, máme vyhráno, popovídáme si o tom, případně vymyslíme, co udělat jinak. Nemám ale zkušenost s tím, že pacient propadl nějaké větší panice, která by vyžadovala například hlubší sedaci.“* Sestra F se snaží pacienta pozitivně naladit *„Jsme vstřícní. Pacienta se snažíme uklidnit a pozitivně naladit.“* Sestra A odpověděla naopak, že *„Pacienty nechávám danou situaci vydýchat. Pokouším se je více nerozrušovat.“*

7.2.1 Pocity pacienta s dentofobií při dentální péči

Tato podkategorie zahrnuje všechny typy otázek ve spojitosti s emocemi při poskytování dentální péče. Všechny informantky, které se setkaly během svého zaměstnání s pacientem trpícím dentofobií, se téměř shodly v odpovědích na otázku: **Projevoval pacient nějaké rozpoznatelné příznaky úzkosti, aniž by vás o svém strachu upozornil?** Sestry A, C, D, F, G, H a CH uvedly, že byly na pacientech pozorovatelné tělesné projevy nervozity jako bledost tváře, chladné ruce, málomluvnost, třes rukou a hlasu. Tato pozorování naznačují, že tyto projevy jsou užitečné pro identifikaci pacientů s dentofobií, i když sami pacienti svůj strach nevyjádří. Sestra D navíc dodala „*Poslední pacientka byla 35letá vysokoškolačka, podnikatelka, u které vždy pozorujeme neklid, popocházení v čekárně, pocení na čele, třes rukou apod. Až následně opakovaně referuje výrazný strach a prosí o přispání.*” Pacientku personál rozpoznal ještě dříve, než s ní přišel do úzkého kontaktu. Tyto pozorování jsou důležitá, protože ukazují, že projevy úzkosti mohou být patrné i bez explicitního vyjádření pacienta o svém strachu. Naopak sestra E odpověděla „*Pacient neprojevoval strach, ale poté jsem se od kolegyně dozvěděla, že se zubařů bojí a dlouho ani nebyl na prohlídkách.*”

7.2.2 Tělesné projevy pacienta s dentofobií

Podkategorie zahrnuje všechny somatické projevy, které jsou pozorovatelné sestrou při kontaktu s takovým pacientem. Otázkou: **Jaké jsou nejčastější otázky, které vám pacienti s dentofobií kladou?** poskytujeme zajímavý vhled do základních obav, které tito pacienti projevují při návštěvě zubaře. Z odpovědí vyplývá, že tyto obavy se často týkají převážně bolesti a délky trvání zákroku. Což jsou zcela přirozené a pochopitelné obavy. Nečastější odpověď a zároveň otázka pacientů, co uvádějí sestry B, D, E, F, G a H, je „*Bude to bolet?*” a také „*Jak dlouho to bude trvat?*” Sestra E Jak dodává, že pacienti „*Chtějí být brzy pryč.*” Překvapující odpovědi uvedly sestry A, G a CH, které nemají žádnou zkušenost s takovými otázkami od pacientů. Dle odpovědi sestry G se pacienti táží spíše technicky a to: „*Pacienti se mnohdy ptají na přístroje, co je to či ono a chtějí se s tím seznámit.*” Sestra A uvádí, že „*Pokud si dobře vybavuji, tak žádné otázky pacient během dentální péče neměl.*”

7.3 Edukace a podpora pacientů – 2. kategorie

Tato kategorie výzkumu se zaměřuje na poskytování edukace a podpory pacientům trpícím dentofobií. Identifikovány jsou 2 podkategorie. Zkoumá dostupnost edukačních materiálů a plánů specificky určených pro pacienty s dentofobií a jejich umístění ve zdravotnických zařízeních. Položením otázky: **Které kroky jste pacientovi s dentofobií poskytl/a za účelem poskytování dentální péče?** se očekávají různé strategie sesterské přípravy pacientů na návštěvu zubního lékaře, které mohou zahrnovat informační sezení, demonstrace procedur nebo poskytování materiálů k čtení. Sestra B uvedla: *„Pacienty se vždy snažím slovně uklidnit, instruovat, aby se soustředili na své dýchání. Informuji je o každém kroku, který budu provádět. Upozorním je, ať v případě jakéhokoli problému zvednou levou paži, následně přeruším činnost a nechám pacienta např. vypláchnout. V průběhu ošetření se pacienta několikrát zeptám, zda je vše v pořádku.“* Podobnou odpověď měly sestry G a H, které kladou důraz na dostatečné informování pacienta o nadcházející péči. Naopak sestra F přímo přistupuje k alternativám. Odpověděla: *„Pacientovi nabídnu ošetření v celkové anestézii, jako jsou například sanace a extrakce.“*

Neopomenutelnou součástí této skupiny výzkumu je také podpora pozitivního vnímání zubních procedur již od raného dětství, což může přispět k vytvoření zdravějšího vztahu pacientů k zubní péči v budoucnosti. Všechny informantky se shodly na důležitosti včasného zapojení dětí. Sestra B uvedla: *„Dentální hygiena, již od útlého věku, je dle mého názoru klíčovou prevenční pomůckou, při možném vzniku dentofobie. Dítě si zde, vzhledem k zábavnému ošetření, postupně vytváří pozitivní vztah k dentálnímu zdraví a buduje si postupně i důvěru k lékařům.“* Hluběji budou rozvedené odpovědi v podkategorii 7.3.2

7.3.1 Dostupnost edukačních materiálů pro edukaci pacientů

Překvapivé zjištění bylo, že přesto že všech 9 informantek má zkušenost s péčí o pacienta s dentofobií, tak 8 ordinací, ve kterých informantky pracují, žádným edukačním plánem nedisponuje. Přesné znění otázky je: **Má vaše ordinace/ambulance nějaké prospekty či vzory edukačního plánu pro pacienty trpícího dentofobií?** Pouze sestra C odpověděla *„Přesto, že takových pacientů máme málo, je dobré mít*

v ordinaci i vhodný edukační materiál v podobě obrázků nebo krátkých sdělení a poskytnout je pacientovi nebo případně rodiči už při příchodu do čekárny. Takovýto materiál může vypracovat i sestra sama. Existují i speciální prostředky, které lze pro zvládnutí ošetření těchto pacientů použít. Jsou to například názorná videa, loutky či zvětšené pomůcky pro dentální péči, kterými se snažíme rozptýlit pozornost pacienta.“

7.3.2 Podpora pozitivního vnímání návštěv zubní ordinace

Podkategorie se zaměřuje na opatření, která pomáhají pacientům vnímat návštěvy zubní ordinace jako pozitivní a příjemné zkušenosti. Zahrnuje strategie, jako jsou informační sezení, připravenost personálu k vysvětlení procedur, poskytování důkladných informací a používání komunikace, která snižuje úzkost a strach. První otázka byla zaměřená na přípravné kroky pro pacienty před návštěvou zubního lékaře. **Máte nějaké doporučené způsoby, jak pacienty připravit na návštěvu zubaře?** Sestra E reagovala: *„V případě pacienta s dentofobií a toho, jak ho připravit, dost záleží na daném člověku. Záleží na tom, z čeho pramení jeho strach, zda z bolesti, ze špatných zkušeností, z prostředí apod. Až to zjistíme, můžeme s tím strachem zkusit pracovat. Pacient může zkusit různé relaxační techniky. Například práci s dechem. Někteří lidé vědí, co konkrétního je uklidňuje. Také může pacientům pomoci získat informace o tom, co je čeká nebo si mohou s někým promluvit a vypovídat se z toho. Vyloženě osvědčené způsoby, jak pacienty připravit na ošetření u zubaře, nemám. Myslím, že i u každého pacienta je to jiné.“* Sestra C odpověděla *„Při objednávání pacienta na prohlídku zdůraznit například, že se bude personál na něj na příště těšit, a že spolu všechno zvládnou.“* Dalším způsobem navození komfortu při následující návštěvě zubní ordinace může posloužit pacientovi nějaký předmět či zařízení pro odpoutání pozornosti. Sestra CH řekla: *„Pacientům, o kterých vím, že touto fobií trpí, nabízím při prováděné péči možnost pouštění si hudby do sluchátek z jejich telefonu. Je to šikovné v odvedení pozornosti od zvuku nástrojů, které zrovna používáme. Předem se tedy domluvíme a pacient může strávit čas přípravou své hudební seance, místo přemýšlení, co se bude u zubaře dít.“* Pro doplnění předešlých odpovědí informantek klade sestra D důraz na nabídku odporné konzultace a přípravy s psychologem. Odpověděla: *„Pacienty odkazujeme na naše psychology či psychoterapeutickou péči. Dle sdělení od pacientů se provádí např. imaginace návštěvy zubaře.“*

Konkrétní fantazijní představy o proběhlé návštěvě s dobrým koncem.“

Druhá otázka zní: **Jak podporujete pozitivní vnímání návštěv zubaře od dětství?** Očekává se, že u dětských pacientů bude kladen větší důraz na jemnost a šetrnost při poskytování péče. Sestra B uvedla, že: *„Péče o dutinu ústní, již od útlého věku, je dle mého názoru klíčovou při možném vzniku dentofobie. Klademe proto důraz na zábavné ošetření, postupně vytváříme pozitivní vztah k dentálnímu zdraví a budujeme postupně i důvěru nejen k sestřám, ale i k lékařům.“* Sestra E odpověděla: *„To, jakou budou mít děti zkušenost, ať už u zubaře nebo na dentální hygieně, je velmi důležité. Podle těchto zkušeností si utváří postoj ke stomatologii a ústní hygieně na celý život. Proto je pro mě důležité nezpůsobit dítěti na hygieně nějaké trauma. To znamená, jak jsem již uváděla výše, že postupuji s ošetřením velmi pomalu. Dětem ukazuji křeslo, povozím je na něm, napouštíme společně kelímek vodou, ukazuji zrcátko, dítě si vše nejdříve zkusí na prstu, pokud chce. Povídáme si spolu o čištění zubů a ukazuji mu třeba různé kartáčky. Pokud dítě něco nechce a opravdu je vidět, že se dost bojí, první návštěvu vedeme s lékařkou pouze jako seznamování. S tím, že doufáme, že se na další návštěvě se dostaneme dál. Pozitivní vnímání zubařského prostředí tedy podporuji příjemným jednáním.“*

Další otázka zní: **Je nějakým způsobem organizován váš pracovní postup péče o pacienty s dentofobií v praxi?** Překvapující je, že odpovědi sester A, C, D, E, G, H a CH nezaznamenávají žádný odlišný ošetřovatelský plán péče o pacienty, kteří trpí dentofobií. Byla očekávána určitá úroveň naplnění potřeb pacientů, které se liší od potřeb běžných. Konkrétně sestra H zareagovala: *„Speciální prostředky nebo zařízení nepoužíváme, vše se snažíme řešit komunikací, organizací případně vhodnou premedikací pacienta.“* Sestry udávají, že se jejich péče odvíjí od průběžného rozhovoru s pacientem. Domnívají se, že komunikací zajistí dostatečný komfort.

7.4 Intervence a péče prováděná sestrou – 3. kategorie

Kategorie se soustředí na intervence a péči, kterou poskytují zdravotní sestry pacientům trpícím dentofobií. Jejím cílem je zkoumat strategie, které sestry používají k uklidnění a podpoře pacientů během zubních procedur s důrazem na ty, kteří trpí úzkostí z návštěvy zubního lékaře. Tato kategorie výzkumu analyzuje přístup sester

k pacientům s dentofobií a identifikuje efektivní metody komunikace a podpory, které pomáhají snižovat jejich úzkost a zvyšovat jejich pohodlí během léčby. Kromě toho zkoumá specifické metody péče, jako je použití relaxačních technik nebo alternativních postupů, které mohou být účinné při léčbě pacientů s dentofobií. Hlavním prvkem je vytváření plánů péče, které jsou přizpůsobeny potřebám každého pacienta s cílem maximalizovat jejich pohodlí, snížit stres spojený s návštěvou zubaře a hodnotit jejich progres.

7.4.1 Informování pacienta sestrou o průběhu dentální péče

Tato podkategorie se zaměřuje na proces informování pacienta sestrou o průběhu dentální péče. Zahrnuje všechny kroky od srozumitelného vysvětlení až po samotné provedení péče. Předpokládá se, že sestra hraje klíčovou roli v zajištění pohodlného a bezpečného průběhu dentální péče. Položila jsem informantkám otázku: **Které metody obvykle využíváte pro snížení stresu a obav pacienta?** Šest informantek se shoduje na podstatnosti kvalitní komunikaci a profesionálním přístupu. Sestra CH pronesla: *„Zakládám si na vzájemném porozumění s pacientem. Komunikace musí mít uklidňující charakter a zároveň by měla sestra informovat o všech možných alternativách. Například, před klasickou intraorální injekční anestesií, je vhodné použít ještě slizniční anestezii, aby nebylo citlivé ani místo vpichu.“* Tato podkategorie podporuje důvěru pacienta v poskytovatele dentální péče a může také přispět k lepšímu výsledku léčby a celkové spokojenosti pacienta. Sestra C navíc dodala: *„Pacienty informujeme o průběhu ošetření, upozorníme je na soustředění pozornosti na jejich dýchání, do ošetření zahrneme pauzy. Je možné využít antistresové pomůcky nebo rajskej plyn.“*

Druhá otázka je: **Jak přistupujete k pacientům s dentofobií?** Touto otázkou směřuji na klíčové aspekty, kterými jsou porozumění pacientovi, jasná komunikace a případné instrukce či pokyny. Sestra B odpověděla: *„Snažím se vždy pacienty uklidnit, navodit pozitivní atmosféru svým milým přístupem, případně je informuji o průběhu ošetření společně s lékařem. Během ošetření se pacienta průběžně ptám, zda je vše v pořádku.“* Sestra D, E a F kladou důraz na empatie. Sestra D odpověděla: *„S respektem, empatií a klidem. Snažíme se s paní doktorkou edukovat pacienty o následujícím postupu, co se bude dít. Pokud je potřeba, volnou rukou jakožto sestra*

držím pacienty za ruku.” A sestra E: „*Sestry se chovají více empaticky u pacientů s dentofobií než u klasických pacientů, aby u nich získaly důvěru.*“ Odpověď sestry F: „*Vždy s empatií.*“ Naopak sestra H klade důraz na klidný přístup z časového hlediska. Řekla: „*Vytvoření určité časové rezervy na ošetření a přípravu před samotným výkonem, důkladnější komunikace.*“ Sestra A odpověděla stručně: „*Mluvím po celou dobu s pacientem, vysvětlením, co se bude dít.*”

Třetí otázka je: **Jakým způsobem se snažíte uklidnit nebo podpořit pacienty, kteří mají strach z návštěvy zubaře?** Jak bylo očekáváno, sestry měly podobný přístup jako u otázky, které metody využívají. Nejvyužívanější metodou byla správná volba komunikace ve vedeném rozhovoru s pacientem. Sestra H odpověděla: „*Poskytují společně s lékařkou informace o zdravotním stavu pacienta, cíle léčby, předvídatelnosti časové náročnosti, bolestivosti.*” Sestra G uvedla: „*Vysvětlení výkonu a pokouším se o zkrácení doby čekání před výkonem.*” Sestra CH řekla: „*Sestry mohou vlídně prohodit pár slov s pacientem, než vkročí do ordinace. Sestřičky se usmívají na pacienta, slovně ho podporují při různých úkonech v ordinaci.*” Sestra D dodala: „*Dostatečná edukace, často se snažíme ptát na novinky v životě. S pacienty se snažíme udržovat vřelý vztah a budovat důvěru v naší péči ke zlepšení celkové koordinace.*“ Odpovědi sester A, B, C, E a F jsou podobného charakteru.

7.4.2 Plán péče

Tato podkategorie zahrnuje všechny otázky ohledně edukačního nebo ošetrovatelského plánu. Plánem péče se předpokládá zajištění určitého standardu při poskytování dentální péče. Slouží jako návod pro práci sester s pacientem s dentofobií, ať už v rutinní či naléhavé situaci.

První otázkou této podkategorie je: **Jsou k dispozici standardní postupy nebo konkrétní plány pro péči o pacienta s dentofobií?** Tato otázka se týká konkrétních postupů a plánů péče pro pacienty s dentofobií. Očekává se, že se ordinace řídí specifickým protokolem pro práci s pacienty trpícími dentofobií, který zahrnuje například prodlouženou dobu věnovanou vyhodnocení jejich potřeb a obav, vysvětlení jednotlivých kroků procedur a použití relaxačních technik. Sestra D odpověděla: „*Postupy povětšinou standardizované s nuancemi, které se upravují na míru pacienta.*”

Jiný přístup pro pacienty v dětském věku, jiný pro dospívající či dospělé. Vždy se dle dokumentace a pacientova stavu dohodneme, jak zajistit dobrý výsledek.“ Překvapujícím zjištěním je, že odpovědi ostatních sester se obsahově lišily jen nepatrně. U této fobie byl očekáván speciální přístup zdravotnického personálu. Individuální příprava je samozřejmě důležitou součástí. Sestra A uvedla: *„Nic takového nemáme, ale ke každému pacientovi se přistupuje individuálně, bez ohledu na to, jestli trpí dentofobií nebo ne.“* Sestra E řekla: *„Konkrétní plán, jak postupovat, co říct krok po kroku nemám nebo neznám. Spíše je potřeba, dle mého názoru, jednat individuálně dle potřeb a možností pacienta přímo na místě. Mám pouze body, dá se říct, kterých se držím. Například mluvím více s pacientem, uklidňuji ho, vše mu vysvětluji. Také se ale snažím jeho strach např. ze zdravotníků zmenšit, aby pro něj příští návštěva nebyla tak stresující.“* Naopak sestra CH dodala: *„Máme standardní postup péče. Ale to, jestli je, průběh na možnostech pacienta určíme až během. Někteří pacienti mají specifické problémy nebo onemocnění, tak je potřeba péči tomu uzpůsobit.“*

Druhou otázkou je: **Jak určujete individuální potřeby pacienta a jak jim přizpůsobuje plán péče?** Podstatná je důležitost komplexního hodnocení pacientů sestrou a vytvoření plánu péče, který bere v úvahu jejich specifické obavy a potřeby. Sestra B odpověděla: *„Plán péče přizpůsobuji u každého pacienta individuálně v průběhu ošetření.“* Naopak sestra C uvedla: *„Dotazováním. Klademe důraz na vedení rozhovoru.“* Podobně odpověděla i sestra CH: *„Při první návštěvě vedeme rozhovor, kdy odebíráme od pacienta základní informace a jeho celkovou anamnézu. Případně se při dalších návštěvách pacienta doptáváme.“* Sestra G odpověděla: *„Postup se odvíjí podle chování pacienta.“* Na druhou stranu sestra C se nejvíce přiblížila plánu péče vedením edukačního pohovoru s lékařkou, kde berou v potaz pacientovy požadavky a preference léčby. Její odpověď zněla: *„Před zahájením péče na naší klinice s pacientem, pokud se jedná o dospělého, vedeme edukační pohovor. Lékařka se ptá na jeho zkušenosti s dentální péčí, edukujeme ho o postupu. Po vyšetření doporučujeme návaznost péče, dentální hygiena, péči v domácím prostředí, potřebné přípravky. Dle požadavků pacienta volíme analgetika či analgosedaci, tedy rajský plyn nebo midazolam.“*

Třetí otázka je: **Jak často plán péče pro pacienta s dentofobií přehodnocujete nebo měníte?** Předpokladem je že, pravidelným hodnocením účinnosti zavedených strategií a aktualizací plánu ošetření, se zvýší úroveň prováděné dentální péče. Sestra B odpověděla: *„Plán ošetření je vždy individuální. Po častějších návštěvách či přímo ošetřeních se pacientův psychický stav lepší, již ošetření zná a ví, co ho čeká.“* Sestra A pronesla: *„Plán péče měníme konkrétně v souvislosti se zákrokem.“* Sestra E uvedla: *„Plán péče přehodnocujeme s lékařkou opět dle možností pacienta. Myslím tím, pokud nějakým způsobem nezvládá naplánovaná ošetření a jejich obsah, tak plán změním. Když se pacient bude bát a bude projevoval strach tak moc, že nebude ošetřitelný v rámci léčebného plánu, je potom potřeba plán změnit.“* Sestra CH dodala: *„Je to individuální. Plán léčby měníme podle závažnosti stavu pacienta.“* Naopak sestra D uvedla užití standardů, jako je využíváno při péči o kteréhokoli pacienta. Její odpověď zněla: *„Bez aktualizací. Používáme stejné záchytné body. Zavedené a ověřené postupy. Máme ověřené, že fungují. A to nejen u pacientů s dentofobií.“* Sestra H dodala: *„Snažíme se plán péče příliš neměnit, pokud se nejedná o pacienta se specifickými potřebami, které omezují jeho smysly. Pak je třeba plán přehodnotit. Jinak máme své ověřená provedení, které fungují.“*

7.5 Prevence vzniku dentofobie – 4. kategorie

Poslední kategorie se soustředí na prevenci vzniku dentofobie. Jejím cílem je identifikovat strategie a praktiky, které mohou pomoci minimalizovat úzkost a strach spojený se zubními návštěvami již v raném věku, a tak předejít vzniku dentofobie v dospělosti. Kategorie zkoumá faktory, které přispívají k pohodovému prostředí v zubařských ordinacích, jako je barevné vymalování, design interiéru, hudba a další prvky, které mohou snížit stres pacientů.

7.5.1 Prostředí v ordinaci

V rámci prevence vzniku dentofobie je zaměření se na vytváření příjemného, uklidňujícího a pohodlného prostředí v zubní ordinaci či ambulanci. Cílem je minimalizovat úzkost a strach pacientů z návštěvy zubního lékaře a podpořit jejich pohodu a komfort během léčby.

První stanovenou otázkou se předpokládá určitý řád v chodu ordinace. **Jak spolupracujete a jak si předáváte informace s celým týmem v ordinaci/ambulanci na vytváření plánu péče pro pacienty s dentofobií?** Sestra B odpověděla: „*V těchto případech si do pacientovy karty, která je v daném programu sdílená pro všechny ordinace v dané klinice, připišeme poznámku například – panický strach. Lékař i sestra samozřejmě pracují jako tým a snaží se pacienta společně uklidnit, vysvětlit mu průběh ošetření, průběžně se ptají, zda je vše v pořádku. V některých případech mohou pacientovi poskytnout v průběhu ošetření i čas na odpočinek. Pokud to situace vzhledem k typu zákroku umožní. V některých klinikách mají pacienti také k dispozici rajský plyn, který se převážně používá u těžko ošetřitelných dětí. U nás v ordinaci takovou možností nedisponujeme, ale je to naším plánem do budoucna.*“ Sestra C uvedla důraz na důkladnou přípravu před pacientovou návštěvou ordinace: „*První návštěva se odvíjí zejména od toho, co nám pacient o sobě řekne a jak se chová. Převážně tedy všichni improvizujeme. Další návštěvy s takovými pacienty si plánujeme v bodech předem. Říkáme si, kdo se ujme pacienta už od překročení prahu a v jaký okamžik si ho předáme. Dopředu píšeme pacientovi i SMS, pro připomínku návštěvy ordinace.*“ Sestra E dodala: „*Pracuji na pracovišti, kde jsou jak zubaři, tak dentální hygiena. Díky tomu můžeme pacientovi poskytnout komplexní péči. O postupech se domlouváme před ošetřením nebo kontrolujeme zápisy v kartách a RTG snímky. Na vstupní prohlídce u zubního lékaře je vytvořen plán postupu. Téměř všichni pacienti chodí i na dentální hygienu. Navzájem se s personálem známe a snažíme se navzájem upozorňovat na pacientovi případné požadavky či určité nadstandardní potřeby v léčbě.*“ Sestra G vyjádřila, že spolupráce je založená na lékařově organizaci celého ošetření. Odpověděla: „*Vedoucí lékař určí daný postup a poučí veškerý personál v ordinaci, jak budou postupovat a co se bude dít.*“

Druhá otázka: Jak vytváříte pohodové prostředí v zubařské ordinaci/ambulanci? Předpokladem odpovědí je zajištění personálem příjemného a komfortního prostředí pro pacienty, které by je motivovalo k tomu, aby se cítili pohodlně a uvolněně. Sestra E na otázku zareagovala: „*Design interiérů našeho zubního centra již od vstupních dveří se snaží nepůsobit jako zdravotnické prostředí. U nás v ordinaci pro navození příjemnější atmosféry pouštím hudbu. Snažíme se i o aromaterapii.*“ Sestra D dodala: „*Méně „formální“ prostředí. Například dáváme květiny do čekárny, pouštíme hudbu či filmy, aromaterapie v ordinaci atd.*“ Sestra C uvedla i alternativy, které využívají

u dětských pacientů: „Vždy pouštíme hudbu anebo televize do pozadí. Máme také vypracované speciální prostředky, které lze pro zvládnutí ošetření spíše dětských pacientů použít. Jako loutky, drobné hračky, výkresy, drobné upomínkové předměty, kterými se snažím rozptýlit jejich pozornost.“ Sestra A odpověděla: „vytvoření příjemného prostředí už v čekárně, barevné vymalování, koutek pro děti, televize pro zkrácení čekacího času.“ Sestra F dodala navíc: „Snažíme se být vždy pozitivní, empatičtí, usměvavý na pacienty.“ Odpovědi sester B, F, G, H a CH jsou obdobné. Těmito odpověďmi se náš předpoklad splnil.

7.5.2 Faktory přispívající ke vzniku dentofobie

Tato podkategorie se zaměřuje na všechny otázky, které mapují faktory přispívající ke vzniku dentofobie. Zaměřuje se také na jejich odstranění, které lze zajistit preventivními kroky.

První otázka: **Které faktory, dle vašeho názoru, se podílejí na vzniku dentofobie u pacienta?** Zde byly odpovědi různé. Sestra A uvedla: „Nepříjemná zkušenost s personálem.“ Sestra B, C, F a CH mají podobnou odpověď, která je založena na strachu z bolestivosti během zákroku. Pro příklad sestra B odpověděla: „Bolestivý zákrok z dětského věku.“ Sestra E k tomu dodala: „Strach z pacientů při pohledu s nástroji v ordinaci.“ Naopak sestra D uvedla: „Jde o stud za špatnou hygienu a stav ústní dutiny, kvůli kouření.“ Sestra G poznamenala: „Zjišťování informací z internetu.“ A sestra H zareagovala odpovědí: „Nejvíce má vliv vyprávění nepříjemné zkušenosti někoho jiného.“

Druhá otázka: **Jakým způsobem se v ordinaci snažíte eliminovat faktory, které by mohly přispět k vzniku dentofobie?** Sestry E a F se shodují na tom, že je důležitý estetický a příjemný vzhled ordinace, který nerozrušuje pacienta při vstupu. Sestra E odpověděla: „Schováváme všechny nástroje, přístroje se snažíme mít uklizené ve skříňkách, aby linka zůstala prázdná. Snažíme se vzbudit u pacienta první dojem čisté a pohodové ordinace“ Sestra F navíc dodala: „Schované nástroje a injekce, které nejsou na očích. Důležitá je i vhodná komunikace mezi lékařem a sestrou před pacientem.“ Sestra A odpověděla na otázku: „Nejdůležitější je komunikace, ať už je to s pacientem nebo mezi sebou. Snažíme se být i vtipní,

to spolehlivě odlehčí situaci.“ Sestra C zareagovala: „Verbální komunikací, dotazováním, vysvětlením předem toho, co se bude dít.“ Sestry H a CH doplnily odpovědi o správné volby metody k nejlepšímu zajištění péče. Sestra H řekla: „Snažíme se provádět výkony tak, aby byly minimálně bolestivé a ošetření co nejméně stresující. Domlouváme se spolu s pacientem na nejlepší způsobu dokončení zákroku či pouhé prohlídky.“

Třetí otázka: Je první návštěva pacienta v ordinaci zaměřená na budování důvěry a na pohodlí? A jakým způsobem? Všechny informantky se shodly na důležitosti dojmu při první návštěvě ordinace. Sestra C odpověděla: *„Většinou při ošetřování těchto pacientů záleží úspěchu ošetření a následných ošetření. Předcházet si to lze pohodovou, seznamovací první návštěvou při prvním kontaktu s novým prostředím. Proto se velmi vyplácí první návštěvu naplánovat tak, aby šlo jen o seznamovací informativní návštěvu na, které by dítě získalo co největší důvěru v personál a ztratilo většinou zbytečný strach z prostředí a ošetření.“* Sestra H uvedla: *„Prvními kroky je navázat verbální kontakt s pacientem a pokusit se nějakým způsobem rozptýlit jeho úzkost a strach. Sestra by měla celou situaci odlehčit slovy o tom, že ona jako sestřička i pan doktor, jsou tu pro to, aby ji pomohli a například, že není vůbec sama v tom, co se jí stalo, ale že k nim chodí další pacienti s podobným strachem. A nakonec poznají, že strach byl zbytečný a odejdou ošetření domů.“*

7.5.3 Aktivní vzdělávání

Je očekáváno aktivní vzdělávání v rámci prevence dentofobie, které je nedílnou složkou, ve snaze poskytnout pacientům nástroje a dovednosti k překonání jejich strachu z návštěvy zubaře a k dosažení pozitivních zkušeností ve stomatologické péči. Byla položena otázka: **Jakým způsobem aktivně vzděláváte pacienty a pomáháte jim porozumět procedurám a snižovat jejich obavy?** Sestra B odpověděla: *„Pacientům vždy vysvětlím stav, ve kterém se jejich ústní zdraví nachází, pomocí různých materiálů. Následně vysvětlím postup ošetření. Během ošetření se průběžně ptám, zda je vše v pořádku a tím předcházím případným nepříjemnostem. Pokud je pacientovi ošetření nepříjemné, snažím se eliminovat faktory, upravit postup ošetření.“* Sestra C reagovala: *„Nejvíce závisí na připravenosti, talentu, invenci, zkušenostech a trpělivosti sestry a ošetřujícího lékaře, kteří by se měli*

v této problematice i teoreticky neustále vzdělávat. Velmi se osvědčuje po každém ukončení takového ošetření promluvit s pacientem, jak snášel ošetření a nastítnit mu, co bude následovat, až přijde příště, aby neměl zbytečné obavy před příštím ošetřením. Zdůrazňujeme například, že se bude personál na něj na příště těšit a že spolu všechno zvládnou.“ Sestra A řekla: „Poskytuji podrobné informace o zákroku, pokud je nějaký čeká a také plánujeme pečlivě termín. Obavy se snažím snížit mluvením, uklidňováním, že vše bude OK.“ Sestra H rozvedla odpověď sestry A: „Dle možností srozumitelně popsat plánované ošetření, techniku, případné možné komplikace, časový rozvrh. Opakovaně poučuje pacienta o zákroku. Ošetření nebagatelizuji, ale ani předem pacienta nestresuji.“ Sestra D uvedla: „Snažím se reagovat s empatií a pochopení. Představa jako by se jednalo o moje děti, příbuzné. Sama bych si nepřála, aby někdo na ně byl nepříjemný nebo křičel v takové stresové situaci.“

Zjištění ukazují, že individuální přístup a citlivá reakce na potřeby pacientů jsou pro úspěšné snižování obav spojených s návštěvou zubaře nezbytné. Zdůrazňuje se důležitost podrobného vysvětlení plánovaného ošetření a navození prostředí důvěry, které pacientům pomůže lépe porozumět procedurám. Empatický a trpělivý přístup personálu je nenahraditelným prvkem pro poskytování podpory pacientům při jejich cestě k překonání dentofobie a dosažení pozitivních zkušeností ve stomatologické péči.

8 Diskuse

Práce se zabývá rolí sestry v péči o pacienta s dentofobií neboli iracionálním strachem z návštěvy zubního lékaře. Tato specifická fobie je běžným jevem, který může mít významný dopad na pacientovo zdraví a na jeho kvalitu života. Z tohoto důvodu je důležité porozumět faktorům spojeným s touto fobií a vyvinout strategie, které mohou pomoci pacientům s jejím zvládnutím (De Stefano, et al., 2019). Tato práce se zaměřuje na analýzu čtyř oblastí: rozpoznání pacienta s dentofobií, intervence prováděné sestrou, edukace a podpora pacienta a prevence vzniku dentofobie. V této kapitole jsou sesbírány a podrobně interpretovány výsledky získané během provedeného výzkumného šetření.

Na základě výsledků provedeného výzkumného šetření je patrné, že dotázané sestry dokážou efektivně vyjádřit svou komunikaci verbálně i neverbálně, zaměřující se na projevy úzkosti u pacientů s dentofobií. Zjištění naznačují, že všechny informantky jsou schopny rozpoznat pacienty trpící dentofobií, kteří často projevují tělesné i emocionální reakce, přestože svůj strach nevyjádří explicitně. Informantky jsou schopny identifikovat tyto projevy a reagovat na ně různými strategiemi, včetně přerušování ošetření, aplikace analgetik nebo provádění relaxačních technik. Jokl (2014) ve své práci zmiňuje to, že chování a postoj zdravotnického personálu může mít vliv na úroveň stresu a úzkosti u pacientů. Dobrá komunikace, empatie a podpora ze strany sester a lékařů mohou pomoci snížit obavy pacientů a zlepšit jejich celkový zážitek ze zubní návštěvy (Jokl, 2014).

Analýza odpovědí dotazovaných informantek naznačuje, že hlavními obavami těchto pacientů jsou bolest a délka trvání zákroku. Což odpovídá na výzkumnou otázku 1. Sedm z devíti informantek uvedlo, že tito pacienti se ptají na možnosti minimalizace bolesti a zkrácení doby trvání ošetření. Při selhání verbálního uklidnění, klade třetina informantek důraz na podání analgosedace. Záškodná uvádí, že bolest je složitý jev, který spojuje fyziologické a psychologické aspekty. Jedná se o nepříjemný pocit, který může být spojen s aktuálním nebo možným poškozením tkání a má funkci varovného signálu. Každý jedinec má individuální schopnost snášet bolest, která závisí na jeho předchozích zkušenostech a výchově. Úzkost a strach mohou významně ovlivnit

emoční reakce a průběh onemocnění, což může zesílit pocit bolesti (Zášková, et al., 2021).

Z výzkumu Dankové (2024) vyplývá, že skutečný dopad na pacienta mají jedině kladné interakce ze strany zdravotníků. Dle Asociace se zaměřením na stanovování a klasifikaci diagnóz v ošetrovatelství (North American Nursing Diagnosis Association, dále jen NANDA) se bolest klasifikuje jako ošetrovatelská diagnóza⁵: 00132 Akutní bolest. Související diagnózy mohou být: 00148 Strach a 00146 Úzkost. S takovými diagnózami je potřeba pracovat za pomoci ošetrovatelských intervencí, které jsou ve spolupráci s pacientem (NANDA, 2018-2020).

Zjištění naznačují, že dostupnost edukačních materiálů specificky určených pro tyto pacienty je omezená. Pouze malé procento ordinací disponuje těmito prospekty pro pacienty s dentofobií, což naznačuje potřebu zlepšení v této oblasti. Pouze jedna informantka uvedla, že poskytují edukační materiály formou letáčků a obrázků pacientům. Tóthová podotýká, že zdravotní edukace je zásadní součástí ošetrovatelského procesu. Zdravotní výchova je jedním z nezbytných nástrojů prevence (Tóthová, 2014). Poskytnutím vhodných edukačních materiálů může sestra pacientům pomoci lépe porozumět procesu zubní péče a snížit jejich úzkost spojenou s návštěvou zubaře. Základním cílem každé edukace je dosáhnout změny v poznání, chápání, postojích a zručnosti klienta. Při edukaci je charakteristický holistický přístup k člověku. Sestra plní roli poradce, konzultanta a pedagoga (Zacharová, 2016). Ve své práci Hlinovská zdůrazňuje, že edukace není pouhé předání informací, je mnohem širší, jedná se o proces. Klíčem edukace je motivace pacienta. Edukace je výchova nemocného k samostatnější péči o vlastní onemocnění, při které přebírá větší část odpovědnosti za vlastní zdraví na sebe. Zároveň edukace slouží ke zlepšení spolupráce pacienta se zdravotnickým týmem (Hlinovská, 2020).

⁵ **Ošetrovatelská diagnóza** – reflektuje odpověď jednotlivce na chorobný proces, stav nebo situaci, kterou zdravotní sestra určila po vyhodnocení jeho zdravotního stavu. Tyto situace jsou oblastí, kterou sestra může v rámci svých kompetencí a znalostí řešit (Tóthová, 2014).

Pět informantek klade důraz na informování pacienta o průběhu ošetření či následující dentální péče. Tři z těchto pěti informantek dále tvrdí, že je významné se společně s pacientem domluvit na termínu následující prohlídky. Zbylé 3 informantky dbají na edukování pacienta individuálními přístupy. Tato edukace není předem připravovaná a odvíjí se od dané situace a potřeb pacienta ve chvíli provádění dentální péče. Všechny tyto poznatky odpovídají na výzkumnou otázku 4. Pozitivní je fakt, že všechny informantky se snaží k pacientům přistupovat individuálně a přizpůsobovat péči jejich možnostem a požadavkům. Za negativní fakt považujeme nerozlišování pracovního postupu u běžného pacienta a u pacienta trpícího dentofobií, který z výzkumu vyplývá. Sedm informantek uvedlo, že dokud nenastane naléhavá situace či komplikace výkonu, tak není potřeba péči odlišovat. Naproti tomu Tóthová uvádí, že by ošetřovatelská péče měla být předem přesně stanovena prostřednictvím návrhu péče, který se začíná utvářet hned po přijetí pacienta. Je součástí chorobopisů a stanovuje cíle dentální péče (Tóthová, 2014). Starnovská ve svém výzkumu uvádí, že kvalitní a účinná edukace je ta, která předává pacientovi dostatek informací a praktických schopností vhodným způsobem. Pouze ten pacient, který má pevné povědomí o tom, co má dělat a jak správně dodržovat potřebný postup, a to co nejvíce samostatně, může úspěšně následovat předepsaný léčebný plán (Starnovská, 2024).

Ve snaze minimalizovat úzkost a strach pacientů spojených se zubními návštěvami je vytvoření pohodové atmosféry, které může hrát klíčovou roli v redukci dentofobie. To zahrnuje nejen fyzický design interiéru, ale také faktory jako hudba, osvětlení a vůně. Kromě toho je důležité, aby ordinace byly dobře vybaveny moderním vybavením a technologiemi. Pokročilé technologie a nové metody ošetření mohou znamenat méně invazivní zákroky a kratší dobu rekonvalescence, což může pacientům poskytnout větší míru pohodlí a snížit strach z návštěvy zubaře (Gujjar, et al., 2017).

Z výzkumu vyplývá odpověď na výzkumnou otázku 3, protože 7 sester v ordinacích používá relaxační hudbu a dvě z nich i aromaterapii, aby se pacienti cítili pohodlněji. Dvě informantky z uvedených 7 dodávají, že nechávají puštěnou televizní obrazovku pro odvedení pozornosti od zákroku. Jedna informantka se dokonce s pacientem předem domlouvá na poslechu hudby z jeho vlastního zařízení. Výsledky práce souhlasí se zjištěním Pančuškové, která tvrdí, že používání audiovizuálních projekcí během zubního ošetření a další příjemné zkušenosti z návštěvy zubaře nejenom snižují strach

ze zubních procedur, ale také přispívají k lepší kvalitě života pacientů v souvislosti s ústním zdravím (Pančušková, 2018). Efekt rozptýlení pozornosti se tedy neváže pouze k úzkosti související s aktuální návštěvou zubaře, její účinky jsou dalekosáhlejší.

Výzkum ukazuje, že přístup personálu je dalším důležitým prvkem péče. Čtyři informantky reflektovaly na předávání informací v rámci týmu v ordinaci, že komunikace je stěžejní pro propojení práce lékařky a sestry a její vzájemné doplňování. Jedna informantka uvedla, že jim pomáhá, když na první stranu pacientovy dokumentace napíší spolu s diagnózou stručné požadavky a poznámky pacienta, které mohou být užitečné při léčbě. Dle Horákovy studie je podstatná komunikace a důvěra mezi jednotlivými členy pracovníků v ordinaci. Pacient se nachází v prostředí, které je mu cizí a může ho vnímat jako stresující. V této situaci může dojít k zapomenutí nebo zamlčení důležitých informací před některým členem zdravotního týmu. Občas se může pacient cítit nucený zatajit své problémy, i když by je rád sdělil, protože zdravotničtí pracovníci jsou povinni zachovávat mlčenlivost (Horák, 2022). Z výzkumu vyplynulo, že nezastupitelnou roli v této oblasti hraje nejen odbornost zubní sestry, ale i její schopnost empatie a porozumění pacientům trpícím dentofobií. Vytvořením prostředí důvěry a podpory může zubní sestra pomoci snížit úzkost pacientů a podpořit jejich spolupráci během léčby. Péči vystihuje definice: „*Moderní ošetrovatelství je ošetrovatelský proces, což znamená způsob, jakým sestra péči o člověka vykonává. Tato péče nesmí být intuitivní, ale založená na uváženém a organizovaném uspokojování potřeb a řešení problémů. Principy, které jsou výchozí myšlenkou ošetrovatelského procesu, zahrnují rozpoznání potřeb lidí vyžadujících ošetrovatelskou péči. Člověk je chápán jako celek, na který působí řada faktorů ovlivňujících jeho prožívání zdraví a nemoci, včetně sociálního a ekologicky pojatého prostředí, které nás obklopuje.*“ (Tóthová, 2014, s. 15)

Dalším faktorem, který přispívá k vzniku dentofobie, jsou negativní zkušenosti s předchozími zubními procedurami. Bolestivé zákroky v dětství nebo špatné zkušenosti s personálem mohou tvořit trvalý strach z návštěvy zubaře (Bourne, 2017). Proto je důležité, aby zubní lékaři a sestry měli citlivý přístup k pacientům a vynaložili veškeré úsilí na minimalizaci nepříjemných pocitů během zákroku již od dětského věku. Výsledky ukázaly, že pozitivní zkušenosti se zubní péčí v dětství mohou pozitivně ovlivnit vnímání zubařských návštěv v dospělosti. Tři informantky uvedly, že se v jejich

ordinaci snaží spolu s lékařem o podporu dentální hygieny u dětských pacientů formou motivace prostřednictvím malých odměn, jako jsou obrázky, omalovánky, samolepky či jiné upomínkové předměty. Pět informantek klade důraz na zábavné ošetření, díky němuž si děti vytváří pozitivní vztah k lékařům a zvykají si na návštěvy zdravotnického zařízení. Naopak jedna informantka se opírá o nevhodnosti projevování rodičovských obav či fobií před dětmi. Přesto je vhodné brát děti s sebou jako pozorovatele a včasné je učit vhodné hygieně dutiny ústní. Z výzkumu vyplývá odpověď na výzkumnou otázku 2, a to, že je důležité, aby děti měly příjemné zkušenosti se zubní péčí a byly podporovány ve vytváření pozitivního vztahu k zubním ordinacím. Horákův výzkum naznačuje podobné tvrzení, že ideální je začít s pravidelnou návštěvou zubaře mezi prořezáním prvních zoubků a prvním rokem dítěte.

Děti často projevují strach z návštěvy lékařských zařízení, často způsobený strachem z bolesti z očkování nebo jiných procedur. Je nejlepší, když děti pravidelně chodí na kontrolní prohlídky s rodiči, i když jen na krátkou dobu, aby si pomalu zvykaly a zjistily, že návštěvy lékaře nemusí být bolestivé. Drobné odměny a pochvaly mohou pro děti představovat silnou motivaci. Tímto způsobem lze předejít možným škodám a dítě se postupně stává zvyklé na prostředí ordinace a začíná důvěřovat lékaři. Je mnohem lepší, když se dítě naučí nechat se ošetřit dříve, než když jsou rodiče nuceni přivést ho až při bolesti, což může vést k rozvoji fobie ze zubního lékařství. Zjištění rozvádí o fakt, že při dodržování dentální péče, se může člověku ušetřit mnoho potíží se zuby v budoucnosti. Nejlepší formou péče o chrup je prevence, ideálně vedená již od raného dětství, díky níž se může člověk vyhnout mnoha útrapám se zuby. Je také finančně nejméně nákladná (Horák, 2022).

Na základě výzkumu Aardala lze konstatovat, že prevence vzniku dentofobie vyžaduje komplexní přístup, který zahrnuje nejen fyzické prostředí ordinace a kvalitu poskytované péče, ale také vzdělávací programy a využití moderních technologií. Díky těmto opatřením může být zubní péče přístupnější a příjemnější pro všechny pacienty (Aardal, et al., 2023). Zjištěné výsledky výzkumu mohou být ovlivněny výběrem pacientů a délkou praxe zubních sester v oblasti stomatologie. Proběhlý výzkum ukazuje, že si sestry uvědomují podstatu edukace v péči o pacienta. Na základě informací je jasné, že edukační materiál je nedocenenou součástí, který by měla každá ordinace mít součástí. Sestry vyzdvihují individuální přístup k pacientům rozmanitými

metodami. Proto nelze najít jedno doporučení, které by mělo větší váhu než jiné. Jedná se o komplexní přístup. Je nezbytné, aby zubní sestry věnovaly dostatečnou pozornost pacientům trpícím dentofobií. Jejich primárním cílem by mělo být zajistit pacientům efektivní a kvalitní dentální péči. Dle Tóthové (2014) je důležitým aspektem zajištění dostatečné edukace pacientů prostřednictvím zavedení specifického plánu péče pro pacienty s dentofobií, což by mohlo vést k lepšímu a plynulejšímu průběhu léčby, měřitelnému pokroku k zadanému cíli a zajištění určité sjednocené úrovně dentální péče. Tento plán by měl být individuálně přizpůsoben potřebám každého pacienta, s důrazem na jejich individuální obavy a potřeby.

Je nezbytné, aby zubní sestry pokračovaly ve vzdělávání a rozvíjení svých dovedností v oblasti péče o pacienty s dentofobií. To může zahrnovat účast na kurzech a školeních zaměřených na komunikaci, řízení stresu a psychologickou podporu pacientů.

9 Doporučení pro praxi sester

Na základě provedeného výzkumu a diskutovaných témat bych mohla navrhnout několik doporučení pro praxi zubních sester při péči o pacienty s dentofobií:

Individualizovaný přístup k pacientům: Sestry by měly mít citlivý a diferencovaný přístup k pacientům trpícím dentofobií. To znamená, že by měly být schopny rozpoznat známky úzkosti u pacientů a přizpůsobit svůj přístup a péči jejich individuálním potřebám.

Komunikace a empatie: Komunikace a empatie jsou nepostradatelnými prvky při péči o pacienty s dentofobií. Sestry by měly být schopny efektivně komunikovat s pacienty a poskytovat jim emocionální podporu během zubních procedur.

Edukace pacientů: Je důležité, aby sestry poskytovaly pacientům dostatečné informace o průběhu zubních procedur, možnostech minimalizace bolesti a alternativ psychologické léčby. Edukace pacientů může pomoci snížit jejich úzkost spojenou s návštěvou zubního lékaře a přispět k jejich celkovému pohodlí.

Použití relaxačních technik: Sestry by měly být obeznámeny s různými relaxačními technikami, jako je například relaxační hudba nebo aromaterapie, které mohou pomoci pacientům uvolnit se a snížit úroveň úzkosti během zubních procedur.

Prevence: Prevence vzniku dentofobie je klíčem k úspěšné péči o pacienty. Sestry by měly aktivně pracovat na minimalizaci negativních zkušeností pacientů s dentální péčí

a podporovat pravidelné kontroly a údržbu ústního zdraví již od dětství.

Vzdělávání a rozvoj dovedností: Sestry by měly pokračovat ve vzdělávání a rozvoji svých dovedností v oblasti péče o pacienty s dentofobií. Účast na kurzech a školeních zaměřených na komunikaci, řízení stresu a psychologickou podporu může sestřám pomoci lépe porozumět potřebám svých pacientů a poskytovat jim kvalitnější péči.

Tyto doporučení by měla zubní sestra integrovat do své každodenní praxe, aby mohla efektivněji pečovat o pacienty s dentofobií a přispět k jejich celkovému pohodlí a spokojenosti během zubních návštěv.

10 Závěr

Práce se zabývá klíčovými aspekty dentofobie a poskytuje cenné poznatky o rozpoznání pacientů trpících touto fobií a strategiích pro jejich podporu a edukaci. Zdůrazňuje se důležitost empatie a citlivého přístupu personálu ordinace k pacientům, stejně jako utváření pozitivních zkušeností se zubní péčí již od dětství. Dále řeší otázky týkající se prostředí ordinace a využití moderních technologií k minimalizaci úzkosti pacientů.

Z práce vyloučily návrhy na zlepšení péče o pacienty s dentofobií zahrnující vytvoření standardizovaných postupů, zlepšení dostupnosti edukačních materiálů a podporu pozitivního vnímání zubní péče. Celkově poskytuje komplexní přístup k problematice dentofobie, který kombinuje jak fyzické, tak psychologické aspekty péče o pacienty. Práce přináší ucelený pohled na problematiku dentofobie a poskytuje praktické návrhy pro sestry v praxi. Sestry jsou schopny efektivně rozpoznat a reagovat na úzkost pacientů s dentofobií, což naznačuje, že jsou zásadním prvkem v péči o tyto pacienty. Komunikace a důvěra mezi členy týmu v ordinaci jsou klíčové pro poskytování kvalitní péče. Důležitým prvkem je také navození pohodové atmosféry v ordinaci prostřednictvím designu interiéru, hudby a dalších faktorů, což může přispět k redukci dentofobie a zlepšení celkového zážitku pacientů ze zubních návštěv. Dalším faktorem je důvěra pacienta v personál.

Z výsledků bylo zjištěno, že edukace pacientů je nezbytnou součástí péče o tyto pacienty, a proto je důležité, aby sestry disponovaly vhodnými edukačními materiály a individuálně přistupovaly k pacientům. Na základě zjištění týkajících se nedostatku edukačních materiálů, byl vytvořen informační leták (viz Příloha č. 4), který strukturovaně prezentuje možnosti dentální péče. Specificky zaměřený na osvětu provádí zubní sestra, leták poskytuje kompaktní přehled o celkové dentální péči, nabízí možnosti analgezie a poskytuje pokyny, jak postupovat v případě, že se pacient setkává s nadměrným strachem. Prevence dentofobie vyžaduje komplexní přístup, který zahrnuje nejen fyzické prostředí ordinace a kvalitu poskytované péče, ale také vzdělávací programy a využití moderních technologií. Navrhovaná doporučení pro praxi sester při péči o pacienty s dentofobií zohledňují potřebu individuálního přístupu k pacientům a důraz na jejich edukaci a podporu.

Závěry jsou podpořeny analýzou výsledků Provedeného výzkumného šetření a užitou literaturou, což posiluje jejich věrohodnost a aplikovatelnost v praxi. Navrhované doporučení mohou přispět ke zlepšení péče o pacienty s dentofobií a snížení jejich úzkosti spojené s návštěvou zubaře, což má potenciál významně ovlivnit jejich zdraví a kvalitu života. Celkově lze konstatovat, že práce poskytuje komplexní a hlubkový pohled na problematiku dentofobie a přináší konkrétní návody pro sestry v praxi, jak lépe porozumět a efektivněji péči o pacienty trpící tímto problémem.

11 Seznam použitých zdrojů

AARDAL, V., et al., 2022. *The complexity of dental anxiety and its association with oral health-related quality of life: An exploratory study*. Eur J Oral Sci. 2023 Feb;131(1):e12907. Epub 2022 Nov 23. doi.org/10.1111/eos.12907.

APPUKUTTAN, D., P., et al., 2016. *Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review*. Clin Cosmet Investig Dent. 2016 Mar 10;8:35-50. doi.org/10.2147/CCIDE.S63626.

BARASH, G., P., et al., 2015. *Klinická anesteziologie*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-4053-9.

BECK, A., T., 2005. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-032-1.

BOURNE, E., J., 2017. *Jak se zbavit úzkosti a fobií*. Olomouc: Fontána. ISBN 978-80-7336-890-6.

DANKOVÁ, S., 2024. *Požiadavky na osobnosť zdravotníckych pracovníkov*. Florence: Časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Ročník XX, číslo 1, leden-únor 2024. ISSN: 1801-464X.

DE STEFANO, R., 2019. *Psychological Factors in Dental Patient Care: Odontophobia*. Medicina (Kaunas). 2019 Oct 8;55(10):678. doi.org/10.3390/medicina55100678.

GARCIA, R., 2017. *Neurobiology of fear and specific phobias*. Learn Mem. 2017 Aug 16;24(9):462-471. doi.org/10.1101/lm.044115.116.

GUJJAR, K., R., et al., 2018. *Virtual Reality Exposure Therapy for the Treatment of Dental Phobia: A Controlled Feasibility Study*. Behav Cogn Psychother. 2018 May;46(3):367-373. doi.org/10.1017/S1352465817000534. Epub 2017 Sep 14. PMID: 28903790.

HALVARI, A., E., M., HALVARI, H., DECI, E., L., 2020. *The Roles of Patients' Authenticity and Accepting External Influence, and Clinicians' Treatment Styles in Predicting Patients' Dental Anxiety and Avoidance of Dental Appointments*. Eur J Psychol. 2020 Mar 3;16(1):45-61. doi.org/10.5964/ejop.v16i1.1664.

HLINOVSKÁ, J., 2020. *Proces edukace ve zdravotnickém zařízení*. Studijní materiál. [online]. [cit. 2024-09-04]. Brno. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta – Všeobecné ošetřovatelství. © Dostupné z: <https://is.vsazdrav.cz/el/vsz/zima2020/VSZPE1630/um/6 PROCES EDUKACE ZDR ZAR PODROBNE 5 FAZI EDUK PROC HLI PDF.txt>

HORÁK, P., 2022. *Moderní zubní lékařství*. Florence: Časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. [online]. [cit. 2024-16-04]. Ročník XVIII, číslo 5, září-říjen 2022. Praha. © Dostupné z: [Náhled čísla 5 / 2022 | Archiv | Odborné články | FLORENCE - Odborný časopis pro ošetřovatelství a ostatní zdravotnické profese](#).

JOKL, J. 2014. *Bojíte se zubaře? Strach a úzkost před zubním ošetřením*. Magisterská diplomová práce. [online]. [cit. 2024-10-04] Olomouc. Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta. Katedra psychologie. © Dostupné z: <https://theses.cz/id/brm866/11382618#page53>.

JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing a. s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada Publishing a. s. ISBN 978-80-247-5203-7.

KONONOWICZ, A., A., et al., 2019. *Virtual Patient Simulations in Health Professions Education: Systematic Review and Meta-Analysis by the Digital Health Education Collaboration*. J Med Internet Res. 2019 Jul 2;21(7):e14676. doi.org/10.2196/14676.

KRAUSE, K., L., KOERNER, N., ANTONY, M., M., 2022. *Cognitive Restructuring Before Versus After Exposure: Effect on Expectancy and Outcome in Individuals With Claustrophobia*. Behav Modif. 2022 Nov;46(6):1432-1459. doi.org/10.1177/01454455221075754. Epub 2022 Feb 12.

KUDLOVÁ, P., 2016. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. Zlín. Univerzita Tomáše Bati. Fakulta humanitních studií. ISBN: 978-807454-600-6.

KUTNOHORSKÁ, J., 2016. *Etické principy edukace v ošetrovatelství*. Standardy léčebných postupů a kvalita ve zdravotní péči. [online]. [cit. 2024-29-03] Praha. 1. 10. 2016. © Dostupné z: <https://www.mediprofi.cz/pks/?uniqueid=mRRWSbk196FNf8-jVUh4EoFib53d9gljy6y8qp8zEYo&coolurl=1§ion=33>.

MARTINS, J., E., et al., 2022. *Pre-Molecular Assessment of Self-Processes in Neurotypical Subjects Using a Single Cognitive Behavioral Intervention Evoking Autobiographical Memory*. Behav Sci (Basel). 2022 Oct 5;12(10):381. doi.org/10.3390/bs12100381.

MAZÁNEK, J., et al., 2018. *Zubní lékařství pro studující nestomatologických oborů*. Praha: Grada Publishing a. s. ISBN 978-80-247-5807-7.

MONK, A., B., et al., 2017. *Pharmacological interventions for pain relief during orthodontic treatment*. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Nov 28;11(11):CD003976. doi.org/10.1002/14651858.CD003976.pub2.

NANDA INTERNATIONAL, 2020. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2018–2020*. 11.vyd. Přeložila doc. Petra MANDYSOVÁ. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-271-0710-0.

NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech*. Praha: Grada Publishing a. s. ISBN 978-80-247-3422-4.

ÖST, L., G., SKARET, E., 2013. *Cognitive Behavioral Therapy for Dental Phobia and Anxiety*. Hoboken, New Jersey (USA): Wiley-Blackwell. ISBN – 13 978-1119960720.

PANČUŠKOVÁ, V., 2018. *Strach a úzkost dětí ze stomatologického vyšetření*. Diplomová práce. [online]. [cit. 2024-11-04] Brno. Masarykova univerzita. Filozofická fakulta. Psychologický ústav. © Dostupné z: https://is.muni.cz/th/h8mw1/Diplomova_prace.pdf#page53.

PLEVOVÁ, I., et al., 2018. *Ošetřovatelství I., 2.* přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing a. s. ISBN 978-80-271-2327-8.

PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M., 2007. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-865-1.

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ J., 2008. *Specifické fobie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-300-0.

SHURICK, A., A., et al., 2012. *Durable effects of cognitive restructuring on conditioned fear*. *Emotion*. 2012 Dec;12(6):1393-7. doi.org/10.1037/a0029143. Epub 2012 Jul 9.

SIVARAMAKRISHNAN, G., SRIDHARAN, K., 2017. *Nitrous Oxide and Midazolam Sedation: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Anesth Prog*. 2017 Summer;64(2):59-65. doi.org/10.2344/anpr-63-03-06.

SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2016. *Stomatologie I pro SZŠ a VOŠ*. Praha: Grada Publishing a. s. ISBN 978-80-247-5826-8.

SOLDANI, F., A., et al., 2018. *One-to-one oral hygiene advice provided in a dental setting for oral health*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Oct 31;10(10):CD007447. doi.org/10.1002/14651858.CD007447.pub2.

STARNOVSKÁ, T., 2024. *Edukace pacientů o výživě v kontextu aktuálních cen potravin*. Florence: Časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Ročník XX, číslo 1, leden-únor 2024. ISSN: 1801-464X.

STEINVIK, L., M., et al., 2023. *Delay of Dental Care: An Exploratory Study of Procrastination, Dental Attendance, and Self-Reported Oral Health*. Dent J (Basel). 2023 Feb 20;11(2):56. doi.org/10.3390/dj11020056.

SVĚŘÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠEĐOVÁ, K., ŠVARŤÍČEK, R., et al. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6

ŠVARCOVÁ, J., 2011. *Vliv strachu a úzkosti na utváření vztahu dětí k přírodě*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra primární pedagogiky. © Dostupné z: https://is.muni.cz/th/ynox6/Diplomova_prace.pdf

THNG, C., E., W., et al., 2020. *Recent developments in the intervention of specific phobia among adults: a rapid review*. F1000Res. 2020 Mar 19;9:F1000 Faculty Rev-195. doi.org/10.12688/f1000research.20082.1.

TIMMERMAN, A., PARASHOS, P., 2020. *Management of dental pain in primary care*. Aust Prescr. 2020 Apr;43(2):39-44. Epub 2020 Apr 1. doi.org/10.18773/austprescr.2020.010.

TÓTHOVÁ, V., et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualizované vydání. Praha: Triton. ISBN: 978-80-7387-785-9.

VÖRÖSOVÁ, G., SOLGAJOVÁ, A., ARCHALOUSOVÁ, A., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada Publishing a. s. ISBN 978-80-247-5538-0.

ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing a. s. ISBN 978-80-271-9238-0.

ZÁŠKODNÁ, H., 2021. *Základy psychologie*. (Učební text pro prezenční i kombinovanou formu studia). České Budějovice. ISBN: 978-80-7394-850-4.

ZSIDO, A., N., et al., 2023. *Phobia-specific patterns of cognitive emotion regulation strategies*. Sci Rep. 2023 Apr 13;13(1):6105. doi.org/10.1038/s41598-023-33395-6.

12 Seznam příloh a tabulek

Tabulka 1 - Rozdělení kategorií výzkumu	str. 35
Příloha č. 1 - Obrázek 1 Edukace a ošetrovatelský proces	str. 68
Příloha č. 2 - Obrázek 2 Edukace ve zdravotnickém zařízení	str. 69
Příloha č. 3 - Smlouva se zařízením	str. 70
Příloha č. 4 - Edukační leták	str. 73

Příloha č. 1

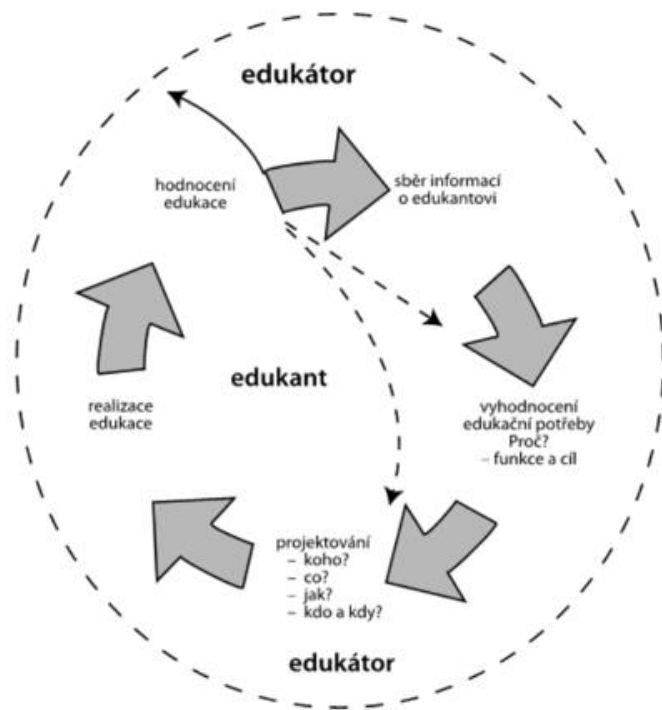
Obrázek 1 Edukace a ošetrovatelský proces

Fáze/kroky		Činnosti v ošetrovatelském procesu
Edukace	Ošetrovatelský proces	
počáteční pedagogická diagnostika	zhodnocení/ posouzení	získávání informací o klientovi
projektování	stanovení ošetrova- telské diagnózy	stanovení ošetrovatel- ského problému, stanovení příčiny, projevů a důsledků těchto problémů
	plánování ošetrova- telské péče	sestavení plánu ošetro- vatelské péče pro vyře- šení ošetrovatelských problémů klienta
realizace	realizace ošetrova- telského plánu	realizace intervencí pro uspokojení potřeb klienta a odstranění ošetrovatelského problému
upevňování a prohlubování učiva		
fáze zpětné vazby	hodnocení	hodnocení výsledků ošetrovatelské péče

(Juřeníková, 2010, s. 22)

Příloha č. 2

Obrázek 2 Edukace ve zdravotnickém zařízení



(Juřeniková, 2010, s. 23)

Příloha č. 3

Smlouva se zařízením

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Fakulta: Jihočeská univerzita v ČB, Zdravotně sociální fakulta

Studijní program/obor: Všeobecné ošetřovatelství

Jméno a příjmení studenta/studentky: Tereza Šimová

Kontaktní údaje (e-mail, tel.): tel.: 727864180,

e-mail: simovt01@zsf.jcu.cz/tercasimova@seznam.cz

Název zdravotnického zařízení:

Oddělení:

Název práce: Role sestry v péči o pacienta s dentofobií

Teoretické cíle práce:

Cíl 1: Zmapovat prostředky využívané k sesterské edukaci pacientů v oblasti zubní péče.

Cíl 2: Shromáždit poznatky k edukačnímu procesu sester o pacienta s dentofobií.

Výzkumné cíle práce:

Cíl3: Identifikovat ošetřovatelské problémy v ošetřovatelské péči sestry o pacienta s dentofobií.

Cíl4: Navrhnout doporučení pro praxi sester při edukaci sester pacienta s dentofobií.

Cíl5: Zpracovat edukační materiál pro pacienty, který by byl zaměřený na edukaci v oblasti dentální péče.

Výzkumné otázky práce:

VO1: Jaké jsou praktické zkušenosti všeobecných sester s péčí o pacienta trpícím dentofobií?

VO2: Jaké změny navrhnou sestry v ošetřovatelské péči o pacienta s dentofobií vzhledem ke svým praktickým zkušenostem?

VO3: Jak lze předcházet vzniku dentofobie z pohledu sester?

VO4: Jaké dovednosti sester napomáhají pacientovi s dentofobií?

Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku:

Sběr dat formou polostrukturovaného rozhovoru se sestrami ze zubních ordinací, ambulancí, nemocnic či klinik. Rozhovor je zhruba na 20 minut času. Klade se důraz na vlastní zkušenosti sester s pacienty trpícími dentofobií z praxe.

Předpokládané výstupy: bakalářská práce, edukační leták

Vyjádření vedoucí/ho bakalářské práce: Souhlasím s výzkumem.

Jméno: MATRISOVA TRAV

Podpis:



Vyjádření kompetentní osoby zdravotnického zařízení:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/nesouhlasím.

Jméno:

Podpis:

Seznámení se sestrou:

- 1) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 2) Jak dlouhá je Vaše stomatologická praxe?
- 3) Jak dlouho pracujete v této ordinaci/ambulanci/klinice?
- 4) Kdy naposledy jste se setkala s pacientem ve vaší ordinaci/ambulanci?
- 5) Do jaké věkové kategorie zhruba pacient s dentofobií spadal?

Rozpoznání pacienta s dentofobií:

- 6) Jmenujte faktory, které přispívají ke vzniku dentofobie.:
- 7) Jak reagujete na naléhavé situace nebo paniku u pacientů s dentofobií?
- 8) Projevoval pacient nějaké rozpoznatelné příznaky úzkosti, aniž by vás o svém strachu upozornil?
- 9) Jaké jsou nejčastější otázky, které vám pacienti s dentofobií kladou?

Edukace a podpora pacienta:

- 10) Které kroky jste pacientovi s dentofobií poskytl/a za účelem poskytování dentální péče?
- 11) Má vaše ordinace/ambulace nějaké prospekty či vzory edukačního plánu pro pacienty trpícího dentofobií?
+ (Pokud ano) Kde je [edukační materiály] pacienti mohou najít, a jak často je aktualizujete?
- 12) Máte nějaké doporučené způsoby, jak pacienty připravit na návštěvu zubaře?
- 13) Jak podporujete pozitivní vnímání návštěv zubaře od dětství?
- 14) Existují nějaké specifické metody (obecně), které využíváte u pacientů s dentofobií?
- 15) Je nějakým způsobem organizován váš pracovní postup péče o pacienty s dentofobií v praxi?

Intervence a péče prováděná sestrou:

- 16) Které metody obvykle využíváte pro snížení stresu a obav pacienta?
- 17) Jak přistupujete k pacientům s dentofobií?
- 18) Jakým způsobem se snažíte uklidnit nebo podpořit pacienty, kteří mají strach z návštěvy zubního lékaře?
- 19) Jsou k dispozici standardní postupy nebo plány péče vytvářeny individuálně?
- 20) Jak určujete individuální potřeby pacienta a jak jim přizpůsobuje plán péče?
- 21) Jak často plán péče pro pacienta s dentofobií přehodnocujete nebo měníte?
- 22) Máte v ordinaci nějaký program prevence dentofobie nebo informační materiály pro pacienty?

Prevence vzniku dentofobie:

- 23) Jak spolupracujete a jak si předáváte informace s celým týmem v ordinaci/ambulanci na vytváření plánu péče pro pacienty s dentofobií?
- 24) Jak vytváříte pohodové prostředí v zubařské ordinaci/ambulanci?
- 25) Které faktory, dle vašeho názoru, se podílejí na vzniku dentofobie u pacienta?
- 26) Jakým způsobem se v ordinaci snažíte eliminovat faktory, které by mohly přispět k vzniku dentofobie?
- 27) Je první návštěva pacienta v ordinaci zaměřená na budování důvěry a na pohodlí? A jakým způsobem?
- 28) Jakým způsobem aktivně vzděláváte pacienty a pomáháte jim porozumět procedurám a snižovat jejich obavy?
- 29) Spolupracujete s rodinou pacienta, pokud jde o prevenci dentofobie u dětí?



Prevence dentofobie

Proč je prevence důležitá?

Pravidelné návštěvy u zubaře jsou klíčem k udržení zdravých zubů a dásní. **Prevence a včasná léčba zubních problémů mohou předjet vážnějším a bolestivějším zákrokům v budoucnosti.**

Jak překonat strach ze zubaře?

1. **Vyberte si vhodného zubaře:** Hledejte zubaře, který má zkušenosti s pacienty trpícími dentofobií.
2. **Komunikujte:** Nebojte se sdělit svému zubaři o svých obavách. Otevřená komunikace může pomoci při přizpůsobení ošetření vašim potřebám.
3. **Používejte relaxační techniky:** Před návštěvou zubaře zkuste mediaci, hluboké dýchání nebo poslech uklidňující hudby.
4. **Postupujte krok za krokem:** Pokud je váš strach velmi silný, můžete začít s krátkými a méně invazivními návštěvami a postupně se připravovat na delší a složitější zákroky.
5. **Vzdělávejte se:** Znalost toho, co vás čeká, může snížit strach z neznámého. Neváhejte se zubaře zeptat na detaily o postupu a případně si přečíst o moderních technologických technikách.

Rozdíl mezi strachem a dentofobií

Je důležité rozlišovat mezi běžným strachem a dentofobií. Strach z návštěvy zubaře je normální a může ho občas zažít každý. Tento strach je obvykle zvládnutelný a nebrání pravidelným návštěvám zubaře.

Dentofobie, na druhé straně, je intenzivní a iracionální strach, který může výrazně ovlivnit kvalitu života. Lidé s dentofobií často zažívají extrémní úzkost jen při pomyslení na zubaře, což vede k vyhýbání se zubní péči i při vážných problémech. Tento stav může způsobit dlouhodobé zanedbání ústní hygieny a zdravotních problémů, které by jinak mohly být snadno řešeny při pravidelných prohlídkách.

Jak rozpoznat dentofobii:

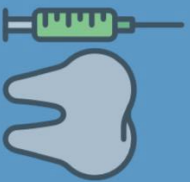
- Silná úzkost nebo panika před návštěvou zubaře.
- Fyzické příznaky, jako je zrychlený tep, pocení, třes nebo nevolnost.
- Odkládání nebo úplné vyhýbání se návštěvám zubaře, i když je zjevný problém.
- Potřeba užívat sedativa nebo anestetika k zvládnutí běžného ošetření.

Pokud máte podezření, že trpíte dentofobií, nebojte se o tom hovořit se svým zubařem. Moderní stomatologie nabízí řadu způsobů, jak pomoci pacientům překonat tento strach a zajištit, že dostanou potřebnou péči.



ZUBAŘE SE NEBOJÍM!





Typy sedativ a anestezii pro zvládnutí dentálního ošetření

Pro pacienty trpící dentofobií nebo silným strachem z dentálních zákroků existují různé možnosti sedativ a anestezii, které mohou pomoci uvolnit se a snížit úzkost během ošetření.

➤ **Lokální anestezie:** Používá se k zneclitvení konkrétní části úst, kde bude prováděn zákrok. Nejčastěji se jedná o injekci, která blokuje bolest v ošetrované oblasti, aniž by ovlivnila zbytek těla.

➤ **Nitrožilní sedace:** Jedná se o silnou formu sedace, kde je sedativum podáváno přímo do žíly. Tento typ sedace způsobuje hlubší relaxaci a někdy i mírnou amnézii, takže si pacienti nepamatují detaily ošetření.

➤ **Inhalační sedace** (rajský plyn): Směs kyslíku a oxidu dusného (rajský plyn) je inhalována přes masku, což vyvolává pocit uvolnění a klidu. Tento typ sedace je snadno kontrolovatelný a rychle působí.



➤ **Orální sedace:** Pacient užívá sedativum ve formě tablety nebo tekutiny před návštěvou zubaře. Tento typ sedace způsobuje ospalost a uvolnění, což může pomoci snížit úzkost během zákroku.

➤ **Celková anestezie:** Používá se při složitých zákretech nebo u pacientů s extrémní dentofobií. Pacient je uveden do hlubokého spánku, takže si během zákroku nic nepamatuje ani necítí bolest.

Každý z těchto typů sedativ a anestezii má své výhody a je vhodný pro různé situace. Váš zubař vám pomůže vybrat nejhodnější možnost podle vašich individuálních potřeb a stupně strachu či úzkosti. Nebojte se o těchto možnostech otevřeně diskutovat se svým zubařem, aby vaše návštěva byla co nejpříjemnější a nejméně stresující.



Zdravé zuby = zdravé tělo

Pamatujte, že zdraví vašich zubů má přímý vliv na celkové zdraví vašeho těla. Pravidelná péče a kontroly mohou pomoci předcházet nejen zubním problémům, ale i jiným zdravotním komplikacím.

Autorka:

Tereza Šírmová

V rámci zpracování bakalářské práce na téma:

Role sestry v péči o pacienta s dentofobií

Šablona brožury čerpána z:

<https://www.canva.com>

13 Seznam zkratek

Apod. – a podobně

DÚ – Dutina ústní

ETVR – Exposure Therapy with Virtual Reality: Terapie expozicí s virtuální realitou.

KBT – kognitivně-behaviorální terapie

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association: Asociace se zaměřením na stanovování a klasifikaci diagnóz v ošetrovatelství.

Např. – například

OK – Zkratka, která znamená souhlas nebo potvrzení, že je něco v pořádku.

RTG – Rentgenové Záření: Typ elektromagnetického záření používaného v lékařství k diagnostice a léčbě, zejména pro rentgenové snímky.

SMS – Short Message Service: Služba pro krátké textové zprávy, která umožňuje uživatelům posílat a přijímat textové zprávy přes mobilní telefon.

SZŠ – Střední Zdravotnická Škola: Typ střední školy, která se zaměřuje na vzdělávání v oblasti zdravotnictví a lékařských oborů.

VO – výzkumná otázka

VŠ – Vysoká Škola: Instituce poskytující vysokoškolské vzdělání, obvykle na bakalářské, magisterské a doktorské úrovni.

ZSF JU – Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita