

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Věra Poláchová

Odontofobie v kontextu ošetrovatelské péče v zubní ordinaci

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

Olomouc 2017

Prohlašuji, že jsem přehledovou bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 28. dubna 2017

podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Šárce Vévodové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce a cenné rady při konzultacích. A také své rodině za podporu a trpělivost po celou dobu mého studia.

Anotace

Typ závěrečné práce: Přehledová bakalářská práce

Téma práce: Odontofobie v ošetrovatelské péči

Název práce: Odontofobie v kontextu ošetrovatelské péče v zubní ordinaci

Název práce v AJ: Odontophobia in the context of nursing care in the dental office

Datum zadání: 2017-01-19

Datum odevzdání: 2017-04-28

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Poláchová Věra

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Přehledová bakalářská práce prezentuje získané poznatky z publikovaných článků a studií týkajících se tématu odontofobie v ošetrovatelské péči. Práce je složena ze tří kapitol, jejichž orientace je směřována ke stanoveným cílům. První část je zaměřena na sumarizaci příčin odontofobie. Druhá část se zabývá komunikačními dovednostmi v prevenci odontofobie. Třetí část se věnuje managementu strachu a úzkosti v zubní ordinaci. Prezentuje návrhy intervencí k eliminaci strachu a úzkosti.

Abstrakt v AJ: The overview thesis presents acquired knowledges from published articles and studies on the topic of odontophobia in nursing care. The work consists of three chapters respecting objectives of the thesis. The first part focuses on the summarization of the causes of odontophobia. The second part covers the communication skills in the prevention of odontophobia. The third part is dedicated to the management of fear and anxiety in the dental office. This part presents proposals for interventions to eliminate the fear and anxiety.

Klíčová slova v ČJ: zubní strach, zubní úzkost, zubní fobie, komunikační dovednosti, management, ošetřovatelství, ošetřovatelská péče, chování

Klíčová slova v AJ: dental fear, dental anxiety, dental phobia, communication skills, management, nursing, nursing care, behavior

Rozsah: 44 stran, 0 příloh

Obsah

Úvod do problematiky	7
1 Rešeršní strategie	9
2. 1 Odontofobie a její příčiny	11
2. 2 Komunikační dovednosti v prevenci odontofobie	20
2. 3 Management strachu a úzkosti v zubní ordinaci	25
2. 4 Význam a limitace dohledaných poznatků	34
Závěr	36
Referenční zdroje	38
Seznam zkratek	44

Úvod do problematiky

Se strachem a úzkostí v souvislosti s návštěvou zubního lékaře má zkušenost až 75% populace ve vyspělých státech. U 5 - 15% z nich se projevuje odontofobie (Raudenská, 2011, s. 9 - 13). Zubní fobie je neúměrný strach z invazivního zubního ošetření. Je jednou z nejrozšířenějších specifických fobií v běžné populaci. Je spojena s významným poškozením orální kvality života a u některých pacientů má negativní psychosociální důsledky (Doering et al., 2013, s. 584 – 593). Lidé s odontofobií vyžadují pečlivou a šetrnou péči od dentálního týmu ordinace. U těchto pacientů je pravděpodobnější odložení nebo vyhnutí se návštěvy zubního lékaře. Často přicházejí k ošetření pozdě, až když trpí velkou bolestí. Ošetření bývá náročné pro pacienta i personál. Pokud nejsou pacienti ošetřeni vhodným způsobem, jejich strach se prohlubuje (Armfield a Heaton, 2013, s. 390 – 407). Úkolem zdravotnického personálu ordinace je zajistit, aby péče o pacienta byla od začátku do konce návštěvy ordinace co nejméně traumatická (Mediavilla a Utrilla, 2013, s. 202-204). V souvislosti s tímto je možno si položit otázku: „Jaké jsou nejnovější poznatky o příčinách odontofobie, její prevenci a přístupu k pacientům s odontofobií?“

Cílem přehledové bakalářské práce je sumarizovat dohledané publikované poznatky týkající se problematiky odontofobie. Cíl práce byl specifikován v dílčích cílech: Cíl 1: Předložit dohledané publikované poznatky o příčinách vzniku odontofobie. Cíl 2: Předložit dohledané publikované poznatky o komunikačních dovednostech v prevenci odontofobie.

Cíl 3: Předložit dohledané publikované poznatky o managementu strachu a úzkosti v zubní ordinaci.

Vstupní studijní literatura:

BECK, Aaron T. Kognitivní terapie a emoční poruchy. 1. vyd. Praha: Portál. 2005. 256 s. ISBN: 80-7367-032-1.

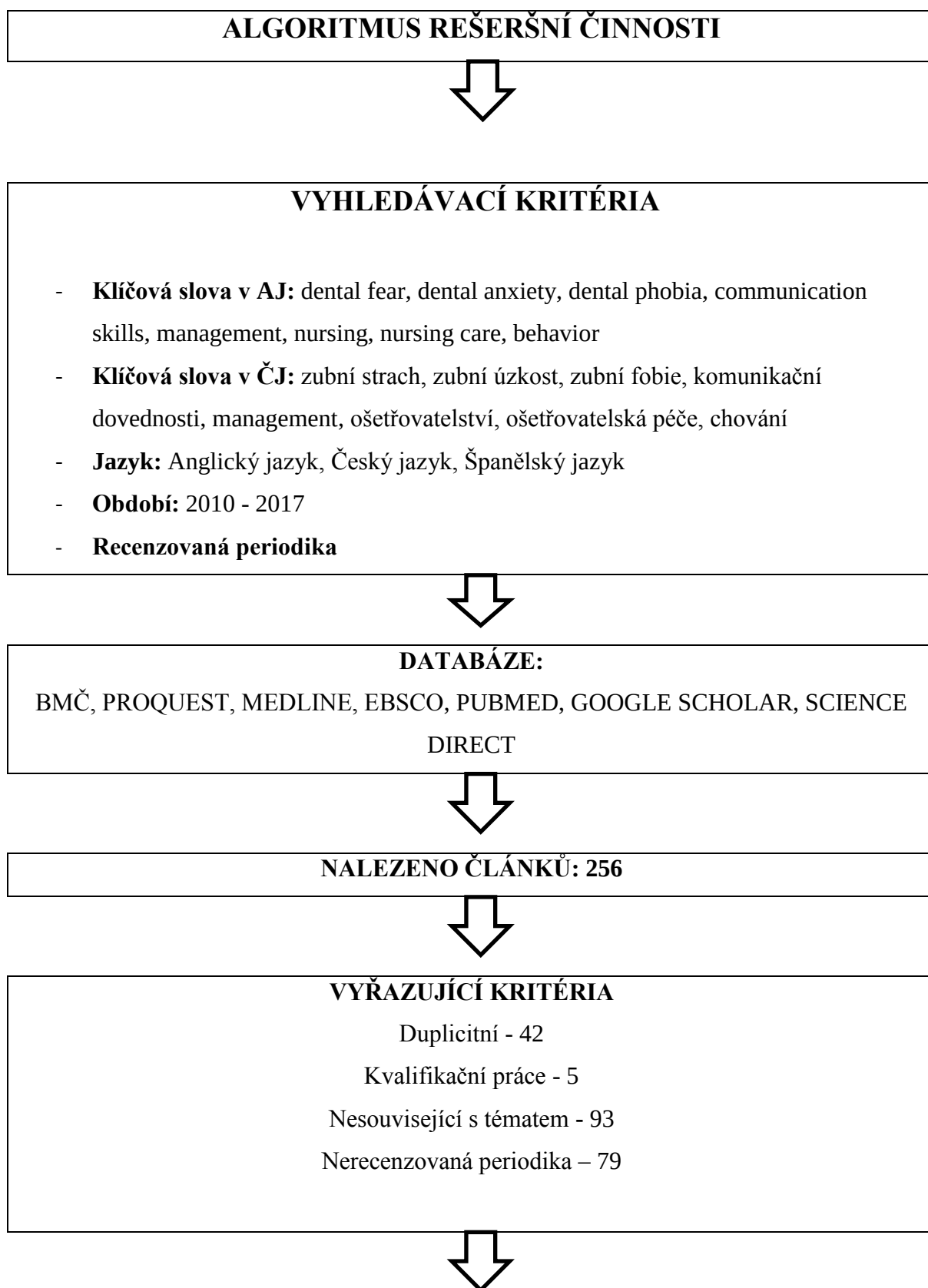
KILIAN, Jan. Prevence ve stomatologii. 2. rozšířené vyd. Praha: Galén. 1999. 239 s. ISBN: 80-7262-022-3.

OREL, Miroslav a kol. Psychopatologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2012. 264 s. ISBN: 978-80-247-3737-9.

PLEVOVÁ, Ilona a SLOWIK, Regina. Komunikace s dětským pacientem.1.vyd. Praha: Grada Publishing,a.s. 2010. 256 s. ISBN: 978-80-247-2968-8.

ROKYTA, Richard. Bolest a jak s ní zacházet.1.vyd. Praha: Grada Publishing,a.s. 2009. 184 s. ISBN: 978-80-247-3012-7.

1 Rešeršní strategie



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ:

PROQUEST - 1

MEDLINE - 2

EBSCO - 6

PUBMED - 12

BMČ – 6

GOOGLE SCHOLAR – 5

SCIENCE DIRECT - 2

SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ:

3 – Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry

2 - Stoma Team, Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal

1 - Acta Odontológica Colombiana, American Journal of Nursing, Australian Dental Journal, Avances en Odontoestomatología, BMC Oral Health, Bolest, Burns, Central European Journal of Nursing and Midwifery, Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry, Clujul Medical, Československá pediatrie, European Archives of Paediatric Dentistry, European Journal Of Oral Sciences, Gaceta dental, Health, International Journal Of Paediatric Dentistry, Investigación En Educación Médica, Journal Of Anxiety Disorders, Journal of Dental Education, Journal Of Research In Pharmacy Practice, Materia Socio-Medica, Motivation and Emotion, Nurse education today, Odontoestomatología, Praktický lékař, Revista Española de Comunicación en Salud, Revista Estomatológica Herediana



Pro tvorbu teoretických východisek bylo využito **34** dohledaných článků

2. 1 Odontofobie a její příčiny

Při poskytování stomatologické péče se můžeme setkat se strachem, úzkostí a fobií. Tyto termíny jsou si velmi podobné, snadno zaměnitelné, ale jsou rozdílné (Armfield a Heaton, 2013, s. 390 – 407). Strach z bolesti a nepohodlí při zubním ošetření doprovází lidstvo od počátku stomatologického ošetření. Tradiční pojetí zubaře jako „mučitele“ má svůj původ ve skutečnosti, že zuby a jejich léčba mohou způsobit silné bolesti (Reyes et al., 2015, s. 33 – 46). Úzkost často souvisí s bolestivým stimulem a zvýšeným vnímáním bolesti. Pacienti s úzkostí pociťují větší bolest, která trvá déle. Kromě toho také zveličují svou vzpomínku na bolest (Appukuttan, 2016, s. 35 – 50). Strach je často produktem nevědomosti o prováděném zákroku nebo pouhým zanedbáním péče ze strany pacienta, který nedodržuje zásady dentální hygieny a pravidelných prohlídek. Je důležité znát příčinu, proč pacient nedodržuje termín pravidelných prohlídek. Častou příčinou je strach. Pacienti strach překonávají každý den. Z tohoto důvodu musí být dentální tým připraven poskytnout emocionální a psychologickou podporu každému pacientovi, který přichází do zubní ordinace s pocitem strachu (Reyes et al., 2015, s. 33 – 46).

Strach a úzkost narušují pocit jistoty a bezpečí a mohou se vzájemně prolínat (Hlubková a Sikorová, 2015, s. 205 – 210; Orel, 2012, s. 142). Definice úzkosti, strachu a fobie dle Orla zní: „*Úzkost je prožívána jako subjektivně nepříjemný pocit ohrožení, obav či „bezejmenného strachu“ bez reálného nebezpečí (dotyčný se bojí, ale neví, čeho přesně). Oproti úzkosti je strach vždy zacentrován na určitý objekt nebo situaci a spojen s konkrétním ohrožením – má tedy určitelný obsah (dotyčný se bojí a ví, čeho přesně). Fobie je označení pro výrazný, neopodstatněný či nesmyslný strach omezující život. Zasahuje do prožívání a chování. Fobie jsou spojeny s vyhýbáním se určitým situacím nebo objektům. Dotyčný si vesměs uvědomuje nepřiměřenou sílu strachu, který jej doslova „zaplaví“. Není však zpravidla schopen mu sám čelit nebo jej dostat pod racionální kontrolu. Často se dopředu projevuje anticipační úzkost*“ (Orel, 2012, s. 142). Fobie jsou doprovázeny tělesnými příznaky. Mezi tyto příznaky patří změny dechové a tepové frekvence, zvýšené pocení, častější močení, průjem, sucho v ústech, třes, svalové napětí, parestézie, bledost, zrudnutí a další (Orel, 2012, s. 142).

Strach a úzkost ze zubního lékaře a zubního ošetření jsou významné problémy, které přispívají k vyhýbání se zubní péči (Appukuttan, 2016, s. 35 – 50). Ohromující a iracionální strach ze zubního lékařství spojený s hypertenzí, úzkostí a neklidem se nazývá odontofobie

a byla diagnostikována na základě specifických fobií podle Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch a Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (Appukuttan, 2016, s. 35 – 50).

Odontofobie patří mezi specifické fobie, které jsou jedny z nejčastějších úzkostných poruch. Specifické fobie se zhoršují při stresu. Odontofobie je popisována jako nepřiměřeně silný a iracionální strach, který se vztahuje jednak ke strachu ze stomatologa, ale i ke strachu z prováděných stomatologických úkonů spojených s bolestí. Pro vyjádření tohoto strachu lze použít i synonyma jako zubní nebo dentální fobie, fobie ze zubního lékaře, dentofobie nebo úzkost spojená se zuby a zubním ošetřením (Raudenská, 2011, s. 9 - 13). Tyto fobie vznikají často již v dětství, a pokud se neléčí, tak přetrvávají celý život. Ke vzniku vede traumatická událost, nepříjemný zážitek spojený se zdravotnickými úkony, nevhodné chování doprovodu pacienta, nevhodné chování stomatologického týmu během ošetření, úzkostní členové rodiny nebo vrstevníci a expozice děsivého zobrazení zubních lékařů ve sdělovacích prostředcích (Raudenská, 2011, s. 9 – 13 ; Appukuttan, 2016, s. 35 – 50). Genetické faktory v kombinaci se zkušenostmi jsou považovány za relevantní etiologické faktory. De Jongh et al. (In Doering et al., 2013, s. 584) zjistili, že u 87 % pacientů s vysokou hladinou úzkosti spojené se zubním ošetřením byla příčinou této úzkosti negativní zkušenost v průběhu předchozího ošetření zubů a 46 % mělo jeden nebo více příznaků posttraumatické stresové poruchy. Tato studie spolu s důkazy z jiných studií naznačují, že expozice nepříjemnému zubnímu ošetření hraje klíčovou roli k rozvoji a udržování dlouholetého zubního strachu a fobie (Doering et al., 2013, s. 584 – 593).

Úzkost spojená se zubním ošetřením je běžný problém, který postihuje lidi všech věkových skupin a začíná se rozvíjet většinou v dětství a dospívání. Dětská zubní úzkost není stresující pouze pro dítě a rodinu, ale i pro personál zubní ordinace. Dále je také spojována se špatnou úrovní dentálního zdraví a se zvýšenými náklady za specializované stomatologické služby. Assuncao et al. uvádějí, že právě frekvence zubních onemocnění a nepříjemných zubních zkušeností je vyšší u dětí s úzkostí v porovnání s dětmi, které netrpí úzkostí. Zubní lékaři musí vzít v úvahu multifaktoriální etiologii zubní úzkosti, aby lépe porozuměli dětským pacientům a jejich rodičům (Assuncao et al., 2013, s. 175 – 179).

Stejného názoru jsou také Suhani R.D., Suhani M.F. a Badea, kteří uvádějí, že úzkost spojená se zubním ošetřením se vyskytuje u pacientů po celém světě a ovlivňuje významné množství lidí ze všech společenských vrstev. Jedná se o závažný problém pro zubního lékaře i pacienta při poskytování stomatologické péče. Úzkost má psychologickou a emocionální složku. Popisují tři elementární faktory přispívající ke vzniku zubní úzkosti. Prvním z nich je

strach z neznámého a nových zkušeností. Nové zkušenosti jsou často pacienty interpretovány jako ohrožující a děsivé. Druhým faktorem je nejistota, která přispívá k elevaci rozrušení pacienta. Obecně platí, že lidé nemají rádi neznámé zážitky. V neposlední řadě je to faktor očekávání, neboť zavádějící informace poskytnuté ze strany rodiny nebo přátel mohou vést ke zvýšenému rozrušení a úzkostnému stavu. Tyto informace mají často podobu negativních zážitků a zkušeností, které podporují strach a úzkost pacienta. Strach ze zubního ošetření je ve svém důsledku spojen s nižší frekvencí návštěv zubní ordinace, to má za následek zhoršení zdravotního stavu dutiny ústní. Vystrašený nebo úzkostný pacient má horší stav dutiny ústní, což může negativně ovlivnit jeho společenský život, protože orální zdraví má významný dopad na kvalitu života a sebeúctu člověka (Suhani R.D., Suhani M.F. a Badea, 2016, s. 143 – 149).

Paryab a Hosseinbor potvrzují, že u dětí je úzkost spojená se zubním ošetřením jedním z důvodů, jež jim brání v pravidelných návštěvách zubního lékaře. Své závěry opírají o výsledky studie, kterou provedli v Íránu v roce 2011. Na podkladě jejich výzkumného šetření zdůrazňují důležitou otázku, a to, zda jde pouze o problém v chování dítěte či projevy jeho osobnosti, nebo má dítě strach z prostředí samotné zubní ordinace. Při diagnostice strachu je zde jen tenká hranice, kterou je třeba rozlišit. Jedním z nejdůležitějších faktorů při zubní úzkosti je věk dítěte. U dětí ve věku 3 – 6 let je zubní úzkost běžným projevem. S přibývajícím věkem dítěte dochází ke změnám kognitivním a sociálně-emočním, kdy strach z odloučení od rodiče, cizích osob a neznámého prostředí je snížen. Srovnání mezi věkovými skupinami ukázalo, že prevalence závažné zubní úzkosti je ve věku 6 – 7 let vyšší než u jiných věkových skupin. Proto dodávají, že je třeba mít vždy na paměti, že zubní úzkost a poruchy chování u dětí během návštěvy zubní ordinace jsou ovlivněny několika faktory podobně jako u dospělých. Závěr jejich studie dokládá, že nepravidelné zubní prohlídky vedou k závažné zubní úzkosti u dětí a vedou také k negativním zkušenostem s bolestí zubů. Většina dětí, u kterých jsou zanedbány návštěvy zubního lékaře, potřebuje následně extrakci zubů. Také autoři Bedi, Skaret, Raciene, Lee a Oliveira (In Paryab a Hosseinbor) rovněž zdůraznili význam pravidelných kontrol jako prevenci zubní úzkosti (Paryab a Hosseinbor, 2013, s. 82 – 86).

Mezi faktory zvyšující zubní úzkost dítěte patří zubní úzkost rodičů, zejména matek. Dalším faktorem je lokální anestezie a předchozí negativní zkušenosti spojené se zubním ošetřením. Je třeba zvýšit informovanost rodičů o nutnosti pravidelných preventivních prohlídek od kojeneckého věku. Jen tak se mohou snížit negativní zubní zkušenosti a tím zabránit zvýšené zubní úzkosti u starších věkových kategorií dětí a dospělých (Paryab

a Hosseinbor, 2013, s. 82 – 86). Podle Kiliana (In Sikorová a Rajmová, 2015, s. 327) mohou mít děti strach ze stomatologického ošetření z důvodu obecně zažitě představy nepříjemnosti zubního ošetření a z pohledu dítěte děsivého prostředí zubní ordinace. Dalším zdrojem strachu může být negativní zkušenost z předešlého zubního ošetření (Sikorová a Rajmová, 2015, s. 327 – 335).

Navzdory inovacím v přístrojovém vybavení zubní ordinace a šetrnějším postupům při ošetření zažívá velká část populace zubní strach a úzkost. Olak et al. uvádí několik studií, ve kterých se prokázal vztah mezi výskytem zubního kazu a strachem. Kromě toho byl prokázán vztah mezi výskytem kazu u dětí a zubním strachem jejich rodičů (Olak et al., 2013, s. 26 – 31). Přesvědčení a postoje rodičů vůči stomatologům ovlivňují vnímání dítěte. Úroveň zubního strachu rodičů hraje významnou roli ve vývoji zubní úzkosti dítěte. Dochází k emocionálnímu přenosu zubního strachu mezi rodičem a dítětem. Schopnost dítěte vyrovnat se s ošetřením zubů závisí na absenci rodičovské úzkosti. Tvoření negativního obrazu zubního lékaře začíná již v dětství a přetrvává po celý život (Belén a Andrés, 2016, s. 16 – 24).

Cílem studie Morgan et al. bylo prozkoumat zkušenosti dětí se zubní úzkostí. Tato studie byla jednou z prvních, ve které byly děti přímo dotazovány na zubní úzkost. Účastníci v rámci tohoto výzkumu popsali své zkušenosti týkající se různých faktorů v rámci modelu pěti oblastí. Strukturované rozhovory byly provedené s úzkostnými dětmi ve věku 11 – 16 let. Celkem bylo dotázáno 13 dětí, které popsaly své zkušenosti se zubní úzkostí. Všichni účastníci měli zkušenosti s ošetřením zubů, zubní extrakcí a s použitím lokálního anestetika. Dotazy se týkaly situačních faktorů, myšlenek, emocí, fyzických příznaků a chování. Z výsledku vyplývá, že velký vliv na jejich úzkost má špatná komunikace personálu a neosobní přístup. Děti uvedly, že dentální tým i rodiče mají vliv na jejich úzkost. Účastníci popsali ideální dentální tým, který tvoří osoby profesionální, upřímné a empatické. Děti chtějí od dentálního týmu informace o tom, co je během ošetření čeká a ne, aby jim tyto informace byly zatajeny. Je důležité, aby informace byly podány s ohledem na věk dítěte. Rozporuplným výsledkem studie byl názor na to, jak podrobné informace mají být poskytnuty. Bylo to dáno tím, že přestože dětský pacient projevil touhu vědět, co ho čeká, následně po obdržení informací odmítl ošetření. Jako možné komplikace účastníci uvedli změnu plánu ošetření a personální změnu dentálního týmu. Dle této studie dětské pacienti kladou důraz na dostatek času při rozhodování, upřímný přístup rodičů a často ocení, když je rodiče během ošetření drží za ruce. Velký vliv na zubní úzkost má zubní prostředí. Všichni účastníci se shodli na tom, že negativně na ně působí výkřiky dalších ošetřovaných pacientů a podivné zvuky ozývající se ze zubní ordinace (Morgan et al., 2017, s. 87 - 97). Na některé

děti negativně působil pohled na ostré a děsivé nástroje. Nepříznivý vliv na ošetření mají také negativní zkušenosti z předešlých ošetření. Negativní vzpomínky ovlivňují emoční stav a mají vliv na fyzické příznaky. Strach a úzkost ovlivňují autonomní vegetativní systém. Děti vypověděly, že se často snaží přemluvit rodiče, aby zrušili termín ošetření. Snažily se oklamat rodiče, že se necítí dobře a bagatelizovaly problémy s bolestí zubů. Když už děti sedí v zubním křesle, tak se snaží oddálit zubní ošetření tím, že se vyptávají personálu ordinace nebo neotevrou ústa (Morgan et al., 2017, s. 87 - 97).

Autoři se shodují, že zubní fobie může být vyvolána senzorickými spouštěči, jako jsou zvuk zubní vrtačky a turbíny, vůně zubní ordinace, pohledem na zubní křeslo, bílým oblečením personálu ordinace, pohledem na jehly a injekce, pocitem znecitlivění, nemožností u ošetření polknout, polohou vleže, nepříjemným personálem, zahájením ošetření dříve, než zabere anestezie a narušením tělesné integrity (Appukuttan, 2016, s. 35 – 50 ; Mediavilla a Utrilla, 2013, s. 202 – 204). Appukuttan k běžným obavám, které vedou k zubní úzkosti, strachu z bolesti, z neznámého a ze samotného ošetření u zubního lékaře, přidává také strach z krvavého poranění, strach ze zesměšnění, strach z otravy rtutí, strach z ozáření, strach z udušení a strach ze ztráty kontroly při zubním ošetření (Appukuttan, 2016, s. 35 – 50).

Ve studii prováděné Bernsteinem et al. udává 50% pacientů s úzkostí jako spouštěcí faktor negativní chování dentálního týmu. Tito pacienti nepociťovali bolest při ošetření, ale nedostatek empatie ze strany personálu. Samozřejmě tento vztah může být oboustranný, protože zubní úzkost může snižovat kvalitu mezilidských vztahů mezi pacientem a personálem zubní ordinace a negativně ovlivnit kvalitu poskytované péče (Armfield a Heaton, 2013, s. 390 – 407).

Strachem z neznámého a strachem z očekávané bolesti, které jsou zmiňovány jako příčinné faktory zubního úzkosti, se zabývali také Hofer et al. Na příkladu studie provedené ve Finsku se ukázalo, že respondenti, kteří navštěvují zubní ordinaci pravidelně za účelem preventivní dentální hygieny, se méně bojí přijít k zubnímu lékaři než pacienti, kteří navštěvují zubního lékaře nepravidelně a nechodí na pravidelnou dentální hygienu. Na rozdíl od stomatologických výkonů je dentální hygiena předvídatelná a pacient postupně ztrácí pocit strachu a toto se projeví i při návštěvě zubního lékaře (Hofer et al., 2016, s. 1 – 7).

Zubní strach a úzkost vyvolávají u jednotlivce fyzickou, kognitivní, emoční a behaviorální odezvu. Ošetření úzkostných pacientů je stresující pro zubního lékaře, neboť tito pacienti méně spolupracují, což vyžaduje více času a prostředků. V konečném důsledku jde o nepříjemný zážitek jak pro pacienta, tak i pro stomatologa. Cohen et al. (In Appukuttan, 2016, s. 35 – 50) uvádějí, že zubní úzkost ovlivňuje život jedince mnoha

způsoby. Fyziologické dopady zahrnují pocity vyčerpání po zubním ošetření, zatímco kognitivní zahrnují řadu negativních myšlenek, pocitů a strachu. Vzhledem k těmto významným dopadům je velmi důležité nejen efektivně identifikovat stomatologicky úzkostné jedince, ale také s nimi zacházet odpovídajícím způsobem již při příchodu do zubní ordinace. Odborník by se měl zaměřit na zmíněnou úzkost a strach takovým způsobem, že tyto pacienty pozitivně motivuje. Toto tvoří dlouhodobý základ pro budoucí zubní návštěvy (Appukuttan, 2016, s. 35 – 50).

K zajímavým závěrům dospěli Suhani R.D., Suhani M.F. a Badea, kteří se na úzkost pacientů při stomatologických ošetřeních zaměřili z neobvyklého pohledu. Při vyhodnocení ekonomického statusu se ukázalo, že osoby s nižším příjmem, bez příjmu nebo finančně závislé na jiného člena rodiny byly více nervózní než osoby nezávislé. Nevzdělaní lidé se pohybovali vysoko na stupnici úzkosti, zatímco vzdělaní lidé se s úzkostí vyrovnali lépe (Suhani R.D., Suhani M.F. a Badea, 2016, s. 143 – 149).

Zubní lékařství bylo vždy spojeno s bolestí. Bolest zubů je jednou z nejvíce nesnesitelných bolestí pro lidstvo (Mediavilla a Utrilla, 2013, s. 202 – 204). Raudenská (2011, s. 81), Ginzlová a Dostálová (2012, s. 48) uvádí definici bolesti podle Mezinárodní asociace pro studium bolesti: *„Bolest je nepříjemný smyslový a emoční prožitek související se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně.“* Při stomatologickém ošetření se jedná o bolest nociceptorovou, která vzniká poškozením tkání. Tato bolest je navíc lokalizovaná v oblasti druhé a třetí větve trojklanného nervu, tedy v oblasti, kde je bolest nejintenzivnější. Zásadou správné terapie je odstranit zdroje nebo příčiny bolesti. Tišení bolesti analgetiky by mělo přijít pouze v případě, kdy nelze zdroj bolesti najít nebo ho nelze odstranit.

Léčba bolesti u pacienta je jedním z nejnáročnějších aspektů péče o zuby, kterému zubní lékaři čelí každý den. Předchozí zkušenosti, očekávání a aktuální emocionální stav ovlivňují prožívání bolesti. Mnoho zubních lékařů se zaměřuje pouze na somatický aspekt vnímání bolesti a neberou v úvahu afektivní a kognitivní prvky (Suhani R.D., Suhani M.F. a Badea, 2016, s. 143 – 149). Každý člověk reaguje na bolest odlišně, proto je třeba individuální přístup. Mezi faktory ovlivňující reakci na bolest patří: pohlaví, osobnost, emoční změny, psychické změny, sociální a kulturní faktory. Teorie, která by prokázala typickou osobnost citlivou více na bolest nebyla nikdy prokázána, nicméně posouzení osobnosti je důležité. Emočně nestabilní pacienti vnímají bolest intenzivněji. Extroverti většinou dostávají od lékaře při ošetření analgetika častěji, neboť více o bolesti hovoří, na rozdíl od introvertů. Na vnímání bolesti má vliv i pohlaví. Ženy prožívají bolest intenzivněji a bolest má delší trvání. U žen je často bolest označována jako psychogenní bez somatického

podkladu. Na prožívání bolesti se podílí i kulturní zvláštnosti etnických skupin a sociální faktory. Sociální faktory negativně ovlivňují zejména bolest chronickou. Negativní vliv na vnímání bolesti mají i úzkostní rodiče, zkušenosti s bolestí v dětství a hospitalizace (Raudenská, 2011, s. 81 - 85).

Se strachem z bolesti se setkáváme nejen u dospělých, ale i u dětí. K základním dovednostem stomatologického týmu pečujícího o dětské pacienty patří management bolesti (Sikorová a Rajmová, 2015, s. 327 – 335). Ginzelová a Dostálová kladou důraz na vyloučení bolesti u dětí při stomatologickém ošetření. Docílí se tím klidu dítěte, provedení dokonalého ošetření a v neposlední řadě zmírnění strachu z ošetření. Při necitlivém přístupu získá dítě pocit strachu, který ho provází po celý život. Vnímání bolesti je subjektivní vjem a záleží na věku pacienta. Dítě do dvou let nerozpozná pocit bolesti a tlaku. Děti od dvou do deseti let již vnímají pocit ublížení a násilí. Od deseti let již dítě chápe nutnost užití lokální anestezie, ale mohou se při ošetření vyskytnout problémy v chování, které souvisí s pubertou. Na výsledek ošetření má vliv inteligence dítěte, jeho citlivost a v neposlední řadě přístup rodičů (Ginzelová a Dostálová, 2012, s. 48 – 51).

Sikorová a Rajmová zjišťovaly, jaké strategie zvládání bolesti využívají děti při zubním ošetření. Jednorázového průřezového dotazníkového šetření se zúčastnilo 199 dětí ve věku 10 – 17 let. Soubor tvořilo 99 dívek a 100 chlapců, kteří přišli ke stomatologickému ošetření zubního kazu na Stomatologickou kliniku dětí a dospělých 2. LF UK a FN Motol. Z celkového počtu účastníků 100 dětí absolvovalo ambulantní ošetření, 99 bylo hospitalizovaných, 127 dětí mělo doprovod rodiče a 109 bylo v minulosti ošetřeno pro zubní kaz. K šetření byl použit dotazník The Waldron /Varni Pediatric Pain Coping Inventory (W/V –PPCI), který je k dispozici v českém jazyce. Výsledkem jejich studie je variabilita copingových strategií s ohledem na věk dětí, pohlaví, hospitalizaci a doprovod rodiče. Závěrem dodávají, že není vhodné rutinní doporučení pro děti jak efektivně zvládat bolest během stomatologického ošetření (Sikorová a Rajmová, 2015, s. 327 – 335).

Ginzelová a Dostálová uvádí: „*Ideálem by bylo, aby prevence byla na takové úrovni, že by děti nepotřebovaly konzervační stomatologické ošetření. Stomatologické ošetření dětských pacientů by bylo omezeno na úrazy a dentoalveolární a maxilofaciální komplikace při výměně dentice*“ (Ginzelová a Dostálová, 2012, s. 48 – 51).

Pro poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče je třeba objektivně zhodnotit potřeby a zdravotní stav pacienta za použití validního hodnotícího nástroje (Hlubková a Sikorová, 2015, s. 205 – 210). Dotazníky a hodnotící nástroje představují nejběžnější způsoby posuzování zubní úzkosti. Pomáhají všeobecným sestram identifikovat pacientovu úzkost

a společně realizovat strategie zaměřené na minimalizaci úzkosti způsobené zubním ošetřením. Posouzení úzkosti by mělo být součástí zubního vyšetření dětí i dospělých (Assuncao et al., 2013, s. 175 – 179).

Pro hodnocení úzkosti při návštěvě zubního lékaře u mladších dětí ve věku 2 – 8 let může všeobecná sestra použít nástroj Venham Picture Test. Základem tohoto testu je osm párů obrázků. Jednotlivé páry obrázků demonstrují situace „s úzkostí“ a „bez úzkosti“. Aktuální emocionální stav dítěte odráží výběr jeho obrázků z předložených párů. Celkové skóre je v rozmezí 0 – 8, vyšší skóre značí vyšší úzkost. Výhodou testu je rychlost, jednoduchost a využitelnost u dětí s omezenou slovní zásobou (Hlubková a Sikorová, 2015, s. 205 – 210). Dalším nástrojem používaným k měření zubní úzkosti u dětí je Facial Image Scale (FIS) vytvořený Buchananem a Nivenem. Lze ho použít u dětí od 3 – 18 let. Skládá se z řady pěti tváří v rozmezí od šťastné po velmi nešťastnou. Dítě ukáže, jak se cítí. Tento nástroj je snadno proveditelný a celosvětově použitelný (Ríos, Herrera a Rojas, 2014, s. 39 – 46).

Existují různé nástroje široce používané po celém světě, jejichž cílem je identifikovat zubní úzkost dospělé populace. U dospělých je nejběžnějším měřítkem zubní úzkosti škála DAS – Dental Anxiety Scale, vytvořená Normanem Corahem v roce 1969, která se skládá ze čtyř otázek týkajících se zubní úzkosti. Tato škála byla v roce 1995 modifikovaná na MDAS – Modified Dental Anxiety Scale, Humphris, Morrison, a Lindsay a byla k ní přidána pátá otázka, která zkoumá strach z aplikace lokální anestezie (Gordon et al., 2013, s. 365 – 378 ; Ríos, Herrera a Rojas, 2014, s. 39 – 46).

V oblasti výzkumu často dochází k využití širokého spektra hodnotících nástrojů dle požadavků oblasti výzkumu. Takovým příkladem je výzkum doktora Jana Jokla z Oddělení klinické psychologie v Novém Jičíně týkající se strachu a úzkosti před stomatologickým výkonem u dospělých pacientů ve věku 18 – 35 let. Cílem šetření bylo porovnat zubní strach a úzkost před ošetřením vzhledem k pohlaví, věku a osobnostním vlastnostem pacienta. První etapa výzkumu probíhala od září 2013 do února 2014 a zúčastnilo se jí 14 zubních ordinací z Jihomoravského a Zlínského kraje. Druhá začala listopadu 2014 a skončila v lednu 2015 a bylo do ní zapojeno 12 zubních ordinací stejných krajů. Metodou výzkumu bylo dotazníkové šetření, celkový soubor tvořilo 909 pacientů (531 žen a 378 mužů) a průměrný věk účastníků byl 26,52 let. Dotazníkové šetření probíhalo ve 26 zdravotnických zařízeních u respondentů, kteří byli ochotni dotazník vyplnit. Pacienti byli oslovoováni v době, kdy je intenzita strachu a úzkosti nejvyšší, tedy při čekání na ošetření. Celkový počet dotazů tvořilo 153 položek. Byly zde zahrnuty osobní údaje, Beckův dotazník úzkosti (BAI),

dotazník STAI, vlastní autorův Dotazník strachu a úzkosti před zubním ošetřením (SÚZO) a NEO Five-Factor inventář. Po analýze a vyhodnocení dat zjistil autor tyto závěry: před zubním ošetřením mají větší strach ženy než muži, míra úzkosti a strachu roste s přibývajícím věkem pacienta, pacienti více neurotičtí prokazují vyšší míru úzkosti a strachu před ošetřením, extrakce zubů představuje výkon, z kterého mají pacienti největší strach. Před zubním ošetřením nejčastěji pacienti pocítují neklid a nervozitu, aktuální psychosomatický stav a úzkost má větší vliv na strach a úzkost před ošetřením než osobnostní vlastnosti pacienta. Některé závěry se shodovaly i s jinými závěry autorů, kteří zkoumali faktory, které mají vliv na úzkost a strach před zubním ošetřením, nicméně byly i takové, které byly v rozporu se závěry autora. Například výzkum Moorea et al. (In Jokl) vyloučil vliv pohlaví na bolest, úzkost a strach. Do vyplňování dotazníku před zubním ošetřením se mohl promítnout sociokulturní vliv evropské civilizace, kdy je na muže vyvíjen od dětství tlak, aby nedávali najevo strach a bolest (Jokl, 2015, s. 158 – 164).

2.2 Komunikační dovednosti v prevenci odontofobie

Ve všech zdravotnických profesích a zejména ve stomatologii je důležitý dobrý vzájemný vztah mezi zdravotnickým personálem a pacientem. Interpersonální a komunikační dovednosti, využití psychosociálních a behaviorálních principů a efektivní komunikace s jednotlivci různých věkových, kulturních, sociálních a etnických skupin jsou považovány za základní dovednosti péče o pacienty (Orsini a Jerez, 2014, s. 1405 – 1415). Studie Morganové et al. dokazuje, že u dětí sehrává nezastupitelnou roli v prevenci odontofobie vhodně zvolená komunikace (Morgan et al., 2017, s. 87 - 97). Stejný názor zastávají i Raudenská a Appukuttan, kteří vidí jako příčiny odontofobie nevhodnou komunikaci a nevhodné chování zdravotnického personálu. To tyto autory vede k závěru, že je nutné v prevenci odontofobie stavět základy především na komunikaci (Raudenská, 2011, s. 9 – 13 ; Appukuttan, 2016, s. 35 – 50).

Vztah lékaře a pacienta je často vnímán jako základní kámen poskytování zdravotní péče. Velký vliv na psychický stav pacienta má celý dentální tým (Suhani R.D., Suhani M.F. a Badea, 2016, s. 143 – 149). Zdravotníci jsou obecně charakterizováni jako osoby důvěryhodné, družné a komunikativní. Aby byli úspěšní ve svém profesním životě, musí být také inteligentní a emočně stabilní. Těchto vlastností musí umět využít v komunikaci s pacientem, jeho doprovodem, ale také při komunikaci vzájemně mezi sebou. Neustále musí podporovat úctu a důstojnost svých pacientů. Vhodná komunikace zdravotnického personálu s pacientem zvyšuje pravděpodobnost úspěchu léčby. Z těchto důvodů je třeba přizpůsobit pacientům nejen komunikaci verbální tím, že volíme terminologii znalostem a vzdělání pacienta, ale dbáme také na komunikaci nonverbální. Komunikace ve zdravotnictví má velkou hodnotu, neboť špatně podaný údaj nebo jeho nepochopení pacientem zvyšuje riziko nedodržování léčebných postupů a tím selhání léčby (Belén a Andrés, 2016, s. 16 – 24).

Kourkouta a Papathanasiou se s tímto ztotožňují a zdůrazňují, že dobrá komunikace mezi sestrou a pacientem je nezbytná pro úspěšný výsledek individuální ošetrovatelské péče o každého pacienta. Komunikaci ovlivní nejen psychologické a komunikační schopnosti sestry, ale i vzdělání a zkušenosti. Ošetrovatelství jako věda zdravotní péče se zaměřuje na uspokojování potřeb člověka jako biopsychosociálně spirituální bytosti. Praxe vyžaduje nejen odborné znalosti, ale také interpersonální, intelektuální a technické schopnosti a dovednosti. Komunikace je důležitým prvkem ošetrovatelství ve všech oblastech činnosti

a ve všech svých intervencích, jako je prevence, léčba, rehabilitace, vzdělávání a podpora zdraví (Kourkouta a Papathanasiou, 2014, s. 65 - 67).

Pokud chce být zdravotník profesionálně úspěšný, musí být kompetentní nejen v odborné oblasti, ale i v oblasti komunikační. Komunikace v zubní ordinaci probíhá v prostředí, které často není pro pacienta příjemné a cítí se zde ohrožen. Pacient má obavy, někdy trpí bolestí. Úzkost pacientů se obvykle uvádí jako rizikový faktor přispívající ke špatnému orálnímu zdraví, a proto by personál stomatologické ordinace měl komunikační dovednosti dobře ovládat (Orsini a Jerez, 2014, s. 1405 – 1415).

Při efektivní komunikaci je velmi důležité vytvořit si dobrý vztah s osobou, se kterou komunikujeme, a podstatný je i způsob, jakým navozujeme komunikaci. Ten má za následek účinné či neúčinné zvládnutí určitých situací. Při komunikaci je třeba respektovat pacienta, odstranit nepříznivé mínění, vytvořit si s pacientem dobrý vztah a umět pacientovi naslouchat. Maldonado uvádí, že zdravotnický personál si musí být vědom toho, že osobní vnímání, hodnoty a kulturní prostředí, ve kterém se pohybujeme, ovlivňují způsob komunikace (Maldonado, 2012, s. 147 – 157).

Počáteční rozhovor všeobecné sestry s pacientem může odhalit přítomnost úzkosti a strachu. V takových situacích může subjektivní a objektivní hodnocení výrazně zlepšit diagnostiku a management ošetření při úzkosti. Všeobecná sestra musí být klidná a rozhovorem s pacientem zjistit, které zubní situace v něm vyvolávají pocity strachu a úzkosti. Kladení několika otevřených otázek může pomoci vést konverzaci správným směrem. Zubní lékař musí zjistit důvod aktuální návštěvy, jaké měl pacient zkušenosti a pocity během předchozích ošetření zubů, hlavní obavy a očekávání ošetření. Někdy může rozhovor ukázat, že je zubní úzkost součástí psychické poruchy. V těchto případech je důležité, aby byl pacient vyšetřen odborníky z oborů psychologie či psychiatrie. V některých případech musí psychiatr a dentální tým pracovat společně a sestavit léčebný plán týkající se úzkosti (Assuncao et al., 2013, s. 175 – 179).

Autoři se shodují, že komunikace je procesem porozumění a je základním prvkem lidské interakce, která umožňuje lidem navazovat, udržovat a zlepšovat kontakt s ostatními (Petra-Micu, 2012, s. 218 - 224; Orsini a Jerez, 2014, s. 1405 – 1415). Petra-Micu upozorňuje, že ve zdravotnictví je komunikace chápána jako základní způsoblost k objasnění pacientových symptomů, jeho problémů, obav a usnadňuje podporu zdraví a léčbu. Komunikace je dovednost, která se skládá ze složky verbální, nonverbální a zahrnuje také písemné sdělení a aktivní naslouchání. Řádné vzdělávání zdravotníků v této oblasti pomáhá rozvoji efektivní komunikace a tím vyšší spokojenosti pacientů, zlepšování dodržování léčby,

snížení rizika chyb zdravotníků a zlepšení interpersonálních vztahů na pracovišti (Petra-Micu, 2012, s. 218 - 224).

Kourkouta a Papathanasiou jsou také toho názoru, že ošetrovatelského procesu je dosaženo prostřednictvím dialogu se specifickými dovednostmi verbální komunikace. Komunikaci definují jako výměnu informací, myšlenek a pocitů mezi lidmi, kteří používají řeč. Kladou důraz na to, že ošetrovatelské vzdělávání se musí zaměřit na komunikační dovednosti všeobecných sester, neboť jen tak mohou být úspěšné ve své práci. Zvláštní pozornost při komunikaci je třeba věnovat odborným termínům. Pacient často přisuzuje lékařským termínům různé výklady, někdy nedokáže přesně pochopit, co mu zdravotník vysvětluje, což často zvyšuje psychický stres pacienta a ztěžuje komunikaci. Také připomínají schopnost naslouchat jako důležitou součást komunikace. Při naslouchání je třeba soustředění a pozornosti, mobilizace všech smyslů a vnímání verbální i neverbální zprávy vyslané pacientem. Autorky také zdůrazňují, že právě všeobecná sestra má kompetence a schopnosti v oblasti komunikace (Kourkouta a Papathanasiou, 2014, s. 65 - 67).

Petra-Micu dělí komunikaci na verbální, paraverbální a nonverbální. Verbální komunikaci charakterizuje tím, že mluvení znamená více, než jen pouhé odříkávání slov. Je to výměna názorů, nápadů a informací. Dotazování a správné kladení otázek jsou základní dovednosti v oblasti zdraví. Užívání jazyka, a to jak odborné lékařské terminologie, tak běžné mluvy, slouží k poskytování jasných informací. Charakteristické rysy dobré komunikace jsou přesnost, účinnost a podpora. Závisí na teoretických i praktických jazykových dovednostech, schopnosti aplikovat je na klinické úrovni při komunikaci s pacienty, příbuznými a členy zdravotnického týmu. Termín paraverbální komunikace zahrnuje kvalitu hlasu, výšku a hloubku hlasu, intonaci a řečnický styl. Nonverbální komunikace je definována jako proces komunikace pomocí signálů (obvykle vizuálních), včetně gestiky, haptiky, řeči těla, držení těla, výrazu obličeje a očního kontaktu (Petra-Micu, 2012, s. 218 - 224). Neverbální chování tvoří významný základ empatického přístupu a je relevantní součástí terapeutické komunikace (Maldonado, 2012, s. 147 – 157).

Při komunikaci s pacientem je také důležitý celkový vzhled a upravenost. Pacienti dávají přednost tradičnímu profesionálnímu oděvu. Většina pacientů si myslí, že pracovník, který je dobře oblečený, jim dává větší pocit jistoty a bezpečí. Oproti tomu hodně nalíčený obličej, mnoho šperků, výrazné tetování a netradičně upravené vlasy a vousy snižují důvěru pacienta. Přestože fyzický vzhled je určujícím faktorem při výběru zubního lékaře, nejdůležitější jsou osobnostní charakter, laskavost a ochota naslouchat (Belén a Andrés, 2016, s. 16 – 24).

Základem komunikačního chování je empatie. Empatii lze chápat jako kognitivní a behaviorální atribut, který s sebou nese schopnost porozumět pocitům pacienta, které mohou být ovlivněny nemocí a bolestí. Empatie zvyšuje pravděpodobnost dobré komunikace mezi zdravotníky a pacienty a představuje jeden z prvků potřebných pro rozvoj základních komunikačních dovedností (Díaz – Narváez et al., 2015, s. 1527 – 1535). Empatický přístup lze rozdělit do tří fází. První fáze je identifikační, ve které se identifikujeme s jinou osobou, její situací a problémy. Následuje fáze zpracování problému a vyhodnocení. Konečnou fází je fáze separace od problému. Tato fáze je pro zdravotníky podstatná, neboť bez schopnosti zvládnout tuto fázi může dojít k syndromu vyhoření (Maldonado, 2012, s. 147 – 157).

A právě uměním naslouchat pacientovi spolu s uměním pozorovat potenciální a aktuální potíže může všeobecná sestra lépe zhodnotit problémy pacienta. Schopností klást otázky vytváří dobré vztahy s pacientem. Všeobecná sestra musí klást otázky s laskavostí, porozuměním, důvěrou a nesmí pacienta vyděsit. Vytvoření harmonického vztahu s pacientem je důležitým předpokladem efektivní komunikace. Všeobecná sestra, pokud chce vytvořit správný vztah s pacientem, tak musí vítězit od první chvíle. To se stane pouze v případě, pokud jsou dodrženy vhodné podmínky. Pacient se musí cítit pohodlně. Klíčovým prvkem je zajistit vhodné podmínky bez rušivých vlivů. V prostředí bez zajištění dostatku soukromí se pacienti stydí svobodně vyjadřovat. Kromě vhodného prostoru k rozhovoru je třeba pacientovi věnovat dostatek času. Každý pacient má svůj vlastní způsob vyjadřování a tempo řeči. Pacient, který vidí, že se mu všeobecná sestra věnuje, odhalí své problémy dříve. Jazyk komunikace by měl být na úrovni pacienta, který musí pochopit, co mu všeobecná sestra říká. Dalším důležitým požadavkem pro řádnou a úspěšnou komunikaci je otevřenost a poctivost. Při komunikaci s pacientem není vhodné dělat gesta směrem k doprovodu, neboť pacient by mohl nabýt podezření, že mu všeobecná sestra neříká pravdu. Komunikace je proces obousměrný, ale všeobecná sestra nebo jiný zdravotnický pracovník je odpovědný za vhodné chování. Pacient často přichází ve stresu, úzkosti a hněvu. Zdravotník by měl pochopit jeho situaci, reagovat na úzkost pacienta a poskytnout pacientovi veškerou možnou pomoc. Dobrá komunikace zlepšuje kvalitu poskytované péče. Vzdělávání všeobecných sester ve správných komunikačních technikách umožní sestráům adekvátně a lidsky reagovat na očekávání pacientů (Kourkouta a Papathanasiou, 2014, s. 65 - 67).

S tímto se plně ztotožňují závěry vyvozené profesorkou Maldonado ve Španělsku. Maldonado provedla v únoru a březnu 2012 literární rešerši, která se týkala významu komunikace mezi zdravotníky a pacienty. Ze závěrů vyplývá, že empatický přístup a vysoce kvalitní léčba není pouze etický závazek zdravotnického povolání, ale také cesta k získání

důležitých informací od pacienta, dosažení porozumění ze strany pacienta a lepší spolupráce v léčebném procesu. Při komunikaci je nutné používat vhodný jazyk, požadavky kladené na pacienta musí být jasné a výstižné. Při rozhovoru je třeba dělat přestávky, aby pacient vstřebal informace. Pacient musí mít pocit, že se může kdykoliv svobodně k tématu vyjádřit. Je třeba respektovat osobnost pacienta, ochranu osobních údajů, ukázat pacientovi zájem o to, co říká a reagovat zpětnou vazbou nonverbální (pokynutím, pohledem a podobně). Stejně tak je vhodné vyhnout se rušivým vlivům, jako jsou hluk, nedostatek soukromí a nevhodné prostory a při rozhovoru vyloučit kulturní a etnické předsudky. Zdravotničtí pracovníci musí být vždy empatičtí a umět pochopení vyjádřit, i když s názorem pacienta nesouhlasí. Důležité je nikdy nedělat předčasné hodnocení a úsudky, jednat individuálně, neboť všichni lidé mají různé fyzické, psychické a sociální potřeby. Je nezbytné řešit nejen obsah rozhovoru, ale i pocity a potřeby pacienta. Nezbytnou součástí je dávat pozor na nonverbální komunikaci, která může o pacientovi vypovědět řadu informací a pomoci lépe pochopit pocity, potřeby a obavy pacienta. Neustálá kontrola, zda pacient podaným informacím rozumí, rovněž pacienty během rozhovoru motivuje ke správnému přístupu k onemocnění (Maldonado, 2012, s. 147 – 157).

Orsini a Jerez kladou důraz na emoční inteligenci. Emoční inteligence je považována za klíčový prvek, který vytváří pozitivní vztah s pacienty. Tento koncept byl v roce 1990 představen Saloveyem a Mayerem, kteří emoční inteligenci definovali jako druh sociální inteligence, která zahrnuje schopnost monitorovat osobní emoce a emoce druhých, rozlišovat mezi nimi a využít získané informace při jednání s pacienty. Dobrý vzájemný vztah zdravotnického pracovníka a pacienta poskytuje mnoho výhod, jako jsou lepší léčebné výsledky, snížení úzkosti pacienta a zvýšení spokojenosti. Naproti tomu špatná komunikace je nejčastější příčinou nespokojenosti (Orsini a Jerez, 2014, s. 1405 – 1415). Někteří autoři navrhuji, aby do vzdělávací přípravy všeobecných sester byly začleněny lekce emoční inteligence jako prostředek ke zlepšení výkonnosti. Emoce ovlivňují to, co si lidé myslí, jak lidé myslí. Zlepšení schopnosti rozhodování a řešení problémů je jedním z důvodů, že emoční inteligence byla charakterizována jako součást efektivní ošetrovatelské péče. Schopnost všeobecné sestry navázat vztah s pacienty, ovládat své vlastní emoce a soucítit s pacienty jsou nezbytné pro poskytování kvalitní péče. Posílení dovedností emoční inteligence může všeobecným sestrám pomoci vyrovnat se s emocionálními požadavky zdravotnického prostředí, které může být stresující a vyčerpávající a může potenciálně vést k syndromu vyhoření (Beauvais et al., 2011, s. 396 – 401).

2. 3 Management strachu a úzkosti v zubní ordinaci

Pro úspěšnou práci se strachem pacienta, musí být nejdříve zjištěno, čeho se obává a stanovit individuální přístup k pacientovi. Důležitá je důkladná anamnéza. Autoři se shodují, že literatura uvádí celou řadu nefarmakologických technik, které nachází své uplatnění v managementu chování v předcházení úzkosti a strachu. Management chování je základní dovednost, kterou by měl ovládat dentální tým (Armfield a Heaton, 2013, s. 390 – 407 ; Gupta et al., 2014, s. 3 – 6 ; Alvarez et al., 2010, s. 101 – 106 ; Halvari et al., 2010, s. 15 -33).

Různý stupeň, typ a charakter úzkosti spojené se zubním ošetřením vyžaduje různý management přístupu stomatologického týmu k pacientům. Zubní úzkost kolísá od velmi nízké úzkosti až po těžkou zubní fobii, která brání pacientovi v návštěvě stomatologické ordinace, i když pacient trpí bolestí nebo diskomfortem. Milgrom et al. identifikovali čtyři různé skupiny úzkostných pacientů na základě původu nebo zdroje jejich strachu. Tento systém kategorizace byl označen jako „The Seattle System“. První skupinu tvoří jedinci, kteří umí identifikovat strach z konkrétních specifických zubních podnětů. Léčba tohoto typu strachu zahrnuje postupné vystavení tomuto podnětu, pacient užívá relaxačních technik a zvládá svou úzkost. Tato metoda se nazývá postupná desenzibilizace, a pokud má pacient s obávaným podnětem pozitivní zkušenost, tak strach postupně odezní. Druhou skupinu tvoří pacienti, kteří mají strach z „lékařské katastrofy“. Pacienti mají strach z toho, že se něco stane během ošetření a oni dostanou například srdeční záchvat. Tito pacienti často uvádí, že jsou alergičtí a měli reakci na lokální anestetikum, zejména pokud obsahovalo adrenalin nebo jiné vazokonstrikční látky. Mohou také uvádět, že se během ošetření dusí a nemohou dýchat, pokud mají nástroje v ústech. O alergii se většinou nejedná, jde o příznaky, které souvisí se zvýšenou hladinou adrenalinu. Při řešení tohoto typu strachu je důležité, aby všeobecná sestra pacienta uklidnila a důsledně ho edukovala. Třetí skupinu tvoří pacienti s generalizovanou úzkostí spojenou se zubním ošetřením, kteří nejsou schopni identifikovat, co úzkost způsobuje. Pacienti často uvádějí nespavost před ošetřením a psychické i fyzické vyčerpání po ošetření. Pacienti se všeobecnou zubní úzkostí reagují velmi dobře na uklidnění před, během i po ošetření. Ocení starostlivost dentálního týmu, který vše důsledně vysvětlí, ukáže a naplánuje spolu s nimi další ošetření. Pokud je zdravotnický personál trpělivý, tak u pacientů dochází k postupnému zmenšování úzkosti a pacienti jsou schopni chodit na pravidelné prohlídky (Armfield a Heaton, 2013,

s. 390 – 407). Poslední skupinu tvoří pacienti, kteří mají nedůvěru ke zdravotnickému personálu. Tito pacienti jsou hádaví, podezíraví a jsou nespokojeni se situací, kdy nemají vše pod kontrolou. Bojí se ztráty sebeúcty. Personál ordinace vnímají v negativním světle a často si stěžují na jeho chování. Pacienti této kategorie dobře reagují na žádosti o povolení k úkonům a mohou chtít sledovat ošetření v zrcátku. Všechny kroky ošetření musí být pacientovi řádně vysvětleny a s jeho souhlasem potom provedeny. Toto samozřejmě platí u všech pacientů bez ohledu na strach, ale nedůvěřiví pacienti budou chtít vše důkladně prodiskutovat. Je důležité informovat pacienty o všech možnostech léčby, jejich důsledcích a nabídnout jim konzultaci s jiným lékařem (Armfield a Heaton, 2013, s. 390 – 407).

Prostředí zubní ordinace a čekárny hraje významnou roli v nástupu zubního strachu a úzkosti. Recepční, všeobecné sestry, dentální hygienistky a dentální hygienisté jsou klíčovými pracovníky při vytváření atmosféry zubní ordinace. Měli by být pozitivní a starostliví, získat potřebné informace klidně a na pacienty nespěchat (Appukuttan, 2016, s. 35 – 50). Personál ordinace může implementovat relaxační programy pro pacienty a vytvářet pozitivní prostředí. Vhodný je poslech relaxační hudby a sledování televize s přírodopisnými dokumenty. Lesy, botanické zahrady a zasněžené hory jsou nejúčinnější na vytvoření příjemného prostředí a snížení stresu (Suhani R.D., Suhani M.F. a Badea, 2016, s. 143 – 149). Poklidnou atmosféru v čekárně může dotvářet příjemná hudba a tlumené světlo. Stěny čekárny by měly mít pastelové barvy a mohou být ozdobeny obrázky a plakáty. Pacientům je vhodné poskytnout dostatek novin a časopisů na odreagování a na zpříjemnění čekání. Zvuky vydávané přístroji a nástroji v ordinaci by měly být ztlumeny po dovedení dveří. Důležitá je kontrola, zda jsou dveře řádně dovedeny. Úzkostlivé pacienty je vhodné nenechat dlouho čekat. Při dlouhém čekání pacienti absorbují zvuky a vjemy ordinace a jejich úzkost se může zvýšit (Appukuttan, 2016, s. 35 – 50).

Navzdory mnoha pokrokům v dětské stomatologii je největší výzvou pro dentální tým pečující o děti odstranit obavy dětí týkající se zubní návštěvy. Cílem je dobrá spolupráce dítěte při ošetření. I pro dětského pacienta je prostředí čekárny významné. Změny v designu čekárny mohou mít vliv na přípravu dítěte na ošetření. Studie, kterou provedli Panda, Garg a Shah měla za úkol zjistit preference dětských pacientů při čekání na zubní ošetření a týkala se vlivu prostředí čekárny na úzkost dětí před ošetřením. Získané výsledky mohou pomoci dentálnímu týmu při rozhodování o vhodném designu čekárny tak, aby bylo prostředí čekárny co nejvíce komfortní a příjemné pro pacienty, kteří vyčkávají na ošetření. Popisné studie se zúčastnilo 212 dětí ve věku 6 – 11 let (127 chlapců a 85 dívek). Z výsledků vyplynulo, že velký vliv na pohodu pacientů má světlo a barva čekárny. Většina dětí upřednostnila

přirozené světlo. Umělé světlo a nepřítomnost přirozeného světla může vést k únavě, depresím a zvýšení systolického tlaku. Naopak působení přirozeného slunečního záření je spojeno se zlepšením nálady. Výzkum dále ukázal, že barva má vliv na hypofýzu a štítnou žlázu a může ovlivnit to, jak se cítíme. Většina respondentů dala přednost žluté a modré barvě na stěnách čekárny v porovnání se zelenou, červenou a bílou. Tyto výsledky jsou v souladu se studií Umamaheshwari et al., která hodnotila vztah mezi barvou stěn a emocí dětí v prostředí zubní ordinace a zjistila, že děti preferují žlutou barvu a potom následuje barva modrá. Nejméně oblíbená je barva červená, neboť ji děti spojují s barvou krve, čímž se zvýší jejich úzkost před ošetřením. Jako nejvhodnější je ukázala kombinace žlutých stěn a modrých doplňků. Děti dále preferují na stěnách obrázky. Může se jednat i o zarámované plakáty s tematikou ústní hygieny. Výsledky dále ukázaly, že většina dětí bez ohledu na pohlaví a věk preferuje v prostoru čekárny pokojové rostliny. Při výběru nábytku do čekárny je třeba mít na paměti, že nábytek musí být snadno čistitelný a dezinfikovatelný. Dále by měl být pohodlný, a to nejen pro děti, ale také pro jejich doprovod. Velmi vhodné je umístit do čekárny dětský koutek. Hravé činnosti pomáhají dětem uvolnit se a vyrovnat se s úzkostí. Působí také jako ideální prostředník v navození komunikace a interakce mezi dítětem a dentálním týmem. Zajímavostí také je, že většina dětských respondentů by ocenila, kdyby bylo v čekárně akvárium. Pohled na ryby pod vodou děti uklidňuje a jsou při ošetření uvolněnější. Vhodné je dát do čekárny různé druhy časopisů. Ty je dobré v pravidelných časových intervalech měnit, aby se minimalizovala pravděpodobnost kontaminace (Panda, Garg a Shah, 2015, s. 27 – 33 ; Umamaheshwari, Asokan a Kumaran, 2013, s. 225 – 228).

Další možnost, jak minimalizovat strach je technika, která seznamuje pacienta s novým postupem při současné minimalizaci strachu z neznámého, metoda „tell-show-do“. Člen stomatologického týmu popisuje pacientovi, co bude následovat (musí se přihlídnout k věku pacienta a jeho schopnosti porozumění), ukáže postup nebo nástroj, a nakonec je provedeno ošetření. Metoda „tell-show-do“ snižuje anticipační úzkost u nového pacienta (Gupta et al., 2014, s. 3 – 6). Alvarez et al. kladou důraz na to, že je třeba přihlídnout ke slovní zásobě odpovídající věku dítěte. Nezbytné je vyvarovat se používání slov, která způsobují strach, jako jsou slova: bolest, jehla, štípat, krev, vrtačka a další. Lze je nahradit slovy: nepříjemný, včelka, sprcha pro zoubek a podobně (Alvarez et al., 2010, s. 101 – 106). Přestože metoda „tell-show-do“ byla původně vytvořena pro dětské pacienty, našla své opodstatnění i u dospělých pacientů. Variantou u dospělých pacientů může být užití modifikované metody „ask-show-do“, která si klade za cíl vytvořit situaci vzájemné spolupráce. Pacient klade otázky a člen dentálního týmu na ně odpovídá a ukazuje, co bude

následovat. Pacient dostane informace, které potřebuje a po jeho souhlasu je proveden výkon (Armfield a Heaton, 2013, s. 390 – 407).

Gupta et al. zmiňují jako nepostradatelnou techniku u dětí „utváření chování a pozitivní upevňování“. Jde o metodu, která učí děti vytvářet si ideální chování, které se očekává v ordinaci. Dítě je postupně seznamováno s prostředím ordinace, chváleno a odměňováno malým dárkem za vhodné chování (Gupta et al., 2014, s. 3 – 6). Vhodná je drobná hračka, žvýkačka nebo bonbón s xylitolem, omalovánky a další. Doporučuje se mít v ordinaci zásuvky s odměnami. Pokud se dítě chová vhodně a spolupracuje při ošetření, tak všeobecná sestra podá dítěti ruku a společně jdou k zásuvce, kde si může dítě samo vybrat to, co se mu líbí. Všeobecná sestra dbá na bezpečnost dítěte a zvolí zásuvku, kde jsou odměny, které odpovídají věku dítěte. Důležité je, aby byla odměna spojena vždy s vhodným chováním (Alvarez et al., 2010, s. 101 – 106). Nevhodné chování je dobré ignorovat. Pozitivní upevňování je účinná technika k odměňování požadovaného chování a posiluje se opakováním. Zahrnuje kladné hlasové modulace, mimiku, slovní pochvalu, fyzické projevy náklonnosti od všech členů dentálního týmu. Chválit je třeba v průběhu ošetření, aby dítě vědělo, co je správné. Děti reagují velmi dobře na chválu a povzbuzení. Je důležité zdůraznit, za co je dítě chváleno. Například slovní spojení : „líbí se mi, jak otevíráš ústa“ je účinnější, než obecný komentář jako: „hodná holka“ (Gupta et al., 2014, s. 3 – 6).

Armfield a Heaton uvádějí jako další metodu managementu chování „odpočinkové přestávky“. Pacienti i zubní lékaři by měli mít možnost na přestávku během ošetření, pokud ji potřebují. Na tuto možnost by měli být pacienti upozorněni před začátkem ošetření. Je důležité pacientovi vysvětlit, aby dal signál, pokud bude mít pocit, že už nemůže ošetření déle vydržet. Někteří pacienti mají strach požádat o pauzu, aby nepůsobili jako problematičtí. Zde je úkol zubního lékaře, aby vyhodnotil situaci a výkon přerušil. Vhodné je stanovit dobu ošetření a pauzy, aby pacient získal přehled a kontrolu nad ošetřením (Armfield a Heaton, 2013, s. 390 – 407).

Alvarez et al. a Gupta et al. zmiňují jako velmi vhodnou metodu pro dětské pacienty „modelování“. U této metody dítě sleduje jiné dítě stejného věku nebo staršího sourozence, kteří reagují vhodně na vyšetření. Větší efektivita je dosaženo při pozorování dítěte stejného věku a stejného pohlaví. Tato technika je nejúčinnější ve věku 3 – 5 let. Má dobrý vliv na vystrašené dítě (Gupta et al., 2014, s. 3 -6 ; Alvarez et al., 2010, s. 101 – 106).

Významnou příčinou úzkosti je pocit ztráty kontroly. „Posílení kontroly“ je metoda, jejímž cílem je pacientovi vysvětlit, že může dát signál k přerušení, pokud má během ošetření

problém. Signál se většinou provádí oddálením ruky od opěrátko. Je vhodné, aby všeobecná sestra natrénovala s pacientem signál před ošetřením. Pocit moci přerušit ošetření a získat kontrolu snižuje pacientovu úzkost (Gupta et al., 2014, s. 3 – 6). Signály přerušení během ošetření se používají u dospělých a dětí starších 3 let. Tato technika zvyšuje důvěru ve vztahu zubního lékaře a pacienta. Je třeba však vyzorovat, zda dospělý či dítě signalizace nezneužívá (Alvarez et al., 2010, s. 101 – 106).

Všeobecně uznávanou metodou je „zapojení pacienta do léčby“. Pacient je zapojen do léčby a jejím plánováním je docíleno zvýšení pocitu autonomie, kontroly nad ošetřením a možnosti volby. Zapojením do procesu získá pacient pocit jistoty, zvýší se jeho motivace k ošetření zubů a výrazně se sníží jeho úzkost z ošetření (Halvari et al., 2010, s. 15 - 33).

Gupta et al. spolu s Armfieldem a Heatonem se shodují, že „odvedení pozornosti“ je vhodnou metodou během zubního ošetření. Odvedení pozornosti si klade za cíl odklonit pacientovu pozornost od zubního ošetření. Může být formou hudby, obrázku nebo vyprávění. Během ošetření může všeobecná sestra na pacienta mluvit. Osvědčilo se také, když zubní lékař při aplikaci lokální anestezie lehce tahá pacienta za ret. Pacient se soustředí na ret a nevnímá vpich jehly. Specifickou roli u této metody sehrává muzikoterapie, neboť je snadno dostupná a široce uplatnitelná (Gupta et al., 2014, s. 3 – 6 ; Armfield a Heaton, 2013, s. 390 – 407). Armfield a Heaton odkazují na metaanalýzu 19 randomizovaných klinických studií, kterou provedl Klassen et al. v roce 2008. Z výsledků této metaanalýzy vyplývá, že muzikoterapie snižuje bolest a úzkost u dětí podstupujících stomatologické ošetření (Armfield a Heaton, 2013, s. 390 – 407).

„Systematická desenzibilizace“ pomáhá jednotlivcům překonat určité obavy nebo fobie pomocí opakovaných návštěv. Pacient je všeobecnou sestrou nejprve objednán na méně náročné ošetření, aby si postupně zvyknul na prostředí ordinace a ošetření. Návštěvy je vhodné naplánovat v pravidelných intervalech (Gupta et al., 2014, s. 3 – 6). Armfield a Heaton odkazují na efektivitu této metody. Poukazují na výzkum, který provedl Hakeberk, Berggren a Carlsson, jehož výstupem bylo zjištění, že u pacientů, kteří podstoupili program systematické desenzibilizace, došlo k výrazné redukci strachu a zlepšení nálady po dentálním ošetření v porovnání s pacienty, kteří byli premedikováni Diazepamem. Tento výsledek zůstává konstantní i po deseti letech po absolvování programu systematické desenzibilizace (Armfield a Heaton, 2013, s. 390 – 407).

Armfield a Heaton poukazují na poněkud spornou techniku „bráničního nebo relaxačního dýchání“ v boji s úzkostí a strachem. Přestože těchto technik je účinně využíváno v boji s úzkostí v rozličných situacích, neboť je těžké pravidelně dýchat,

a současně být v tenzi, prvotní výzkumy nenaznačovaly účinnost při zubním ošetření (Armfield a Heaton, 2013, s. 390 – 407). Systematická review zahrnující období 1996 – 2005, kterou provedli Kwekkeboom a Gretarsdottir (In Armfield a Heaton, 2013, s. 397) nenašla spojitost mezi rytmickým a relaxačním dýcháním a úlevou od bolesti. Naopak jedna z posledních studií, kterou provedli Park, Oh a Kim potvrdila, že relaxační dýchání významně snižuje jak úzkost, tak i vnímanou bolest (Park, Oh a Kim, 2013, s. 1101 – 1106). Existuje několik variací relaxačního dýchání. Například Milgrom at al. (In Armfield a Heaton) popisují tuto techniku následovně. Pacient dýchá pomalu, hluboce se nadechuje, každý jednotlivý nádech přibližně na 5 sekund zadrží a následně pomalu vydechuje. 2 – 4 minuty tohoto dýchání jsou považovány za efektivní ke snížení srdeční frekvence a následně úzkosti. Naproti tomu Ackley radí, že by pacient měl být požádán, aby dýchal pomalu, jako by měl pod nosem pírkem, které se nesmí hnout (Armfield a Heaton, 2013, s. 390 – 407).

Armfield a Heaton uvádějí jako jednu z nejúspěšnějších technik ke zmírnění nebo zvládnutí úzkosti techniku „progresivní svalové relaxace“. Tato technika je relativně jednoduchá, ale vyžaduje spoustu času, kterou musí pacient obětovat k jejímu naučení a následnému trénování doma 1 – 2x denně po dobu jednoho až dvou týdnů. Každý jednotlivý sval musí být udržován v napětí po dobu pěti až deseti sekund a následně deset sekund uvolněn. Důraz je kladen právě na pocity a uvolnění svalu (Armfield a Heaton, 2013, s. 390 – 407).

Úspěšné využití technik managementu chování umožňuje, aby pacient přijal zubní ošetření a aktivně se zapojil do dlouhodobé péče o své zubní zdraví. Americká akademie dětské stomatologie pravidelně vydává pokyny pro management chování (Gupta et al., 2014, s. 3 – 6). Chování dentálního týmu může vést ke snížení úzkosti pacienta tím, že členové uspokojují základní psychologické potřeby jako empatii, morální podporu, přátelský a neformální vztah. Nezbytná je také výborná vzájemná spolupráce mezi zubním lékařem a všeobecnou sestrou (Halvari et al., 2010, s. 15 -33).

Mediavilla a Utrilla, které se zabývají prevencí a léčbou odontofobie ve Španělsku, uvádějí deset preventivních opatření, která mají zabránit zubní fobii a jsou v souladu s metodami managementu chování. Jejich doporučení jsou: pustit hudbu, aby bylo méně slyšet vrtačku; často větrat a používat osvěžovač vzduchu; nezačínat ošetření dříve, než zabere anestezie; neukazovat pacientovi jehlu; nedovolit doprovodu pacienta, aby se díval na bolestivé zákroky; dát pacientovi pocit kontroly nad zákrokem a dovolit mu možnost přestávky při ošetření; vytvářet atmosféru důvěry a respektu, pacient může říct, jak se cítí a dentální tým ho vyslechne a bude respektovat; dát pacientovi najevo, že je důležitý;

oslovovat pacienta jménem, naslouchat mu a pomáhat mu; nenechávat pacienta dlouho čekat v čekárně; zajistit pacientovi příjemnou polohu v zubním křesle (Mediavilla a Utrilla, 2013, s. 202-204).

V terapii strachu a úzkosti se uplatňuje kognitivně-behaviorální terapie, která zahrnuje psychoedukaci, opakované přehrávání videa se zubním ošetřením, relaxační trénink a následnou expozici zubnímu ošetření. Gordonová uvádí, že pouze užití kognitivní terapie zahrnující poskytování podrobných informací o ošetření, relaxační techniky a videa bez expozice zubnímu ošetření se ukázalo být nedostatečné (Gordon et al., 2013, s. 365 – 378).

Úzkost spojená se zubním ošetřením má multifaktoriální etiologii a proto se používá kombinovaná terapie. Správné posouzení zdroje a úrovně pacientovy úzkosti pomůže dentálnímu týmu při rozhodování pro volbu správného léčebného plánu. Appukuttan uvádí, že zubní úzkost může být řešena psychoterapeutickou intervencí, farmakologickou intervencí nebo kombinací obou, v závislosti na úrovni zubní úzkosti, charakteristických rysech pacienta a klinické situaci. Psychoterapeutické intervence jsou buď behaviorálně nebo kognitivně zaměřené. Behaviorální modifikace terapie mají za cíl změnit nepřiměřené chování učení, zapojením svalové relaxace a relaxačního dýchání, rozptýlením, pozitivním posilováním, systematickou desenzibilizací, technikou „tell-show-do“, modelováním, hypnózou, akupunkturou a technikou biofeedback. Kognitivní strategie mají za cíl změnit negativní myšlenky a posílit kontrolu nad těmito myšlenkami. V současné době se za nejúspěšnější terapii úzkostí a fobií považuje kognitivně-behaviorální terapie. V určitých situacích, kdy pacient není schopen na tuto terapii reagovat a dobře spolupracovat, přichází na řadu terapie farmakologická (Appukuttan, 2016, s. 35 – 50).

Jokl ze závěrů svého výzkumu vyvozuje, že farmakoterapie se jeví jako méně účinná než kognitivně-behaviorální terapie. Zmiňuje užití betablokátorů, které snižují účinky sympatiku během stresových situací, ale nesnižují subjektivní pocit strachu. Naproti tomu benzodiazepiny zmírňují strach, ale brání habituaci na podněty strachu, a tím znehodnocují kognitivně-behaviorální terapii. Nedostatek validních studií u využití antidepresiv je limitující v hodnocení jejich účinku. Některé studie zmiňují mírný účinek antidepresiv (Jokl, 2015, s. 158 – 164).

Alternativní intervence v terapii zubní úzkosti vyžadují další randomizované studie. Gordonová například zmiňuje studii, která zjistila, že účinky hypnoterapie byly srovnatelné s expozicí zubnímu ošetření. Podmínky hypnoterapie zahrnovaly však postupnou

desenzibilizaci, a proto jsou závěry o relativním účinku hypnoterapie nejasné a vyžadují další studie (Gordon et al., 2013, s. 365 – 378).

Zajímavostí je, jak uvádí Jokl, že již v roce 1982 doktor Klučka z Holešova referoval o možnostech využití hypnózy v zubním lékařství. Hypnózu provedl u šesti studentů, u nich byla změřena hypnabilita Stanfordskou škálou C a byli tedy vhodnými adepty. U pěti z nich došlo k výraznému snížení strachu a úzkosti před zubním ošetřením. Hypnózu však může provádět jen řádně proškolený hypnoterapeut (Jokl, 2015, s. 158 – 164).

Gordonová popisuje studie, ve kterých byly zkoumány účinky akupunktury a sedace N₂O. Podotýká, že tyto studie neprokázaly žádné významné rozdíly v účinnosti. Jako další netradiční léčbu zmiňuje terapii pomocí levandulové vůně (Gordon et al., 2013, s. 365 – 378). Důležitým aspektem holistické ošetrovatelské péče je snaha zmírnit pacientovy potíže a nepohodu. Všeobecné sestry mohou poskytnout pacientovi pocit pohodlí a zmírnit fyzické a psychické příznaky úzkosti prostřednictvím použití éterických olejů (Allard a Katseres, 2016, s. 42 – 49). Léčivé použití éterických olejů sahá až do starověké egyptské a čínské kultury. Vůně mají schopnost ovlivňovat emocionální a duševní stav člověka. Oblast recepce a čekárny je místo, kde pacientova nervozita dosahuje vrcholu. Zabirunnisa et al. testovali v kontrolované experimentální studii hypotézu, zda éterické oleje dokáží snížit hladinu úzkosti u pacientů čekajících na zubní zákrok. Byl použit levandulový olej, který má relaxační a sedativní účinek. Tato studie zahrnovala dvě srovnávací skupiny (skupinu vystavenou vůni levandule a kontrolní skupinu). Studie se zúčastnilo 10 zubních klinik, počet zúčastněných pacientů byl 597, všichni měli více než 18 let. Vůně levandule byla udržována pomocí aroma lampy s éterickým olejem, v kontrolní skupině byla aromalampa pouze s vodou. Závěry studie ukázaly významné snížení skóre úzkosti u pacientů vystavených vůni levandule ve srovnání s kontrolní skupinou. Vůně levandulového oleje v prostoru recepce a čekárny může účinným způsobem snížit aktuální úzkost pacienta. Při rutinním používání levandule se může zlepšit kvalita zubního ošetření (Zabirunnisa et al., 2014, s. 100 – 103). S tímto souhlasí i Appukuttan, který poukazuje na pozitivní vliv vůní na zlepšení nálady pacienta a anxiolytický účinek éterických olejů. Podotýká, že inhalace příjemné vůně, která maskuje pach zubního prostředí, může přispět ke snížení úzkosti a negativních pocitů u pacienta (Appukuttan, 2016, s. 35 – 50). Pro bezpečné použití éterických olejů je nutné mít proškolený personál v oblasti aromaterapie a dodavatele kvalitních éterických olejů (Allard a Katseres, 2016, s. 42 – 49).

Jak dokazují zkušenosti ze zahraničí, sehrává při léčbě odontofobie významnou roli psychoterapie. V Madridu působí od roku 1995 terapeutické centrum PsicoDent, které se

tímto problémem zabývá. Tým klinických psychologů specializovaných na odontofobii léčí v prostředí zubní ordinace. Dosahují až 100% účinnosti při zmírnění odontofobie a 90% pacientů je schopno po léčbě chodit na pravidelné preventivní prohlídky. Pro úspěšnost léčby je důležitá spolupráce pacienta, klinického psychologa a dentálního týmu (Mediavilla a Utrilla, 2013, s. 202 – 204).

Psychoterapeutické metody, zejména ty na bázi kognitivně behaviorální terapie, jsou považovány za ošetření volby pro dentální fobii. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing – desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů) představuje mezinárodně dobře zavedenou a empiricky ověřenou léčbu specifické fobie. Studie provedená Doeringem et al. v Německu zkoumala účinky EMDR u pacientů s dentální fobií a zubní úzkostí. U pacientů došlo ke snížení úzkosti a vysoký počet pacientů překonal vyhýbavé chování a pravidelně navštívili zubního lékaře. EMDR nejen zmírňuje úzkost traumaticky vyvolané zubní fobie, ale mění i chování pacientů (Doering et al., 2013, s. 584 – 593).

2. 4 Význam a limitace dohledaných poznatků

Odontofobie patří mezi nejrozšířenější specifické fobie. Strachem a úzkostí v souvislosti s návštěvou zubní ordinace má své zkušenosti až 75% populace a u 5 – 15 % se může vyvinout odontofobie. Z těchto důvodů je velmi důležité se této problematice věnovat. Absence zubního ošetření vede k závažným škodám na chrupu. Úkolem dentálního týmu je eliminovat strach a úzkost a předcházet tím vzniku odontofobie. Všeobecné sestry jsou ty, které pacienta vítají při vstupu do čekárny a zároveň ty, které se s pacientem loučí při jeho odchodu. Během stomatologického ošetření asistují zubnímu lékaři a jsou neustále pacientovi po boku. Jejich chování proto hraje významnou roli v prevenci odontofobie.

Autoři (Raudenská, 2011; Appukuttan, 2016; Doering et al., 2013; Sikorová a Rajmová, 2015) se shodují na tom, že ke vzniku odontofobie vede traumatická událost, nepříjemný zážitek spojený se zdravotnickými úkony, nevhodné chování doprovodu pacienta a nevhodné chování zdravotnického týmu během ošetření. Zubní úzkost je běžný problém, který postihuje lidi všech věkových skupin a začíná se rozvíjet většinou v dětství a dospívání. Důležitou roli při vzniku zubní úzkosti hraje pravidelnost zubních prohlídek. Závěr studie, kterou provedli Paryab a Hosseinbor (2013), dokládá, že nepravidelné zubní prohlídky vedou k závažné zubní úzkosti u dětí a vedou také k negativním zkušenostem s bolestí zubů. Úroveň zubního strachu rodičů hraje významnou roli ve vývoji zubní úzkosti dítěte. Dochází k emocionálnímu přenosu zubního strachu mezi rodičem a dítětem (Belén a Andrés, 2016; Olak et al., 2013).

Při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je třeba objektivně zhodnotit potřeby a zdravotní stav pacienta za použití validního hodnotícího nástroje. Pro hodnocení úzkosti u dětí může všeobecná setra použít hodnotící nástroje Venham Picture Test (Hlubková a Sikorová, 2015) a Facial Image Scale (Ríos, Herrera a Rojas, 2014). U dospělých je nejběžnějším měřítkem zubní úzkosti škála DAS – Dental Anxiety Scale a MDAS – Modified Dental Anxiety Scale (Gordon et al., 2013; Ríos, Herrera a Rojas, 2014).

Autoři (Orsini a Jerez, 2014; Belén a Andrés, 2016; Kourkouta a Papathanasiou, 2014) se shodují na tom, že pokud chce být zdravotník profesionálně úspěšný, musí být kompetentní nejen v odborné oblasti, ale i v oblasti komunikační. Dobrá komunikace mezi všeobecnou sestrou a pacientem je nezbytná pro úspěšný výsledek individuální ošetrovatelské péče o každého pacienta. Zdravotníci jsou obecně charakterizováni jako osoby důvěryhodné, družné a komunikativní. Aby byli úspěšní ve svém profesním životě, musí být také

inteligentní a emočně stabilní. Maldonado (2012) klade důraz nejen na vytvoření dobrého vztahu s osobou, se kterou komunikujeme, ale i na způsob, jakým navozujeme komunikaci. Petra-Micu (2012) zdůrazňuje, že řádné vzdělávání zdravotníků v této oblasti pomáhá rozvoji efektivní komunikace a tím vyšší spokojenosti pacientů, zlepšování dodržování léčby, snížení rizika chyb zdravotníků a zlepšení interpersonálních vztahů na pracovišti.

Většina autorů (Appukuttan, 2016; Suhani R.D., Suhani M.F. a Badea, 2016; Zabirunnisa et al., 2014; Panda, Garg a Shah, 2015; Umamaheshwari, Asokan a Kumaran, 2013) klade důraz na prostředí čekárny, které mohou pracovníci zubní ordinace vylepšit vhodným vymalováním, obrázky na stěnách, příjemnou hudbou, vůní levandule a dostatkem novin a časopisů na odreagování. Pro děti je vhodné umístit do prostoru čekárny dětský koutek. Hravé činnosti pomáhají dětem uvolnit se a vyrovnat se s úzkostí. Působí také jako ideální prostředník v navození komunikace a interakce mezi dítětem a dentálním týmem.

Management zvládání strachu a úzkosti je základní dovednost, kterou by měl ovládat zubní tým (Armfield a Heaton, 2013; Gupta et al., 2014; Alvarez et al., 2010; Halvari et al., 2010). Tito autoři uvádí metody, kterými může dentální tým zmírnit nebo odstranit obavy pacienta. Mezi ně patří metody „tell-show-do“, odpočinkové přestávky, utváření chování a pozitivní upevňování, zapojení pacienta do léčby, odvedení pozornosti a systematická desenzibilizace. Armfield a Heaton (2013) poukazují na poněkud spornou techniku bráničního nebo relaxačního dýchání. Zubní úzkost má multifaktoriální etiologii, a proto se používá kombinovaná terapie. V terapii strachu a úzkosti se uplatňuje kognitivně-behaviorální terapie, která zahrnuje psychoedukaci, opakované přehrávání videa se zubním ošetřením, relaxační trénink a následnou expozici zubnímu ošetření, hypnózou, akupunkturou a technikou biofeedback. Tyto metody může provádět pouze řádně proškolený personál v dané problematice (Gordon et al., 2013; Appukuttan, 2016).

Limitací interpretace dohledaných poznatků je nedostatek českých zdrojů a výzkumů v oblasti této problematiky.

Závěr

Pro poskytnutí kvalitní stomatologické péče je nezbytná dobrá spolupráce pacienta. Ošetřování vystrašeného nebo úzkostného pacienta je náročné po psychické stránce jak pro pacienta, tak i pro personál ordinace. Tito pacienti mají většinou horší stav dutiny ústní, což může negativně ovlivnit jejich zdraví i společenský život, protože orální zdraví má významný dopad na kvalitu života a sebeúctu člověka. Úkolem stomatologického týmu je rozpoznat úzkostné pacienty a svým chováním předcházet vzniku odontofobie. Cílem přehledové bakalářské práce byla sumarizace dohledaných poznatků týkajících se problematiky odontofobie a její prevence. Práce byla rozdělena do dílčích cílů.

První cíl přehledové bakalářské práce spočíval v předložení dohledaných publikovaných poznatků o příčinách vzniku odontofobie. Z dohledaných článků vyplývá, že zubní úzkost je běžný problém, který postihuje lidi všech věkových skupin a začíná se rozvíjet většinou v dětství a dospívání. Ke vzniku vede nejčastěji traumatická událost, nepříjemný zážitek spojený se zdravotnickými úkony, nevhodné chování doprovodu pacienta, nevhodné chování stomatologického týmu během ošetření a vystavení se úzkostným členům rodiny. První cíl přehledové bakalářské práce byl splněn.

Druhý cíl přehledové bakalářské práce spočíval v předložení dohledaných publikovaných poznatků o komunikačních dovednostech v prevenci odontofobie. Výstupem sumarizace dohledaných článků je, že špatná komunikace personálu a neosobní přístup hrají velkou roli v rozvoji odontofobie. Vhodná komunikace zdravotnického personálu s pacientem zvyšuje pravděpodobnost úspěchu léčby. Při komunikaci je třeba respektovat pacienta, vytvořit si s pacientem dobrý vztah a umět pacientovi naslouchat. Základem komunikačního chování je empatie. Empatie zvyšuje pravděpodobnost dobré komunikace mezi zdravotníky a pacienty. Představuje jeden z prvků potřebných pro rozvoj základních komunikačních dovedností. Dohledané publikované poznatky potvrzují, že všeobecná sestra sehrává důležitou roli v komunikaci s pacienty. Rovněž dokládají kompetence a schopnosti všeobecné sestry v této problematice. Druhý cíl přehledové bakalářské práce byl splněn.

Třetí cíl přehledové bakalářské práce spočíval v předložení dohledaných publikovaných poznatků o managementu strachu a úzkosti v zubní ordinaci. Společným jádrem dohledaných poznatků je, že chceme-li úspěšně pracovat se strachem pacienta, musíme nejdříve zjistit, čeho se obává a stanovit individuální strategii, jak s pacientem pracovat. Existuje celá řada metod, které můžeme využít k eliminaci pacientova strachu. Úspěšné využití technik managementu chování umožňuje, aby pacient přijal zubní ošetření

a aktivně se zapojil do dlouhodobé péče o své orální zdraví. Dohledané poznatky dokládají nezastupitelnou roli všeobecné sestry v managementu strachu a úzkosti v zubní ordinaci. Vhodné je také dbát na příjemné prostředí čekárny, neboť právě zde dosahuje pacientův strach svého vrcholu. Třetí cíl přehledové bakalářské práce byl splněn.

Význam a využití pro teorii a praxi:

Pracovníci zubní ordinace přichází do kontaktu s úzkostnými pacienty každý den. Z tohoto důvodu je třeba, aby se touto problematikou zabývali. Oni jsou ti, kteří mohou ovlivnit celoživotní přístup pacienta k orálnímu zdraví. Ošetrovatelská péče o pacienty s odontofobií je velmi náročná a vyžaduje trpělivost a dobrou spolupráci celého dentálního týmu, jehož součástí je všeobecná sestra. Přehledová bakalářská práce slouží jako návod pro práci s úzkostnými pacienty a je zároveň motivačním prostředkem pro dentální tým k dalšímu pravidelnému vzdělávání v oblasti komunikace a psychoterapie.

Referenční zdroje

ALLARD, Melissa E. a Julie KATSERES. 2016. Using essential oils to enhance nursing practice and for self-care. American Journal of Nursing. vol. 116, issue 2, s. 42 – 49 [cit. 2017-03-31]. ISSN: 0002936X. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000480495.18104.db

Dostupné z: http://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2016/02000/CE_Using_Essential_Oils_to_Enhance_Nursing.23.aspx

ALVAREZ, Jenny Abanto et al. 2010. Propuestas no-farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. Revista Estomatológica Herediana. vol. 20, issue 2, s. 101 – 106 [cit. 2017-01-15]. ISSN: 1019-4355. Dostupné z:

https://scholar.google.cz/scholar?cluster=13894799966767756018&hl=cs&as_sdt=1,5&as_ylo=2010&as_yhi=2010&as_vis=1

APPUKUTTAN, Deva Priya. 2016. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry. vol. 8, issue 1, s. 35 – 50 [cit. 2017-02-02]. ISSN: 1179-1357 DOI: 10.2147/CCIDE.S63626.

Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4790493/>

ARMFIELD, J.M. a L.J. HEATON. 2013. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. Australian Dental Journal. vol. 58, issue 4, s. 390 – 407 [cit. 2017-02-02].

ISSN: 00450421. DOI: 10.1111/adj.12118. Dostupné z:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/adj.12118/full>

ASSUNCAO, C.M. et al. 2013. The relationship between dental anxiety in children, adolescents and their parents at dental environment. Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry. vol. 31, issue 3, s. 175 – 179 [cit. 2017-02-02].

ISSN: 0970-4388. DOI: 10.4103/0970-4388.117977. Dostupné z:

<http://www.jisppd.com/text.asp?2013/31/3/175/117977>

BEAUVAIS, Audrey M. et al. 2011. Emotional intelligence and nursing performance among nursing students. Nurse education today. vol. 31, issue 4, s. 396 – 401 [cit. 2017-01-15].

ISSN: 0260-6917. DOI: 10.1016/j.nedt.2010.07.013.

Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691710001462>

BELÉN, Rocío a Ricardo ANDRÉS. 2016. Percepciones de la población respecto al cirujano dentista. *Odontoestomatología*. vol. 18, issue 27, s. 16 – 24 [cit. 2017-02-19].

ISSN: 1688-9339.

Dostupné

z:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392016000100003&lng=en&tlng=en

DÍAZ-NARVÁEZ, Victor Patricio et al. 2015. Empathy gender in dental students in Latin America: An exploratory and cross-sectional study. *Health*. vol. 7, issue 11, s. 1527-1535 [cit. 2017-02-19]. DOI: 10.4236/health.2015.711166.

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.4236/health.2015.711166>

DOERING, Stephan et al. 2013. Efficacy of a trauma-focused treatment approach for dental phobia: a randomized clinical trial. *European Journal Of Oral Sciences*. vol. 121, issue 6, s. 584 – 593 [cit. 2017-03-06]. ISSN: 09098836. DOI: 10.1111/eos.12090.

Dostupné

z:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eos.12090/abstract?systemMessage=Pay+Per+View+on+Wiley+Online+Library+will+be+unavailable+on+Saturday+15th+April+from+12%3A00-09%3A00+EDT+for+essential+maintenance.++Apologies+for+the+inconvenience>

GINZELOVÁ, Kristina a Taťjana DOSTÁLOVÁ. 2012. Ovlivnění bolesti při stomatologickém ošetření dětí. *Česko-slovenská pediatrie*. vol. 67, issue 1, s. 48 -51 [cit. 2017-01-06]. ISSN: 0069 – 2328.

Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/cesko-slovenska-pediatrie-archiv-cisel>

GORDON, Dina et al. 2013. A critical review of approaches to the treatment of dental anxiety in adults. *Journal Of Anxiety Disorders*. vol. 27, issue 4, s. 365 – 378 [cit. 2017-03-06].

ISSN: 0887-6185.

DOI: 10.1016/j.janxdis.2013.04.002.

Dostupné

z:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088761851300056X?>

GUPTA, Anil et al. 2014. Behaviour management of an anxious child. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*. vol. 16, issue 1, s. 3- 6 [cit. 2017-01-21].

ISSN: 1822-301X (Electronic).

Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24824053>

HALVARI, Anna et al. 2010. Motivation and anxiety for dental treatment: Testing a self-determination theory model of oral self-care behaviour and dental clinic attendance. *Motivation and Emotion*. vol. 34, issue 1, s. 15 – 33 [cit. 2017-01-26]. ISSN: 1573-6644 (Electronic). DOI: 10.1007/s11031-010-9154-0.

Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=3445f30c-b1d3-4e00-88a8-73cdc7748f74%40sessionmgr4008&vid=26&hid=4113>

HLUBKOVÁ, Zuzana a Lucie SIKOROVÁ. 2015. Využití hodnotících nástrojů posuzujících strach z bolesti u dětí. *Praktický lékař*. vol. 95, issue 5, s. 205 – 210 [cit. 2017-01-15].

ISSN: 0032 - 6739.

Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/vyuziti-hodnoticich-nastroju-posuzujicich-strach-z-bolesti-u-deti-56040>

HOFER, Deborah et al. 2016. Pre-treatment anxiety in a dental hygiene recall population: a cross-sectional pilot study. *BMC Oral Health*. vol. 16, issue 1, s. 1 – 7 [cit. 2017-01-26].

ISSN: 1472-6831. DOI: 10.1186/s12903-016-0198-8.

Dostupné z: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-016-0198-8>

JOKL, Jan. 2015. Úzkost a strach z bolesti před zubním ošetřením. *Bolest*. vol. 18, issue 3, s. 158 – 164 [cit. 2017-02-02]. ISSN: 1212 – 0634. Dostupné z: <http://www.tigis.cz/casopisy/pro-lekare/bolest.html>

KOURKOUTA, Lambrini a Ioanna PAPATHANASIOU. 2014. Communication in nursing practice. *Materia Socio-Medica*. vol. 26, issue 1, s. 65 – 67 [cit. 2017-02-19].

ISSN: 1512-7680. DOI: 10.5455/msm.2014.26.65-67. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3990376/>

MALDONADO, Almudena Dolores Alférez. 2012. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. *Revista Española de Comunicación en Salud*. vol. 3, issue 2, s. 147 – 157 [cit. 2017-02-19]. ISSN: 1989-9882.

Dostupné z: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4059330.pdf>

MEDIAVILLA, Helga a Mario UTRILLA. 2013. Cómo prevenir la fobia dental. Gaceta Dental.vol. 8, issue 6, s. 202-204 [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: https://scholar.google.cz/scholar?cluster=12902343351207051540&hl=cs&as_sdt=0,5

MORGAN, Annie G. 2017. Children's experiences of dental anxiety. International Journal Of Paediatric Dentistry. vol.27, issue 2, s. 87-97 [cit. 2017-03-06]. ISSN: 1365-263X (Electronic) DOI: 10.1111/ipd.12238. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ipd.12238/pdf>

OLAK, Jana et al. 2013. Children's dental fear in relation to dental health and parental dental fear. Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal. vol. 15, issue 1, s. 26 – 31 [cit. 2017-02-02]. ISSN: 1822-301X (Electronic). Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23732827>

OREL, Miroslav a kol. 2012. Psychopatologie. 1.vyd. Praha:Grada Publishing,a.s. ISBN: 978-80-247-3737-9.

ORSINI, Cesar A. a Oscar M. Jerez. 2014. Establishing a good dentist - patient relationship: skills defined from the dental faculty perspective. Journal of Dental Education. vol. 78, issue 10, s. 1405 – 1415 [cit. 2017-01-26]. ISSN: 1930-7837 (Electronic). Dostupné z: <http://www.jdentaled.org/content/78/10/1405.full.pdf+html>

PANDA, A., I. GARG a M. SHAH. 2015. Children's preferences concerning ambience of dental waiting rooms. European Archives of Paediatric Dentistry. vol. 16, issue 1, s. 27 – 33 [cit. 2017-03-06]. ISSN: 18186300. DOI: 10.1007/s40368-014-0142-z. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40368-014-0142-z>

PARK, Eunok, Hyunjin OH a Taeim KIM. 2013. The effects of relaxation breathing on procedural pain and anxiety during burn care. Burns. vol. 39, issue 6, s. 1101 – 1106 [cit. 2017-02-19]. ISSN: 0305-4179. DOI: 10.1016/j.burns.2013.01.006. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417913000090>

PARYAB M. a M. HOSSEINBOR. 2013. Dental anxiety and behavioral problems: A study of prevalence and related factors among a group of Iranian children aged 6-12. Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry. vol. 31, issue 2, s. 82 – 86 [cit. 2017-02-02]. ISSN: 0970-4388. DOI: 10.4103/0970-4388.115699. Dostupné z: <http://www.jisppd.com/article.asp?issn=0970-4388;year=2013;volume=31;issue=2;spage=82;epage=86;aualast=Paryab>

PETRA-MICU,Ileana María. 2012. La enseñanza de la comunicación en medicina. Investigación En Educación Médica. vol. 1, issue 4, s. 218 -224 [cit. 2017-01-26]. ISSN: 2007-5057. Dostupné z: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572012000400009&lng=en&tlng=en

RAUDENSKÁ, Jaroslava. 2011. Odontofobie – problém při poskytování stomatologické péče. Stoma Team. vol. 11, issue 2, s. 17 – 23 [cit. 2017-01-06]. ISSN: 1214-147X. Dostupné z: <http://www.stomateam.cz/cz/odontofobie-problem-pri-poskytovani-stomatologicke-pece/>

RAUDENSKÁ, Jaroslava. 2011. Psychologie chronické bolesti ve stomatologii. Stoma Team. vol. 11, issue 5, s. 81 – 85 [cit. 2017-01-06]. ISSN: 1214 – 147X. Dostupné z: <http://www.stomateam.cz/sk/psychologie-chronicke-bolesti-ve-stomatologii/>

REYES, J.M.V. et al. 2015. Caracterización de pacientes con miedo al Odontólogo. Acta Odontológica Colombiana. vol. 5, issue 2, s. 33 -46 [cit. 2017-02-19]. ISSN: 20277822. DOI: 1771731887. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/1771731877?accountid=16730>

RÍOS, Erazo, Andrea HERRERA RONDA a Gonzalo ROJAS ALCAYAGA. 2014. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. Avances en Odontoestomatología. vol. 30, issue 1, s. 39 – 46 [cit. 2017-03-06]. ISSN: 0213-1285. DOI: 10.4321/s0213-12852014000100005. Dostupné z: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021312852014000100005&lng=es&nrm=iso

SIKOROVÁ, Lucie a Lucie RAJMOVÁ. 2015. Strategie zvládání bolesti u dětí při zubním ošetření. Central European Journal of Nursing and Midwifery. vol. 6, issue 4, s. 327 – 335 [cit. 2017-01-26]. ISSN: 2336 – 3517. Dostupné z: <http://periodika.osu.cz/cejnm/dok/2015-04/24-sikorova-rajmov-a-cz.pdf>

SUHANI, Raluca Diana, Mihai Flaviu SUHANI a Mindra Eugenia BADEA. 2016. Dental anxiety and fear among a young population with hearing impairment. Clujul Medical. vol. 89, issue 1, s. 143 – 149 [cit. 2017-03-06]. ISSN: 1222-2119. DOI: 10.15386/cjmed-556. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4777458/>

UMAMAHESHWARI, N., S. ASOKAN a T.S. KUMARAN. 2013. Child friendly colors in a pediatric dental practice. Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry. vol. 31, issue 4, s. 225 – 228 [cit. 2017-03-06]. ISSN: 0970-4388. DOI: 10.4103/0970-4388.121817. Dostupné z: <https://doaj.org/article/3d306353723044889bc03d9bf666eab0>

ZABIRUNNISA, M. et al. 2014. Dental patient anxiety: Possible deal with Lavender fragrance. Journal Of Research In Pharmacy Practice. vol. 3, issue 3, s. 100 – 103 [cit. 2017-01-26]. ISSN: 2319-9644. DOI: 10.4103/2279-042X.141116. Dostupné z: <http://www.jrpp.net/article.asp?issn=2279-042X;year=2014;volume=3;issue=3;spage=100;epage=103;aulast=Zabirunnisa>

Seznam zkratk

BAI – Beck Anxiety Inventory

DAS – Dental Anxiety Scale

EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing

FIS - Facial Image Scale

FN – Fakultní nemocnice

LF UK – Lékařská fakulta Univerzity Karlovy

MDAS – Modified Dental Anxiety Scale

N₂O – oxid dusný

STAI – The State-Trait Anxiety Inventory

SÚZO - Dotazník strachu a úzkosti před zubním ošetřením

W/V PPCI - The Waldron /Varni Pediatric Pain Coping Inventory

