

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ  
ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ.**

**Μηνάς Κυριακίδης**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
Θάλεια Μπελλάλη**

**ΛΕΥΚΩΣΙΑ  
ΜΑΙΟΣ 2013**

# ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Εκτίμηση του οδοντιατρικού άγχους σε δείγμα πληθυσμού της Κύπρου.**

Μηνάς Κυριακίδης

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Θάλεια Μπελλάλη

ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΜΑΙΟΣ

2013

## Περίληψη:

Η οδοντιατρική ανησυχία, ή το οδοντιατρικό άγχος, είναι μια κοινωνικά αποδεκτή κλινική κατάσταση, η οποία ταλαιπωρεί ασθενείς και γιατρούς, κατέχοντας περίοπτη θέση στη λίστα των φόβων των ατόμων. Η αιτιολογία της είναι πιο περίπλοκη από μια απλή επώδυνη ή δυσάρεστη επίσκεψη στον οδοντίατρο και φαίνεται να επηρεάζει την ποιότητα της ζωής των ασθενών που διακατέχονται από αυτή. Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν η εκτίμηση του οδοντιατρικού άγχους σε δείγμα πληθυσμού της Κύπρου, με άνωτερο στόχο την πρόληψη και προαγωγή της στοματικής υγείας, αλλά και της συνολικής σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας. Τα βασικά ερωτήματα που απαντήθηκαν αφορούν την έκταση της συγκεκριμένης κλινικής εικόνας, τους παράγοντες που την επηρεάζουν και τις σχέσεις της με τη στοματική και ψυχική υγεία των ατόμων γενικότερα.

Η έρευνα που διεξήχθη ήταν συγχρονική, αναλυτική και τον πληθυσμό της απετέλεσαν ασθενείς, επισκέπτες και το προσωπικό υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας οι οποίοι τον Ιούλιο και Αύγουστο του 2012 κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε τα εξής: α) δημογραφικά στοιχεία β) την κλίμακα μέτρησης του οδοντιατρικού άγχους MDAS, γ) τη κλίμακα μέτρησης του Άγχους προδιάθεσης (STAI), δ) το ερωτηματολόγιο DVSS που μετρά την ικανοποίηση από τη λήψη της οδοντιατρικής φροντίδας και ε) τέσσερις ερωτήσεις, οι οποίες βαθμολογούνται επίσης με τη κλίμακα Likert, και μετρούν την αυτοαναφερόμενη κατάσταση στοματικής και γενικής υγείας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι γυναίκες είναι σημαντικά πιο αγχώδεις από τους άντρες, κατά τη λήψη της οδοντιατρικής θεραπείας, με το κύριο παράγοντα φόβου να εντοπίζεται στην ένεση ακολουθούμενη από την εξαγωγή δοντιού. Οι ασθενείς δίνουν μεγάλη σημασία στη πληροφόρηση, καθώς και στη συμπεριφορά του οδοντίατρου απέναντί τους. Υψηλή συσχέτιση βρέθηκε να υπάρχει μεταξύ του γενικού και του οδοντιατρικού άγχους στους οδοντιατρικά φοβικούς και οι φοβικοί ασθενείς δηλώνουν σημαντικά ψηλά ποσοστά πολύ κακής κατάστασης της στοματικής υγείας. Τέλος όσοι δεν αποφεύγουν την επίσκεψη στο οδοντιατρείο είναι στατιστικά σημαντικά πιο ικανοποιημένοι από αυτούς που αποφεύγουν.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται να υπάρχει ανάγκη επικέντρωσης των οδοντογιατρών σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ασθενών που είναι πιο επιρρεπείς στο να αναπτύξουν οδοντιατρική φοβία και επίσης υπάρχει ανάλογη ανάγκη επιμόρφωσης τους για την αντιμετώπιση τους.

## **Abstract**

The purpose of this study is to assess the dental anxiety in a sample of the population of Cyprus. The primary objective of the study is the prevention and promotion of oral health and the overall physical, mental and spiritual health of the specific population. The key questions answered, concern the extent of dental anxiety, the factors that affect it and relations to oral, physical and mental health in general. Unlike other phobias, dental anxiety, it is socially acceptable and occupies a prominent position in the list of fears.

The etiology of dental fear is more complicated than a simple painful or unpleasant visit to the dentist influencing beyond any doubt, the quality of life of patients suffering by dental-anxiety.

The survey was cross-sectional, held with structured questionnaire. The study population included patients, visitors and employees of the Nicosia General Hospital (Medical, Paramedics and administrative staff).

The questionnaire was divided into 2 parts:

- The Demographic and other descriptive information.
- The 3 key questionnaires been tested and certified for reliability reliable conclusions such as MDAS (to measure the dental stress), STAI ( to measure the general, stress), DVSS ( to measure the satisfaction level during the visit to the dentist ) and four questions that measure self-reported oral status and general health. The mean used for the evaluation of the questionnaire was the four and five degree Likert scale.

The research results indicated that women are significantly more phobic than men, with the main factor to be the fear of injection followed by tooth extraction. Patients place great importance on information and behavior received from their dentist. Strong correlation has been shown between the general and dental anxiety. And those who avoid the visit to the dentist are significantly less satisfied than those they don't. The investigation concluded that there is need for training dentists for better and more effective treatment of phobic patients

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ  
ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ.**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	11
Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ Η ΦΥΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΗ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ.....	11
1.1 Ορισμοί .....	11
1.2 Παράγοντες που προκαλούν άγχος .....	13
1.3 Ερμηνεία δημιουργίας άγχους- Θεωρητικό υπόβαθρο .....	14
1.4 Εκδηλώσεις του άγχους .....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	20
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΑΓΧΟΣ .....	20
2.1 Ορισμοί .....	20
2.2 Επιπολασμός - Συχνότητα εμφάνισης.....	21
2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν το οδοντιατρικό άγχος.....	22
2.3.1 Δημογραφικοί παράγοντες	23
2.3.2 Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες	24
2.3.3 Επιπτώσεις οδοντιατρικού άγχους	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	28
Αξιολόγηση και αντιμετώπιση του οδοντιατρικού άγχους .....	28
3.1 Αξιολόγηση.....	28
3.2 Αντιμετώπιση .....	30
3.2.1 Πρόληψη .....	31
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Μέτρηση Οδοντιατρικού Άγχους.....	35
1. Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα.....	35
2. Μεθοδολογία:.....	35
3. Σχεδιασμός και δειγματοληψία .....	36
4. Εργαλεία μέτρησης .....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Αποτελέσματα έρευνας.....	40
2.1 Ανάλυση Δεδομένων.....	40
2.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	42
2.2.1 Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος	42
<b>Πίνακας 2.1</b> Δημογραφικά στοιχεία Δείγματος .....	42
<b>Πίνακας 2.2</b> Σχέση εισοδήματος-ηλικίας. ....	43
<b>Πίνακας 2.3</b> Σχέση οικογενειακής κατάστασης- φύλου.....	44
<b>Πίνακας 2.4</b> Αυτοαναφερόμενη κατάσταση Υγείας- Φύλο.....	44

<b>Πίνακας 2.5</b>	<b>Τάση αποφυγής επίσκεψης- Οικογενειακή κατάσταση</b> .....	44
2.3	Στατιστική ανάλυση Ερωτηματολογίου MDAS .....	45
<b>Πίνακας 2.6</b>	<b>Ποσοστό Οδοντιατρικά Φοβικών</b> .....	45
<b>Πίνακας 2.7</b>	<b>Φοβικοί ανά ομάδα ηλικίας</b> .....	46
<b>Πίνακας 2.8</b>	<b>Ερωτηματολόγιο MDAS</b> .....	47
<b>Πίνακας 2.9</b>	<b>Διαχωρισμός Φοβικών και μη</b> .....	48
<b>Πίνακας 2.10</b>	<b>Κατηγορία Εισοδήματος</b> .....	48
2.4	Στατιστική Ανάλυση της ικανοποίησης από τη χρήση των οδοντιατρικών υπηρεσιών .....	49
<b>Πίνακας 2.11</b>	<b>Μέσος Όρος απαντήσεων σε όλες τις κατηγορίες</b> .....	49
<b>Πίνακας 2.12</b>	<b>Βαθμός ικανοποίησης- οικογενειακή κατάσταση</b> .....	50
<b>Πίνακας 2.13</b>	<b>Βαθμός Ικανοποίησης - Φύλο</b> .....	50
<b>Πίνακας 2.14</b>	<b>Βαθμός Ικανοποίησης με εισόδημα</b> .....	51
<b>Πίνακας 2.15</b>	<b>Σύγκριση Φοβικών με κατηγορίες DVSS</b> .....	53
<b>Πίνακας 2.16</b>	<b>Βαθμός Ικανοποίησης – Συχνότητα Φροντίδας</b> .....	54
2.5	Στατιστική Ανάλυση Κλίμακας Αυτοεκτίμησης του Άγχους προδιάθεσης STAI-T 55	
<b>Πίνακας 2.17</b>	<b>Ερωτηματολόγιο STAI T</b> .....	56
<b>Πίνακας 2.18</b>	<b>Άγχος προδιάθεσης - Φύλο</b> .....	56
<b>Πίνακας 2.19</b>	<b>Άγχος προδιάθεσης- Εισόδημα</b> .....	56
<b>Πίνακας 2.20</b>	<b>Άγχος προδιάθεσης – Φοβικοί- Τάση αποφυγής επίσκεψης</b> .....	57
<b>Πίνακας 2.21</b>	<b>Αυτοεκτίμηση του Άγχους προδιάθεσης</b> .....	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	.....	60
1.	Συζήτηση.....	60
2.	Κύρια συμπεράσματα και υποδείξεις.....	65
Βιβλιογραφία	.....	68

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το άγχος, είναι μια πολύ συχνή κατάσταση η οποία σε πολλές περιπτώσεις αποτελεί ένα μηχανισμό που δρα προστατευτικά για τον άνθρωπο. ([Καλπάκογλου, 1997](#), [Αράβου, 2006](#)). Όταν όμως γίνεται πολύ έντονο και παρατεταμένο, όταν κυριαρχεί στη συμπεριφορά και τις εκδηλώσεις και κυρίως όταν ενεργοποιείται από ερεθίσματα που δεν είναι σημαντικά για την επιβίωση και οδηγεί σε λανθασμένες προβλέψεις και εκτιμήσεις, τότε παύει να αποτελεί έναν ωφέλιμο προσαρμοστικό μηχανισμό και μηχανισμό αυτοπροστασίας. Η περιγραφή αυτή αποτελεί και την κλινική εικόνα του άγχους όταν αυτό είναι παθολογικό ([Γιαννακόπουλος 2012](#), [Χαρτοκόλλης 1986](#)).

Το οδοντιατρικό άγχος εμφανίζεται σε πολλούς ανθρώπους και σε αντίθεση με τα υπόλοιπα είδη άγχους, είναι κοινωνικά αποδεκτό, παρατηρείται πολύ συχνά και ταλαιπωρεί τόσο τους ασθενείς, όσο και τους οδοντιάτρους. Τα προβλήματα της στοματικής υγείας στα οποία συμβάλλει μπορεί να επηρεάσουν τη στοματική υγεία και συνεπακόλουθα τη ποιότητα της ζωής τους (McGrath, 2004 & Bedi, Mehrstedt et al. 2007, Ng & Leung 2008, Vermaire et al. 2008). Αυτό είναι πολύ σημαντικό στις ανεπτυγμένες χώρες γι αυτό και η κλινική διαπίστωση του άγχους αλλά και η γενική στοματική υγεία του πληθυσμού, είχαν οδηγήσει την Αμερικάνικη Κυβέρνηση την δεκαετία του '50, να προσλάβει Κοινωνικούς Επιστήμονες, οι οποίοι ασχολήθηκαν με την συμπεριφορά του πληθυσμού, πέτυχαν τη φθορίωση του πόσιμου νερού, την αποδοχή της οδοντιατρικής θεραπείας, τη βελτίωση του συστήματος οδοντιατρικής περίθαλψης και τη συνεχή επιμόρφωση των οδοντιάτρων (Milgrom et al, 1995).

Τα τελευταία χρόνια στη βιβλιογραφία αναφέρονται αρκετές μελέτες προσέγγισης της φύσης και της αιτιολογίας των προβλημάτων αυτών. Προσπάθεια επίσης γίνεται για τη πρόληψη ,αλλά και την αντιμετώπισή τους. Αυτό συμβαίνει γιατί ακριβώς έχει γίνει κατανοητή η ανάγκη διοχέτευσης των προσπαθειών σε κατεύθυνση αντιμετώπισης των συγκεκριμένων περιστατικών τα οποία όχι μόνο δυσχεραίνουν την οδοντιατρική πράξη, αλλά έχουν σοβαρό κοινωνικό και οικονομικό αντίκτυπο.

Το προτεινόμενο θέμα, της μελέτης του οδοντιατρικού Άγχους σε συγκεκριμένο πληθυσμό, έχει ερευνηθεί ευρέως , λόγω κυρίως της έκτασης και του επιπολασμού αλλά και λόγω της μεγάλης σημασίας του άγχους και της συσχέτισης του με τη γενική ψυχική



και σωματική υγεία . Η μελέτη παρουσιάζει εξαιρετικό επιστημονικό ενδιαφέρον καθώς αναμένεται να εξετάσει για πρώτη φορά την επίδραση του άγχους σε αυτό το συγκεκριμένο πληθυσμό και να δώσουν αποτελέσματα, όχι μόνο για την επίπτωση του Οδοντιατρικού άγχους αλλά και για τη γενική κατάσταση του άγχους στη Κύπρο.

Στην παρούσα διατριβή στο γενικό μέρος, το οποίο χωρίζεται σε 3 κεφάλαια, θα αναπτυχθούν ο ρόλος και η φύση του άγχους στη καθημερινή ζωή , η ερμηνεία της δημιουργίας άγχους και το θεωρητικό υπόβαθρο. Ακολούθως θα εξεταστεί το οδοντιατρικό άγχος , η συχνότητα εμφάνισης και οι παράγοντες που το επηρεάζουν όπως οι δημογραφικοί και οι κοινωνικοοικονομικοί. Τέλος θα αναλυθούν οι επιπτώσεις του οδοντιατρικού άγχους η αξιολόγηση και αντιμετώπιση του.

Ακολουθεί το ειδικό μέρος που περιλαμβάνει τη ερευνητική μεθοδολογία και την ανάλυση. Η μελέτη θα παρουσιάσει στο τέλος τη συζήτηση και τα συμπεράσματα/προτάσεις στα οποία καταλήγει.

# **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

### Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ Η ΦΥΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΗ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ.

Σε έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Αθήνα βρέθηκε ότι 13,4% του γενικού πληθυσμού υποφέρει από γενικευμένη διαταραχή άγχους ([Mavreas et al., 1995](#)), χωρίς να εντοπίζεται κάποιος συγκεκριμένος παράγοντας που να συνηγορεί προς αυτό. Το 30-80% όσων νοσούν από διαταραχή άγχους έχει μια ακόμη τουλάχιστον διαταραχή, κυρίως καταθλιπτική διαταραχή ενώ η προβληματική ή κατάχρηση νόμιμων ή παράνομων ουσιών είναι συχνή ([Kosten et al., 2000](#); [Kushner et al., 2000](#)). Επιπλέον, κατεδείχθη ότι οι διαταραχές άγχους επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής και την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα των πασχόντων ([Mendlowicz & Stein, 2000](#)).

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι οι διαταραχές άγχους είναι ασθένειες που πλήττουν ανθρώπους σε παραγωγική ηλικία και δυσχεραίνουν την επαγγελματική, κοινωνική και οικογενειακή τους ζωή. Για το λόγο αυτό η διερεύνηση των δραστικών στοιχείων τους αποτελεί αντικείμενο θεωρητικού, κλινικού και ερευνητικού ενδιαφέροντος.

Στο παρόν κεφάλαιο θα αναπτυχθεί ο όρος «γενικό άγχος» με κύρια έμφαση στους ορισμούς, τους παράγοντες που το προκαλούν και στο θεωρητικό υπόβαθρο. Επίσης θα γίνει αναφορά στις εκδηλώσεις που το συνοδεύουν, καθώς και στη παθογένεια του.

#### 1.1 Ορισμοί

Ο όρος άγχος χρησιμοποιείται για να υποδηλώσει ανταπόκριση σε καταστάσεις στις οποίες η πηγή της απειλής για το άτομο δεν είναι σαφώς καθορισμένη. Χρησιμοποιείται επίσης ως συνώνυμο για το φόβο, αλλά η μεγάλη διαφορά ανάμεσα στο φόβο και το άγχος είναι η αμεσότητα του ερεθίσματος. Το άγχος χρησιμοποιείται για να υποδηλώσει μη άμεση κατάσταση. Άρα και το οδοντιατρικό άγχος υποδηλώνει μια κατάσταση που αναφέρεται στο ότι κάτι φοβερό πρόκειται να συμβεί σε σχέση με οδοντιατρική θεραπεία, και είναι συχνά συνδυασμένο με μια αίσθηση απώλειας ελέγχου (Milgrom et al. 1995, Freeman & DiTomasso.2002, Klingberg&Broberg2007.) Η Φοβία αντιπροσωπεύει και εξυπηρετεί ένα τύπο άγχους και μπορεί να οριστεί ως

επίμονος φόβος σαφώς διακρινόμενος ,και οριοθετείται σαφώς σε σχέση με ένα αντικείμενο η ένα ερέθισμα.

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία τα κριτήρια για τη διάγνωση της ειδικής φοβίας είναι :

- (1) Σεσημασμένος και επίμονος φόβος που είναι υπερβολικός και παράλογος
- (2) Έκθεση στο φοβικό ερεθίσματα σχεδόν πάντα προκαλεί άμεσο άγχος
- (3) Το άτομο αναγνωρίζει ότι ο φόβος είναι υπερβολικός και παράλογος
- (4) Η αποφυγή, η ανήσυχη αναμνηστική, η αγωνία ή ο φόβος της κατάστασης που παρεμβαίνει σημαντικά στη κανονική ρουτίνα, την επαγγελματική λειτουργία, ή τις κοινωνικές δραστηριότητες. (Harvey & Rapee 2002)

Οι άνθρωποι που έχουν αισθανθεί άγχος το περιγράφουν ως μια γενική και δυσάρεστη αίσθηση ανησυχίας, που συνήθως συνοδεύεται και από σωματικά συμπτώματα. Τα συμπτώματα αυτά χαρακτηρίζονται από διαφορετική σημειολογία για το κάθε άτομο και μπορεί να είναι εφίδρωση, ζάλη, ταχυκαρδία, αίσθημα πνιγμού και πολλά άλλα ([Burton, 1969](#),[Γιαννακόπουλος 2012](#)).

Διαφορετικά το άγχος ορίζεται ([Weiner, 1980](#)) ως το 'συναίσθημα και η αντίδραση, που κινητοποιεί το άτομο για να αντιμετωπίσει τους πιθανούς κινδύνους που ελλοχεύουν γύρω του, να αποτρέψει μία πραγματική ή φανταστική, εξασφαλίζοντας την ομοιότητα του οργανισμού τη χαρακτηριστική του σύσταση και την ισορροπία του με το περιβάλλον'.

Το παθολογικό άγχος, το οποίο εμφανίζει μόνο ποσοτικές, ως προς την ένταση, διαφορές από το φυσιολογικό, μπορεί να διαταράσσει την ικανότητά του ατόμου να ανταποκρίνεται στις καθημερινές δραστηριότητες που αφορούν κυρίως την οικογένεια και την εργασία. Παρόλα αυτά, όταν το άτομο δεν βρίσκεται υπό την επίδραση του στρεσογόνου παράγοντα είναι απόλυτα φυσιολογικό. Συμπεραίνεται λοιπόν ότι διατηρείται η προσωπικότητα και ο έλεγχος της πραγματικότητας ([Χαρτοκόλλης 1986](#),[Γιαννακόπουλος 2012](#)).

Αξίζει να αναφερθεί επίσης ότι υπάρχουν, σε συγκεκριμένες φάσεις στη ζωή του ανθρώπου κάποιες καταστάσεις όπου το άγχος, λόγω της διάρκειας, ή του αποσυντονισμού που προκαλεί, αποτελεί πέραν πάσης αμφιβολίας ψυχική διαταραχή. Είναι δε σύνηθες φαινόμενο σε τέτοιες περιπτώσεις να δημιουργούνται προβλήματα

στην επίτευξη των επιθυμητών στόχων, στην καθημερινή λειτουργικότητα, ή στη ψυχική ηρεμία του ανθρώπου ([Μάνος, 1997](#), [Γιαννακόπουλος 2012](#)).

Με αυτό τον τρόπο προκύπτει μια ομάδα ψυχικών διαταραχών που καταχωρούνται με την επιστημονική ονομασία ‘αγχώδεις διαταραχές’ ([Ζέρβας, 1999 & Μάνος, 1997](#)). Στην ορολογία της ψυχιατρικής επιστήμης, και για αρκετά χρόνια, προκειμένου να δηλωθούν καταστάσεις που χαρακτηρίζονταν από χρόνιο άγχος και των προβλημάτων που έπονταν αυτού, χρησιμοποιείτο ο όρος νεύρωση.

Συμπερασματικά, το άγχος είναι μια κατάσταση εσωτερικής έντασης και ανισορροπίας. Σε ήπια μορφή υπάρχει και συνοδεύει πολλές ενέργειες του ατόμου και αντιστοιχεί στη φάση της εγρήγορσης, κατά την οποία αυξάνεται η ετοιμότητα του ατόμου για δράση και αντίδραση. Όταν αυτή είναι σε ήπια ένταση, βοηθάει το άτομο να αντιλαμβάνεται πιο σωστά τις δυσκολίες ή τους κινδύνους και να αντιδρά πιο άμεσα και αποτελεσματικά. Από τη στιγμή όμως που η ένταση του άγχους αυξάνεται σε σημείο ώστε να επιφέρει το αντίθετο αποτέλεσμα ή που επιμένει αν και το αρχικό αίτιο έχει πια εκλείψει ή που δημιουργείται χωρίς αρκετά σοβαρή αιτία, τότε γίνεται ένα πρόβλημα για τον άνθρωπο. Υπάρχουν περιπτώσεις που εκτός από το άγχος, το άτομο κυριαρχείται από έναν ακαθόριστο φόβο για την υγεία του, για την εξέλιξη της κατάστασής του ή για πιθανές δυσάρεστες εξελίξεις στη ζωή του ή τη ζωή των δικών του. Όσο πιο έντονο είναι το άγχος, τόσο πιο ανίκανος γίνεται ο άνθρωπος να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του, να λύσει κάποιο πρόβλημά του ή να αποφασίσει μπροστά σε κάποιο δίλημμα. Αριθμός συμπτωμάτων που μπορεί να το συνοδεύουν παρατίθενται πιο κάτω.

Στην παρούσα μελέτη, ο όρος οδοντιατρική φοβία, ανησυχία, στρες και άγχος θα χρησιμοποιούνται εναλλακτικά.

## **1.2 Παράγοντες που προκαλούν άγχος**

Σχετικά με την επισήμανση των παραγόντων εμφάνισης φοβιών και φοβικών διαταραχών, η έρευνα κατευθύνει σε συνδυασμό βιολογικών (Milgrom et al, 1995, Ling 1997) κληρονομικών και επίκτητων παραγόντων εμφάνισής τους, χωρίς όμως να υπάρχει ακόμη αιτιολογική σύνθεση των ευρημάτων τους, ή επαρκής επιστημονική απόδειξη.

Έχει αναφερθεί ότι οι βιολογικοί συγγενείς πρώτου των βαθμού ατόμων με ειδική φοβία, κοινωνική φοβία ή αγοραφοβία εμφανίζουν συχνότερα φοβίες απ' ότι ο γενικός πληθυσμός.

Σύμφωνα πάλι με τη μαθησιακή θεωρία, πολλές φοβίες ξεκινούν από τραυματικά γεγονότα ( Piaget, 1970 ), ενώ η ψυχαναλυτική θεωρία υποστηρίζει ότι οι φοβίες οφείλονται σε άλυτες συγκρούσεις της παιδικής ηλικίας, απαγορευμένες σεξουαλικές ή επιθετικές παρορμήσεις, οι οποίες δημιουργούν κατάσταση εσωτερικού κινδύνου και φόβου( Mahoney 1991).

Όπως έχει γραφτεί από τον Ζέρβα, (1999), ο φόβος είναι το πρωτογενές συναίσθημα που προκαλείται από μία σαφή και πραγματική απειλή, ενώ παράλληλα ο Μάνος, (1997) αναφέρει το φόβο ως μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, που δημιουργείται ως απάντηση σε εξωτερικό κίνδυνο ή απειλή και γίνεται αντιληπτός ή συνειδητοποιείται. Το άγχος από την άλλη μπορεί να θεωρηθεί σαν ένα σύνθετο συναίσθημα που αναφέρεται αργότερα στην ανάπτυξη του ατόμου και κάνει την εμφάνισή του χωρίς σαφή ή σημαντική για τη ζωή του κίνδυνο, κάτι για το οποίο, συνήθως έχει επίγνωση (Ζέρβας, 1999).

Ο Μάνος (1997) με μια κάπως διαφορετικότερη προσέγγιση, δηλώνει ότι το άγχος προκαλείται από μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα έντασης, φόβου ή και τρόμου σε κάποιο κίνδυνο, του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή προς το παρόν δεν αναγνωρίζεται . Υπάρχουν δε κάποιες καταστάσεις στις οποίες το άγχος, λόγω της έντασης, της διάρκειας ή της αδυναμίας του ατόμου να λειτουργεί φυσιολογικά, συνιστά ψυχική διαταραχή. Αυτό συμβαίνει όταν δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα στις συναναστροφές , στην εργασία , στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή και στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου.

### **I. Ερμηνεία δημιουργίας άγχους- Θεωρητικό υπόβαθρο**

Υπάρχουν πολλές διαφορετικές θεωρίες ([Χαρτοκόλλης 1986, Αράβου, 2006 &](#) ) που προσπαθούν να εξηγήσουν τον τρόπο με τον οποίο προκαλείται το άγχος, καθεμιά από τις οποίες φωτίζει μια διαφορετική εκδοχή των παραγόντων που οδηγούν στην γένεση αυτής της διαταραχής και δίνοντας πολλές φορές διαφορετικές ερμηνείες για το ίδιο θέμα.

Οι δυο πιο διαδεδομένες που απαντώνται συχνότερα στη βιβλιογραφία, είναι:

- η θεωρία των επίκτητων φόβων και
- η θεωρία αναφερόμενη στη προέλευση της φοβίας ως αποτέλεσμα της κοινωνικής μάθησης ([Bourne, 2001](#)).

Σύμφωνα με την πρώτη, οι άνθρωποι γεννιούνται έχοντας κληρονομήσει μέσω των γονιδίων και μαζί με τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά, ορισμένους βασικούς φόβους οι οποίοι και εξελίσσονται και πάλι, σύμφωνα με το περιβάλλον στο οποίο εκδηλώνονται. Αυτή η θεωρία βασίζεται στη θεωρία του Δαρβίνου, της εξέλιξης των ειδών και των ανθρώπινων συμπεριφορών. Για να μπορέσει το ανθρωπινό είδος, να επιβιώσει στο ασταθές και επικίνδυνο περιβάλλον όπως ήταν αρχικά και όπως έχει εξελιχθεί, είναι 'προικισμένος' και 'εξοπλισμένος' με ορισμένους βασικούς φόβους, που σε αυτή τη περίπτωση αποτελούν προστατευτικά όπλα, προς αντιμετώπιση πραγμάτων και καταστάσεων που μπορεί δυνητικά να τον βλάψουν ([Παρασκευόπουλος, 2002](#)).

Στη ψυχιατρική επιστήμη το θέμα προσδιορίζεται ως : ' Γενετικές καταστάσεις στρέφονται προς την κατεύθυνση κάποιας κληρονομικής προδιάθεσης, η οποία, σε συνδυασμό με τραυματικά συμβάντα ή γενικότερες καταστάσεις που προκαλούν άγχος, θεωρούνται υπεύθυνες για την πρόκληση των φοβιών'(Bourne, 2001). Η γενετική αυτή προδιάθεση αφορά μια ευαισθησία που μεταδίδεται κληρονομικά, γενικά απέναντι στο φόβο και το άγχος ή μια ως περισσότερο ειδική απέναντι σε οποιοδήποτε είδος άγχους ([Παρασκευόπουλος, 2002](#)).

Εάν θεωρήσει κάποιος ως βάση αυτό της προδιάθεσης, τότε θεωρούνται υπεύθυνοι μηχανισμοί, που εντάσσονται σε σχήματα συμπεριφοράς και σε γνωστικά σχήματα, για τη δημιουργία και το κτίσιμο των διαφόρων τύπων των φοβιών. Πρόκειται για υποθέσεις που στηρίζονται σε πειραματικές μελέτες της συμπεριφοράς σε ανθρώπους και σε ζώα. Τα συμπεράσματα των μελετών αυτών συγκλίνουν προς το συμπέρασμα ότι οι φοβίες αποτελούν αντιδράσεις στο συναίσθημα του φόβου ([Freud, 1959& Ζέρβας, 1999](#)).

Ο υποτιθέμενος μηχανισμός είναι ότι ένα ερέθισμα γίνεται αντικείμενο φοβίας, αν επιδράσει επάνω στο άτομο τη στιγμή που για κάποιο άλλο λόγο το άτομο αυτό αισθάνεται φόβο ή άγχος. Η συναισθηματική αυτή αντίδραση μπορεί να οφείλεται σε τραυματική εμπειρία ή να συνδέεται με γενικότερη κατάσταση που προκαλεί άγχος.

Το ερέθισμα που πρόκειται να προκαλέσει τη φοβία, διαθέτει από τη φυσιολογία του αυξημένες ιδιότητες που προκαλούν το συναίσθημα του φόβου, με την έννοια είτε ότι αντιπροσωπεύει ένα ερέθισμα φορτισμένο με επικίνδυνα χαρακτηριστικά μέσα στην ιστορία της ανθρωπότητας, όπως για παράδειγμα τα φίδια ή έντονα φυσικά φαινόμενα όπως ένας σεισμός, είτε ότι ήδη είναι πηγή άγχους για το συγκεκριμένο άτομο από προηγούμενες εμπειρίες ή από αυτά που έχει ακούσει ή μάθει για αυτό ([Παρασκευόπουλος, 2005](#)). Εάν το ίδιο συμβάν, της σύμπτωσης του μέλλοντος αντικειμένου φοβίας και της πρόκλησης άγχους ή φόβου, κατά κάποιο τρόπο επαναληφθεί ή εάν ο φόβος ήταν ιδιαίτερα έντονος τότε έχουμε μεγάλη πιθανότητα να εγκατασταθεί φοβία. Αυτή είναι δυνατόν να επεκταθεί και σε ερεθίσματα συγγενές με το αρχικό δια μέσου ενός μηχανισμού που γενικεύει τη κατάσταση. Με αυτή το σκεπτικό αυτό εξηγούνται, φόβοι όπως αυτοί για τα ερπετά, τις κατσαρίδες και τα άγνωστα φυσικά φαινόμενα κάτι που δυνητικά και ουσιαστικά μας προστατεύει από επικίνδυνες καταστάσεις ([Bakunas, 1993](#)).

Το ουσιαστικό πρόβλημα με τις ειδικές φοβίες είναι πως το τίμημα που πληρώνουν τα άτομα για την ασφάλειά τους είναι η αντίδραση και η λειτουργικότητά τους, μιας και έχουν ένα συνεχές άγχος πριν και κατά τη διάρκεια που αντιμετωπίζουν το φοβικό ερέθισμα. Για παράδειγμα κάποιος με κλειστοφοβία δεν μπορεί να κάνει κάποια μαγνητική τομογραφία η οποία θα μπορούσε να ήταν εξέταση-κλειδί για την σωστή διάγνωση μιας θανατηφόρας ασθένειας.

Με άλλα λόγια, η σημαντική και ειδοποιός διαφορά μεταξύ φόβου και ειδικής φοβίας είναι:

- α) Η παρουσία φοβικής αντίδρασης, την απουσία ερεθίσματος, ή την παρουσία ασήμαντου ερεθίσματος και
- β) Η απώλεια της φυσιολογικής λειτουργικότητας του ατόμου κάτι που όπως έχουμε αναφέρει επηρεάζει τη κοινωνική λειτουργία του φοβικού ατόμου( Μάνος 1997 ).

Η δεύτερη θεωρία που εξηγεί μια διαφορετική ομάδα φοβιών είναι η μάθησή τους είτε βάσει κοινωνικών προτύπων, είτε βάσει της επανάληψης κάποιου παθήματός μας που μας έγινε μάθημα. Κάτι που μοιάζει με τον ορισμό μιας ασθένειας που κληροδοτείται.



Εξηγώντας τη θεωρία βάζουμε τον εαυτό μας σε ένα σκηνικό που αναφέρει ότι γεννιόμαστε σε ένα περιβάλλον που εμπεριέχει κινδύνους τους οποίους δεν λαμβάνουμε υπόψη οι οποίοι ενδεχομένως δεν είναι εγκαταστημένοι στο γονιδιακό μας υπόβαθρο. Έτσι, αναγκάζομαστε να μαθαίνουμε τι είναι επικίνδυνο και τι όχι, ακολουθώντας τα πρότυπα του περιβάλλοντός μας. Δεν πειράζουμε και ειδικά αποφεύγουμε τις σφήκες γιατί έτσι μας έμαθε η μαμά και ο μπαμπάς και όχι γιατί έτσι μας λέει το ένστικτό μας, δεν παίζουμε με τα αναμμένα κάρβουνα γιατί είδαμε τον μπαμπά που κάηκε στη προσπάθεια του να ψήσει κάτι και χρειάστηκε να ακουμπήσει τα χέρια του πάνω κ.ο.κ.( [Μάνος ,1997, Παπαστάμου, 1980](#) )

#### 1.4 Εκδηλώσεις του άγχους

Όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία (Callaway, 2002.& Forchuk, 1993, Καλτσερά & Χαριτωνίδου 2007) υπάρχουν 4 επίπεδα άγχους και περιγράφει την επίδραση του καθενός στην αντίληψη, τη μάθηση και τη συμπεριφορά.

- Ελαφρό άγχος: Είναι το φυσιολογικό άγχος της καθημερινής ζωής, απαραίτητο για την επιβίωση. Οι αισθήσεις οξύνονται και αυξάνονται η προσοχή και τα κίνητρα για προσπάθεια και επιτυχία σκοπών.
- Μέτριο άγχος: Προκαλεί τη μείωση του πεδίου αντίληψης του ασθενή. Έχει ως αποτέλεσμα μειωμένη ικανότητα για διαυγή σκέψη, αδυναμία επίλυσης προβλημάτων και εκπλήρωση κάποιας εργασίας σε σχετικά μεγάλο χρονικό διάστημα από το φυσιολογικό.
- Έντονο άγχος: Προκαλεί πολύ μεγάλη μείωση του πεδίου αντίληψης . Αυτό έχει σαν συνεπακόλουθο την απομόνωση του ατόμου, αδυναμία μάθησης και εκπλήρωσης συγκεκριμένου έργου. Ο πάσχων χρησιμοποιεί συνήθως μηχανισμούς άμυνας για αντιμετώπιση προβλημάτων.
- Πανικός. Πολύ έντονο διεισδυτικό άγχος, πλήρης επικέντρωση στο εγώ και στην επιβίωση. Αυτό έχει σαν επακόλουθο την ανικανότητα αντιμετώπισης οποιασδήποτε κατάστασης. Υπάρχει επίσης αδυναμία μάθησης και λήψης οποιασδήποτε απόφασης που πολλές φορές συνοδεύεται με τρόμο και συναισθηματική παράλυση. Οι ασθενείς πολλές φορές παραληρούν και έχουν ψευδαισθήσεις.

Το άτομο αντιδρά προς το άγχος με διάφορους τρόπους, είτε υγιείς, είτε παθολογικούς ([Καλτσερά & Χαριτωνίδου 2007](#)).

α) Υγιής είναι η συμπεριφορά που τείνει και προωθεί τη λύση του προβλήματος. Το άτομο αναγνωρίζει ότι κάτι δεν πηγαίνει καλά με τον εαυτό του, συνειδητοποιεί το άγχος του και αντιμετωπίζει την κατάσταση απευθείας προσπαθώντας εν πρώτοις να λύσει το πρόβλημα και ακολούθως ή να το παρακάμψει ή να συμβιβαστεί μ' αυτό, χωρίς τη παραβίαση των αρχών και των δικαιωμάτων των άλλων.

β) Παθολογική είναι η συμπεριφορά της σωματικής ή ψυχολογικής απόσυρσης, συνοδευόμενη συνήθως από έντονο θυμό και εκρήξεις επιθετικότητας που προσκρούουν στα δικαιώματα και τις ανάγκες των άλλων και καταλήγουν σε αισθήματα ενοχής.

Όταν η απευθείας αντιμετώπιση ή η απόσυρση από το περιστατικό δεν έχουν αποτέλεσμα ή δεν είναι εφικτές, τότε υπάρχει περίπτωση το άτομο να καταφύγει στο συμβιβασμό. Δηλαδή μπορεί να αλλάξει τη συμπεριφορά του και την άποψή του ή να αντικαταστήσει τους σκοπούς του με άλλους πιο πραγματοποιήσιμους στην προσπάθεια ελάττωσης του άγχους του.

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), η φοβία είναι ένας επίμονος και παράλογος φόβος για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, χώρο, δραστηριότητα ή κατάσταση που έχει σαν αποτέλεσμα το άτομο να επιθυμεί έντονα την αποφυγή αυτού που φοβάται. Αν η φοβία παραβλάπτει την ικανότητα του ατόμου να εκπληρώσει τις συνηθισμένες και απαραίτητες καθημερινές του ασχολίες ή προκαλεί έντονη υποκειμενική ενόχληση, τότε πρόκειται για φοβική διαταραχή.

Κατά τη διάρκεια στρεσογόνων καταστάσεων παρατηρείται αυξημένη έκκριση αδρεναλίνης, αυξημένη έκλυση γλυκόζης στο αίμα, απελευθέρωση μεγάλων ποσοτήτων λιπαρών οξέων στο αίμα, αύξηση της μυϊκής δραστηριότητας κι επιτάχυνση του ρυθμού της αναπνοής. Η αύξηση της αδρεναλίνης προκαλεί υψηλή πίεση αίματος κι υψηλή καρδιακή συχνότητα δηλαδή αυξημένους καρδιακούς παλμούς. Εκτός από την αδρεναλίνη αυξάνεται η παραγωγή αρκετών ακόμα ορμονών και χημικών του οργανισμού, με *jeux casino en ligne gratuit* αποτέλεσμα την διαταραχή της φυσιολογικής βιοχημικής ισορροπίας. Ο μόνος τρόπος για να “αντισταθμιστεί” η μεγαλύτερη

παραγωγή αδρεναλίνης και να μειωθεί η ποσότητά της είναι η φυσική δραστηριότητα (κίνηση, γυμναστική, κ.λπ). Η αυξημένη όμως ένταση που δεν αντιμετωπίζεται με φυσική δραστηριότητα έχει σαν αποτέλεσμα τη σωματική, ψυχολογική και πνευματική κόπωση, την αδυναμία συγκέντρωσης, την ανορεξία ή την καταφυγή στις υπερβολικές ποσότητες φαγητού, τα νευρικά ξεσπάσματα, την νευρικότητα, την οξυθυμία, το τρεμούλιασμα και την εφίδρωση.

Οι υψηλοί καρδιακοί σφυγμοί έχουν σαν αποτέλεσμα δυνατές ημικρανίες, πονοκεφάλους, ταχυπαλμίες και πόνους στο στήθος (‘καρδιά’) που συνήθως συνοδεύονται από μούδιασμα λόγω της προσπάθειας του σώματος για μεγαλύτερη οξυγόνωση. Οι μυες γίνονται σκληρότεροι και περισσότερο δύσκαμπτοι, τα στομαχικά προβλήματα επιδεινώνονται και η γενική κατάσταση του οργανισμού επιβαρύνεται. Το άγχος διαθέτει εξαιρετικά πλούσια συμπτωματολογία και σημειολογία του άγχους είναι και μπορεί να εκδηλώνεται με ένα ή με το συνδυασμό των συμπτωμάτων που αναγράφονται πιο κάτω :

- Απελευθέρωση της κορτιζόνης από τα επινεφρίδια
- Αύξηση των επιπέδων της θυρεοειδικής ορμόνης στο αίμα
- Απελευθέρωση ενδορφίνης από τον υποθάλαμο
- Ελάττωση των σεξουαλικών ορμόνων: της τεστοστερόνης στους άνδρες και της προγεστερόνης στις γυναίκες
- Διακοπή λειτουργίας του πεπτικού σωλήνα
- Απελευθέρωση της γλυκόζης στο αίμα με ταυτόχρονη αύξηση των επιπέδων ινσουλίνης για τον μεταβολισμό
- Αύξηση της χοληστερόλης στο αίμα κυρίως από το συκώτι
- Διαταραχές του καρδιακού ρυθμού
- Αυξημένη προμήθεια του αέρα
- Πύκνωση του αίματος
- Εφίδρωση του δέρματος
- Όξυνση των αισθήσεων: μάτια, ακοή, αφή, γεύση, οσμή

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

### ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΑΓΧΟΣ

Στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη οι οδοντίατροι συχνά αντιμετωπίζουν ασθενείς διαφόρων ηλικιών, φύλου και κοινωνικοοικονομικού υπόβαθρου, οι οποίοι καταβάλλονται από ανησυχία, φοβία ή στρες κάτι που ασφαλώς παρεμβαίνει στη θεραπευτική διαδικασία, είτε δυσχεραίνοντας το θεραπευτή ([Μούτσος, 1999](#)) και τον ασθενή, ή ακόμα μη επιτρέποντας καθόλου τη θεραπευτική παρέμβαση με αποτέλεσμα τη συνέχιση της ύπαρξης του προβλήματος ([Weiner, 1980](#)) με τα επακόλουθα που θα διαφανούν στη συνέχεια της μελέτης. Στο παρόν κεφάλαιο θα αναπτυχθούν η συχνότητα, οι επιπτώσεις και οι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση του οδοντιατρικού άγχους.

#### II. Ορισμοί

Από άποψη προσδιορισμού το οδοντιατρικό άγχος καθορίζεται ως ένα ειδικό είδος άγχους το οποίο είναι πολύ κοινό σε όλο τον πληθυσμό σε όλες τις χώρες του κόσμου, το οποίο όμως σε αντίθεση με τις υπόλοιπες φοβίες, είναι κοινωνικά αποδεκτό, παρατηρείται πολύ συχνά και δυσκολεύει ασθενείς και γιατρούς ([Αράβου, 2006](#)).

Επειδή υπάρχει η σχετική κοινωνική αποδοχή αυτό συνεπάγεται την αποδοχή μέρους της συμπεριφοράς που απορρέει σε σχέση με την οδοντιατρική φοβία, σε αντίθεση με τις άλλες φοβίες που εξακολουθούν να μην είναι αποδεκτές από το κοινωνικό περιβάλλον του πάσχοντος. Σε τέτοιες περιπτώσεις η θέση του επαγγελματία υγείας όταν έρχεται αντιμέτωπος με τέτοια φαινόμενα είναι πολύ δύσκολη και το όπλο της κοινωνικής απόρριψης δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ([Milgrom et al.1995](#)).

Η φοβία για την οδοντιατρική (dental phobia) κατατάσσεται στις ειδικές φοβίες. Στην ίδια κατηγορία κατατάσσονται η φοβία των ιατρικών πράξεων και η φοβία για το αίμα, το τραύμα και την ένεση (Blood-Injury-Injection phobia) (Locker et al 1997). Είναι πολύ συχνό στον ίδιο ασθενή να συνυπάρχουν διάφορα είδη φοβιών. Εδώ πρέπει να επισημανθεί και πάλι ότι η διάγνωση της ειδικής φοβίας τίθεται μόνον όταν η συμπεριφορά αποφυγής παρεμποδίζει τη φυσιολογική λειτουργικότητα του ατόμου στην

καθημερινή του ζωή, στις δραστηριότητες ή τις σχέσεις του ή του προκαλεί έντονη ενόχληση.

## 2.2 Επιπολασμός - Συχνότητα εμφάνισης

Η οδοντιατρική φοβία, κυρίως, αποδίδεται σε προηγούμενες επώδυνες εμπειρίες των ασθενών από επισκέψεις τους σε οδοντιάτρους. Υπάρχουν επίσης ασθενείς που με μια τέτοια δυσάρεστη εμπειρία την πρώτη φορά, που δεν επέστρεψαν για άλλη οδοντιατρική επίσκεψη. .

Οι Molin και Seeman το 1988 αναφέρθηκαν στις οδοντιατρικές εμπειρίες ενός δείγματος ασθενών όπου το 80% , ανέφεραν ότι οι εμπειρίες τους από τους οδοντιάτρους προκάλεσαν, ή συνέβαλαν σημαντικά στη δημιουργία επιπρόσθετου άγχους για τον οδοντίατρο. Στην ίδια έρευνα ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, αναφέρει τουλάχιστον μια τραυματική εμπειρία κατά τη διάρκεια της οδοντιατρικής θεραπείας. Επιπρόσθετη υποστήριξη για τη σημαντικότητα του προηγούμενου οδοντιατρικού ευρήματος αναφέρθηκε από τον Kleinknecht το 2002 σε έρευνα με 487 ασθενείς για τις ανεπιθύμητες αντιδράσεις τους από την οδοντιατρική πράξη , όπου το 8% ανέφερε αυτό που τους φαίνεται ως ιατρικό σφάλμα του οδοντιάτρου και το 7% είχε την εμπειρία αυτού που πίστευαν ως λάθος μεταχείριση, όπως για παράδειγμα την άρνηση του οδοντιάτρου να χρησιμοποιήσει αναισθητικό ακόμα και όταν το ζητούσε ο ασθενής.

Το 1969 στον πληθυσμό της Ν. Αγγλίας βρέθηκε ποσοστό φόβου για τον οδοντίατρο 19.8 %. Στη Σουηδία το 1975 το ποσοστό ανήλθε στο 14%. Οι συμμετέχοντες δε ομολόγησαν ότι ένιωθαν τόσο άσχημα λόγω του φόβου, που τους ήταν αδύνατον να κάνουν οδοντιατρική θεραπεία (Milgrom et al, 1995). Σε έρευνα του 1988 στο Σηάτλ το 50% τουλάχιστον των ερωτηθέντων, εμφάνιζε μικρό ποσοστό φόβου για τον οδοντίατρο, το 28 % λίγο, το 13,1 % μέτριο και το 4,3 % πολύ φόβο. Στο Μπέλφαστ, το 1995, αποδείχτηκε ότι ο φόβος για την οδοντιατρική πράξη οδηγεί σε παραμέληση της στοματικής υγείας και αποτρέπει τη ζήτηση της οδοντιατρικής φροντίδας. Είναι σχεδόν βέβαιο πέραν πάσης αμφιβολίας ότι σε αυτό οφείλεται ο πολύ υψηλός δείκτης τερηδόνας και ουλίτιδας που παρουσιάζεται στους Ιρλανδούς σε σχέση με το υπόλοιπο Ηνωμένο Βασίλειο. Σε έρευνα που έγινε σε Δανούς και Κινέζους το 1995, βρέθηκε ότι οι Δανοί να εμφανίζουν 15% οδοντιατρικό φόβο ενώ οι Κινέζοι 30%. Στους Κινέζους εμφανίζεται διαφορά φόβου ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες, με τις γυναίκες να

παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά, ενώ στο Δανέζικο πληθυσμό δεν υπάρχει αυτή η διαφορά. Ο φόβος εμφανίζεται υψηλότερος στις νεαρές ηλικίες. Ο φόβος οδηγεί σε παραμέληση της στοματικής υγείας (Schwarz και Birn, 1995). Σε παράλληλη έρευνα το 1995, έγιναν μετρήσεις σε 40 άνδρες και 40 γυναίκες που εμφάνιζαν οδοντιατρική ανησυχία στον πόνο, στην ένεση, και στο τρόχισμα. (Moore και Brodsgaard, 1995). Η έρευνα κατέδειξε επίσης ότι το 40% εμφάνιζε κοινωνική φοβία, και σε ποσοστό 19% άλλες ειδικές φοβίες. Στην Αυστραλία σε ηλικίες 18 ετών και άνω, υπάρχει υψηλή οδοντιατρική φοβία της τάξεως του 14,9%. Οι γυναίκες είναι περισσότερο φοβικές, στις ηλικίες 35-44 ετών. Στην ίδια έρευνα ο φόβος απότρεψε τη ζήτηση ανάλογης και κατάλληλης φροντίδας, με όλες τις συνέπειες για την στοματική υγεία ([Thomson et al 1999](#)).

Ως μια γενική διαπίστωση αναφορικά με το παράγοντα που ενοχοποιείται για τη πρόκληση του άγχους, φαίνεται ότι βιβλιογραφικά δεσπόζουσα θέση και γενεσιουργική αιτία ανησυχίας αποτελούν οι εξαγωγές δοντιών, οι ενδοστοματικές ενέσεις και το τρόχισμα με τη χειρολαβή υψηλών ταχυτήτων ([Weiner 1980](#)).

Έχει καταδειχθεί από διάφορες μελέτες ότι αν η προσέγγιση των επαγγελματιών υγείας δεν περιείχε συμπάθεια, σεβασμό και διαφάνεια η οποία και δεν συνοδεύεται από τη κατάλληλη και εκτενή ενημέρωση κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αυτό είχε ως αποτέλεσμα την εμφάνιση, ή και την αύξηση του οδοντιατρικού άγχους ([Abrahamsson et al 2002](#)). Αυτό προϋποθέτει ότι οι οδοντίατροι πρέπει να έχουν τη γνώση και δεξιότητες και γενικά τη κατάλληλη παιδεία για να βοηθήσουν στη διαχείριση των προβλημάτων άγχους που θα τους παρουσιαστούν.

### **2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν το οδοντιατρικό άγχος**

Η ηλικία και το φύλο (δημογραφικοί παράγοντες) αλλά και άλλοι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες όπως είναι η τάξη και θέση των ασθενών στην κοινωνία αποτελούν παραδείγματα πιθανών συνιστωσών και συσχετίσεων μεταξύ οδοντιατρικής φοβίας και στοματικής υγείας. Αναλυτικότερα:

### 2.3.1 Δημογραφικοί παράγοντες

Μερικοί άνθρωποι φαίνονται να είναι περισσότερο ευάλωτοι στην οδοντιατρική φοβία από άλλους. Δημογραφικοί παράγοντες όπως το φύλο, την ηλικία μπορούν να επηρεάσουν και να αποτελέσουν καθοριστικούς παράγοντες της οδοντιατρικής φοβίας .

Το γεγονός ότι οι γυναίκες αναφέρουν συχνότερα επιπτώσεις οδοντιατρικού άγχους συχνότερα από τους άνδρες φαίνεται να είναι καθολικό φαινόμενο (Schuurs et al. 1985, Milgrom et al. 1988, Stouthard & Hoogstraten 1990, ter Horst & de Wit 1993, Moore et al. 1993, Thomson et al. 1996, Armfield et al. 2006).

Οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών μπορεί να αντανάκλουν πραγματικά τη διαφορά στα επίπεδα άγχους , μπορεί όμως οι γυναίκες κοινωνικοπολιτισμικά να παραδέχονται το φόβο περισσότερο από τους άνδρες (Schuurs et al. 1985). Επιπλέον, οι άνδρες και οι γυναίκες μπορεί να έχουν διαφορετικούς τρόπους που δείχνουν φόβο. Οι νεότεροι ενήλικες έχει βρεθεί ότι είναι πιο πιθανό να αναφέρουν οδοντιατρική φοβία από ό, τι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (ter Horst & de Wit 1993, Moore et al. 1993, Ragnarsson 1998, Hägglin et al. 1999, Lahti et al. 2007). Τα αποτελέσματα που αναφέρονται στην βιβλιογραφία σχετικά με τη σύνδεση μεταξύ της οδοντικής φοβίας και η ηλικίας δεν είναι πάντα συνεπή. Σε μια μελέτη από τους Locker et al. (1996a), το ποσοστό των ατόμων που έχουν οδοντιατρική φοβία ήταν υψηλότερο μεταξύ των ατόμων ηλικίας 30-49 ετών από ό, τι μεταξύ των ατόμων 18-29 ετών και ακόμα χαμηλότερα στην ομάδα ηλικίας 70 ετών και άνω. Σύμφωνα με κάποιες άλλες μελέτες η οδοντιατρική φοβία ήταν επίσης χαμηλότερης έντασης μεταξύ των νεαρών ενηλίκων και κατ'επέκταση υψηλότερη τις επόμενες ηλικιακές ομάδες (Milgrom et al. 1988, Stouthard & Hoogstraten 1990, Hakeberg et al. 1992, Thomson et al. 1996). Στη βιβλιογραφία λοιπόν, εμφανίζονται φοβικοί ασθενείς να σχετίζονται αρνητικά με την ηλικία, τα άτομα μικρότερης ηλικίας είναι πιο φοβικά, ενώ οι γυναίκες είναι πιο φοβικές από τους άντρες παρ' όλο που είναι πιο επιμελείς με την οδοντιατρική φροντίδα. Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με πολλές έρευνες:

- Ασθενείς που πάσχουν από οδοντιατρική φοβία, παρουσιάζουν σημαντικά περισσότερες τερηδονισμένες επιφάνειες και δόντια .

- Άτομα με χαμηλό μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο και με διανοητική υστέρηση . παρουσιάζουν περισσότερη ανησυχία([Schuurs et al. 1985](#), [ter Horst & de Wit 1993](#), [Locker et al. 1996a](#), [Armfield et al. 2006](#)).

Σημειώνεται εδώ ότι παρ' όλο που οι γυναίκες δείχνουν και αναφέρουν περισσότερο άγχος εντούτοις παρατηρείται να καταγράφουν συχνότερες επισκέψεις για οδοντιατρική θεραπεία.

### 2.3.2 Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες

Αποτελέσματα μελετών που άπτονται κοινωνικοοικονομικών παραγόντων δίνουν αποτελέσματα τα οποία δεν μπορούν καθαρά να συνδέσουν την κατηγορία αυτή με το οδοντιατρικό άγχος πέραν πάσης αμφιβολίας. Το επίπεδο εκπαίδευσης δεν έχει βρεθεί να συσχετίζεται με την οδοντιατρική φοβία ([Milgrom et al. 1988](#), [Hakeberg et al. 1992](#), [der Horst & de Wit 1993](#), [Thomson et al. 1996](#)).

Σε άλλες μελέτες έχει αναδειχθεί ότι άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες να εκδηλώσουν οδοντιατρική φοβία , από ότι τα άτομα της μελέτης με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης ([Hallstrom & Halling 1984](#), [Schuurs et al. 1985](#), [Moore et al. 1993](#), [Ragnarsson 1998](#)). Αμφιλεγόμενα αποτελέσματα έχουν ληφθεί και σε πιο πρόσφατες έρευνες που έγιναν από τους Stouthard και Hoogstraten το 2009 καθώς και από το Lahti, το 2007.

Η σχέση μεταξύ της οδοντικής φόβος και η οικογενειακής κατάστασης παρουσιάζεται επίσης ασταθής . Σε σχετικές έρευνες στις Ηνωμένες Πολίτες δεν φάνηκε η σχέση της οικογενειακής κατάστασης με το οδοντιατρικό άγχος ([Milgrom et al. 1988](#)). Αντίθετα σε μελέτη που έγινε στην Ολλανδία οι διαζευγμένοι, άνδρες και γυναίκες παρουσίασαν σημαντικά αυξημένα επίπεδα του σχετικού άγχους από ότι οι παντρεμένοι ([Schuurs et al 1985](#)). Άλλη μελέτη στην Ευρώπη και ειδικά στη Φιλανδία ανέδειξε ότι γυναίκες που συγκατοικούν με κάποιο άλλο άτομο παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα οδοντιατρικής φοβίας από ότι οι γυναίκες που μένουν μόνες τους (Lahti et al. 2007)

Όσον αφορά στην οικονομική κατάσταση άτομα με υψηλό εισόδημα έχουν αναφερθεί λιγότερο φοβικά από αυτά με χαμηλότερο εισόδημα ([Stouthard & Hoogstraten 1990](#), [Moore et al. 1993](#)), χωρίς όμως και πάλι να αποτελεί κανόνα , διότι σε αντίστοιχη Σουηδική μελέτη δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της οδοντικής φοβίας και του



εισοδήματος (Hakeberg et al. 1992). Σύμφωνα επίσης με τα αποτελέσματα μιας εθνικής μελέτης που έγινε στην Αυστραλία, δεν επιβεβαιώθηκε συσχέτιση εισοδήματος και άγχους (Thomson et al. 1996). Άλλη αυστραλιανή μελέτη κατέδειξε ότι οι άνθρωποι με υψηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση φοβούνται λιγότερο την οδοντιατρική πράξη από αυτούς που κατέχουν χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση (Armfield et al. 2006).

Συμπερασματικά λοιπόν και σύμφωνα με όλα τα παραπάνω, το φύλο φαίνεται να είναι ένας ισχυρός καθοριστικός παράγοντα για την οδοντιατρική φοβία. Η ηλικία, η εκπαίδευση, η οικογενειακή κατάσταση, καθώς και η κοινωνικοοικονομική θέση, φαίνεται επίσης να είναι καθοριστικοί παράγοντες της οδοντικής φοβίας, αν και η δύναμη και κατεύθυνση του συνόλου των παραγόντων που συμβάλλουν φαίνεται να διαφέρουν μεταξύ των διαφόρων χωρών και των πληθυσμών.

### 2.3.3 Επιπτώσεις οδοντιατρικού άγχους

Σε πάρα πολλές μελέτες το οδοντιατρικό άγχος σχετίζεται θετικά με ψηλότερους δείκτες τερηδόνας ([Schuurs et al. 1985](#), [Milgrom et al. 1988](#), [Stouthard & Hoogstraten 1990](#), [Locker & Liddell 1991](#), [Thomson et al. 1996](#), [Bedi & McGrath 2000](#), [Ragnarsson et al. 2003](#)). Όσον δε αφορά τις περιοδοντικές νόσους οι οδοντιατρικά φοβικοί ασθενείς σχετίζονται με μεγαλύτερη απώλεια οστού κατά την ύπαρξη περιοδοντικής νόσου, καθώς και με μεγαλύτερα ποσοστά ουλίτιδας ([Μήτσης, 1990](#), [Hällstöm & Halling 1984](#), [Hakeberg et al. 1993](#)).

Η χρήση των οδοντιατρικών υπηρεσιών σε ένα σύστημα υγείας επηρεάζεται ουσιαστικά από τη παρουσία και την επίπτωση του οδοντιατρικού άγχους στο συγκεκριμένο πληθυσμό ([Andersen & Newman 1973](#), [Petersen 1990](#)), καθώς και με άλλους παράγοντες που σχετίζονται με το πλαίσιο παροχής των υπηρεσιών αυτών όπως είναι οι κοινωνικοοικονομικές πτυχές.

Είναι καλά τεκμηριωμένο ότι η οδοντιατρική φοβία έχει αντίκτυπο στην οδοντιατρική παρακολούθηση. Η προφανής συνέπεια της οδοντιατρικής φοβίας είναι η αποφυγή της οδοντιατρικής φροντίδας. Έχει επίσης αποδειχτεί η θετική συσχέτιση της οδοντιατρικής φοβίας με τα διαστήματα επίσκεψης και λήψης της συγκεκριμένης υπηρεσίας, σε συνδυασμό με αυξημένη χρήση των υπηρεσιών παροχής επειγόντων περιστατικών ([Schuurs et al. 1985](#), [Pavi et al. 1995](#), [Scheutz & Heidmann 2001](#), [Sanders et al. 2006](#))

εκεί όπου οι στοματικές καταστάσεις που παρουσιάζονται πολλές φορές σοκάρουν και τους θεραπευτές.

Τα πιο πάνω μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην εργασία και στη κοινωνική ζωή των οδοντιατρικά φοβικών ασθενών ([Milgrom et al. 1988](#),[Locker & Liddell 1991](#),[Abrahamsson et al. 2001](#)). Αυτό είναι κάτι που θα ενδιαφέρει πολύ τους πάροχους οδοντιατρικής περίθαλψης διότι είναι φανερό ότι θα έχουν να αντιμετωπίσουν σε μεγάλο βαθμό παραμελημένα περιστατικά τα οποία φτάνουν στο τελευταίο στάδιο για να αναζητήσουν θεραπεία.

Το οδοντιατρικό άγχος και τα συνακόλουθα προβλήματα της στοματικής υγείας, λόγω αποφυγής συναφούς φροντίδας, μπορεί να επηρεάσουν τη γενική υγεία και συνεπακόλουθα τη ποιότητα της ζωής ([McGrath, 2004](#) & [Bedi, Mehrstedt et al. 2007](#),[Ng & Leung 2008](#), [Vermaire et al. 2008](#) [Μήτσης 1990](#), [Τσάμη et al 2004](#)).

Η χρήση των οδοντιατρικών υπηρεσιών σε ένα σύστημα υγείας επηρεάζεται ουσιαστικά από τη παρουσία και την επίπτωση του οδοντιατρικού άγχους στο συγκεκριμένο πληθυσμό ([Andersen & Newman 1973](#), [Petersen 1990](#)), καθώς και με άλλους παράγοντες που σχετίζονται με το πλαίσιο παροχής των υπηρεσιών αυτών όπως είναι οι κοινωνικοοικονομικές πτυχές.

Το θέμα αυτό καταδεικνύεται από ευρήματα μελετών που δείχνουν ότι το οδοντιατρικό άγχος υπονομεύει σοβαρά τη στοματική και σωματική υγεία και έχει σημαντική επίδραση στην κοινωνική και ψυχολογική ευεξία ([Cohen, Fiske, & Newton, 2000, σ. 389](#)). Όσον αφορά στη στοματική υγιεινή κάποιος θα ανέμενε λογικά ότι οι φοβικοί ασθενείς θα ήταν πιο επιμελής προ της απειλής για οδοντιατρική επέμβαση και θα είχαν σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα στοματικής υγιεινής(Μετράται με το δείκτη οδοντικής μικροβιακής πλάκας) η οποία αποτελεί και τον ακρογωνιαίο λίθο της πρόληψης ([Μήτσης, 1990](#)), εν τούτοις δεν παρατηρείται κάτι τέτοιο τουλάχιστον σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ([Schuller et al. 2003](#)).

Σε άλλες μελέτες έχει καταδειχθεί ότι ο φόβος για την οδοντιατρική πράξη οδηγεί σε παραμέληση της στοματικής υγιεινής αποτρέποντας παράλληλα και συν τω χρόνω την αναζήτηση οδοντιατρικής φροντίδας, η κάνοντας την αναζήτηση σε σχετικά μεγάλα χρονικά διαστήματα. Όταν σε μια πληθυσμιακή μονάδα παρατηρείται αυξημένος αριθμός οδοντιατρικά φοβικών ασθενών είναι συνεπακόλουθη η αύξηση της επίπτωσης

της τερηδόνας και των νόσων του περιοδοντίου ([Long, 1995](#)). Οι Schwarz και Birn (1995) αναφέρουν ότι ο φόβος εμφανίζεται κυρίως σε νεαρές ηλικίες και δεν έχει προτίμηση φύλου.

Άλλα συμπεράσματα των μελετών σε οδοντιατρικά φοβικούς ασθενείς συσχετίζουν το οδοντιατρικό άγχος με τη γενική ψυχική υγεία και έχουν καταδείξει αρνητικές σκέψεις άμεσα συνυφασμένες με την οδοντιατρική ανησυχία ([de Jong και ter Horst, 1995](#)). Σε περιπτώσεις ατόμων που εμφανίζουν ακραία και πολύ εμφανή συμπτώματα οδοντιατρικής ανησυχίας ([Moore και Brodsgaard, 2004](#)) ένα μεγάλο ποσοστό εμφάνιζαν κοινωνική φοβία καθώς και άλλες ειδικές φοβίες. Τέλος ένα μεγάλο ποσοστό γύρω στο 35% έπασχε από γενικευμένη ανησυχία και αγοραφοβία.

Σε μελέτες με διαφορετικές προσεγγίσεις στις οποίες είχαν χρησιμοποιηθεί διαφορετικά εργαλεία, έχει αποδειχθεί ότι άτομα που έπασχαν από υψηλή οδοντιατρική ανησυχία και αργούσαν σημαντικά να ζητήσουν περίθαλψη εμφάνιζαν σωματοποιητική διαταραχή του άγχους ([Harvard 2010](#)). Μεγάλο ποσοστό των εξεταζομένων δήλωναν κακές οδοντιατρικές εμπειρίες και εμφάνιζαν κατάθλιψη. Πολλοί ερευνητές επισημαίνουν ότι είναι πολύ χρήσιμη η άντληση συμπερασμάτων από τις ακραίες αυτές περιπτώσεις και μπορούν να αντληθούν παραδείγματα ώστε να διδαχθούν οι φοιτητές οδοντιατρικής, και να εξασκηθούν στην αναγνώριση των οδοντιατρικά φοβικών ασθενών ([Kaakko et al 1998](#)), ([Locker & Liddell 1999](#))

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Αξιολόγηση και αντιμετώπιση του οδοντιατρικού άγχους

Όταν κάποιος σχεδιάζει να μελετήσει αυτό το είδος του φόβου, η επιλογή του εργαλείου μέτρησης θα πρέπει να εξετάζεται προσεκτικά, καθ' ότι μπορεί να επηρεάσει την παρατηρούμενη συχνότητα στο δείγμα ([Moore et al.1991](#), [Schuurs & Hoogstraten 1993](#)). Πολύ προσεκτική επίσης θα πρέπει να είναι η χρησιμοποίηση των εργαλείων μέτρησης συναφών συναισθημάτων όπως είναι οι ειδικές φοβίες και της ανίχνευσης πιθανών επιπτώσεων και συσχέτισης με τη γενική, ψυχική και σωματική υγεία . Όπως είναι γνωστό και έχει αναφερθεί και στα προηγούμενα κεφάλαια το οδοντιατρικό άγχος και τα συνακόλουθα προβλήματα της στοματικής υγείας , λόγω αποφυγής συναφούς φροντίδας , μπορεί να επηρεάσουν γενική υγεία και ποιότητα ζωής ([McGrath, 2004](#) & [Bedi, Mehrstedt et al. 2007](#),[Ng & Leung 2008](#), [Vermaire et al. 2008](#) [Μήτσης 1990](#), [Τσάμη et al 2004](#)).

#### 3.1 Αξιολόγηση

Έχουν προταθεί και αναπτυχθεί κατά καιρούς αρκετά εργαλεία και ερευνητικές μεθοδολογίες για την αξιολόγηση της οδοντιατρικής φοβίας, μερικές από αυτές έχουν χαρακτηριστεί πολύ αξιόπιστες έχοντας επιδείξει όμοια συγκριτικά αποτελέσματα μεταξύ διαφόρων πληθυσμών ([Armfield et al. 2006](#)). Άλλες πάλι έχουν βελτιωθεί στη πορεία του χρόνου και της έρευνας και έχουν εμπλουτιστεί με νέα στοιχεία. Μέρος των εργαλείων όπως είναι τα ερωτηματολόγια που έχουν χρησιμοποιηθεί και σταθμιστεί κατάλληλα για την αξιολόγηση των ερωτημάτων και της μεθοδολογίας. Τα ερωτηματολόγια αυτά θα χρησιμοποιηθούν στη συλλογή και την αξιολόγηση της παρούσας έρευνας. Η ανάπτυξη των εργαλείων αυτών είναι απόρροια της σημασίας που δίνεται στον ερευνητικό τομέα για τη κατανόηση και εξεύρεση τρόπου προσέγγισης των ασθενών που πάσχουν από Οδοντιατρικό Άγχος και στη συνέχεια της αντιμετώπισης των επιπτώσεων στην υγεία τους ([Poulton et al,1997](#)).

Οι λόγοι που ευθύνονται για την ύπαρξη ανησυχίας έχουν διάφορες συνιστώσες. Η δε μέτρηση τους γίνεται είτε με τη συμβολή του ασθενή, όπου επιστρατεύονται τα ερωτηματολόγια και οι συνεντεύξεις, είτε με τη παρατήρηση των συμπτωμάτων που

συνοδεύουν την οδοντιατρική φοβία. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να εμφανίζονται στη συμπεριφορά ή μπορεί να εμφανίζονται στο σώμα. Το μέγεθος του προβλήματος μπορεί να κατανοηθεί μετά από τη απλή παρατήρηση στο οδοντιατρείο, αλλά και από απαντήσεις που δίνουν ασθενείς σε ερωτηματολόγια με κλιμάκωση στο βαθμό της ανησυχίας καθ' όλη την ανησυχία μπορεί να κυμαίνεται σε ένταση από ασθενή σε ασθενή.

Οι ερωτήσεις προς τον ασθενή αυτές συνήθως προσδιορίζουν:

- Την αιτία προσέλευσης στο ιατρείο
- Το διάστημα από την προηγούμενη επίσκεψη
- Την ύπαρξη φόβου και πως αυτός αντιμετωπίζεται. Εδώ πρέπει να αξιολογείται και η πιθανή φαρμακευτική αγωγή
- Τι κοινωνικές επιπτώσεις μπορεί να υπάρχουν στις συναναστροφές και την
- εργασία,
- Τις απόψεις του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος για την στοματική του κατάσταση και άλλα. ([Armfield et al. 2006](#))

Στην αξιολόγηση της συμπεριφοράς του ασθενή πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι η πιθανότητα της πρόκλησης πόνου ευθύνεται κατά 76% για την πρόκληση ανησυχίας. Αυτό βέβαια δεν ερμηνεύει πλήρως την κατάσταση γιατί ένα μεγάλο ποσοστό των ανθρώπων γνωρίζουν ότι πιθανόν να νοιώσουν πόνο, αλλά δεν φοβούνται ([Armfield et al. 2006](#)). Σε ασθενείς που ρωτήθηκαν πριν και μετά τη θεραπεία, να εκφράσουν τις εντυπώσεις τους για την ίδια θεραπευτική αγωγή, διαπιστώθηκε ότι η φοβική ομάδα ανέφερε περισσότερο πόνο από τη μη φοβική. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τα φοβικά άτομα πιθανόν αισθάνονται περισσότερο πόνο ή ότι η ανησυχία αυξάνει τον ουδό πρόκλησης πόνου.

Όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία υπάρχουν 4 επίπεδα άγχους και περιγράφει την επίδραση του καθενός στην αντίληψη, τη μάθηση και τη συμπεριφορά ([Callaway, 2002.& Forchuk, 1993, Καλτσερά & Χαριτωνίδου 2007](#)). Ο θεραπευτής θα πρέπει να αναγνωρίζει τα συμπτώματα σε κάθε επίπεδο και να επιλέγει τις κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, ή υποδείξεις.

Το άτομο αντιδρά προς το άγχος με διάφορους τρόπους, είτε υγιείς, είτε παθολογικούς ([Καλτσερά & Χαριτωνίδου 2007](#)):

- Υγιής είναι η συμπεριφορά που τείνει και προωθεί τη λύση του προβλήματος. Το άτομο αναγνωρίζει ότι κάτι δεν πηγαίνει καλά με τον εαυτό του, συνειδητοποιεί το άγχος του και αντιμετωπίζει την κατάσταση απευθείας προσπαθώντας εν πρώτοις να λύσει το πρόβλημα και ακολούθως ή να το παρακάμψει ή να συμβιβαστεί μ' αυτό, χωρίς τη παραβίαση των αρχών και των δικαιωμάτων των άλλων.
- Παθολογική είναι η συμπεριφορά της σωματικής ή ψυχολογικής απόσυρσης, συνοδευόμενη συνήθως από έντονο θυμό και εκρήξεις επιθετικότητας που προσκρούουν στα δικαιώματα και τις ανάγκες των άλλων και καταλήγουν σε αισθήματα ενοχής.

### 3.2 Αντιμετώπιση

Ο οδοντίατρος σήμερα, με τη βοήθεια των συμπεριφορικών επιστημών, πρέπει να μπορεί να αναγνωρίζει και αντιμετωπίζει το οδοντιατρικό άγχος και να βοηθά τους ασθενείς να ελέγξουν τους φόβους τους δίνοντας διέξοδο σε κάτι που πριν από πολλά χρόνια έμοιαζε αδύνατο. Επιβαρυντικός παράγοντας και κάτι που μπορεί να δυσκολέψει το θεραπευτή, είναι ότι σε σύγκριση με άλλες φοβίες προβάλλεται το έντονο συναίσθημα της σωματικής βλάβης που μπορεί να προκύψει από την εργασία στη συγκεκριμένη περιοχή. Σε αυτό συμβάλλει και το γεγονός ότι η οδοντιατρική εργασία είναι κάτι που γίνεται και δεν είναι στο οπτικό πεδίο του ασθενή με αποτέλεσμα να έχει έντονο το αίσθημα της απώλειας του ελέγχου για το τι του συμβαίνει ([Andersen & Newman 1973](#)).

Η συγκεκριμένη περιοχή είναι επίσης εξαιρετικά ευαίσθητη διότι περιλαμβάνει τους περισσότερους υποδοχείς αίσθησης, γευστικούς κάλυκες και αισθητήρες πόνου, από οποιοδήποτε άλλο μέρος του ανθρώπινου σώματος η οποία συμπεριλαμβάνει και μια από τις κύριες αισθήσεις ([Andersen & Newman 1973](#)).

Η περιοχή χρησιμοποιείται επίσης για πάρα πολλούς σκοπούς, όπως το φαγητό την ομιλία και την έκφραση κάτι που τη καθιστά εξαιρετικά σημαντική, όχι μόνο στους ενήλικες αλλά κυρίως για την πρώιμη παιδική ηλικία και ειδικά στην ανάπτυξη ([Freud 1916, Erikson 1950, Piaget 1970](#)).

Αν οι συνήθειες αντιδράσεις για την οδοντιατρική θεραπεία εξελιχθούν σε μια σχετικά παθολογική κατάσταση αυτό θα εξαρτηθεί από πάρα πολλές παραμέτρους μεταξύ των

οποίων είναι το περιβάλλον, η προσωπικότητα και η κοινωνική θέση ([Shoben & Borland 1954](#), [Davey 1989](#), [Weiner & Sheehan 1990](#), [Alwin et al. 1991](#), [Milgrom et al. 1995a-b](#), [Klingberg & Broberg 1998](#), [Gustafsson et al. 2007](#), [Klingberg & Broberg 2007](#)). Όλα αυτά που έχουν αναφερθεί αποτελούν ένα δείγμα για το πόσο περίπλοκη είναι η κατάσταση στη προσπάθεια της έρευνας για την αντιμετώπιση του οδοντιατρικού άγχους. Όμως η συστηματική προσέγγιση της αγχώδους διαταραχής βοηθά πάντα στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή τους.

Εν πρώτοις πρέπει να διερευνηθούν τα βιολογικά αίτια, ακολούθως το ενδεχόμενο το άγχος να εκδηλώνεται μέσα από κάποια ψυχικής διαταραχής και τέλος πρέπει να εξεταστεί κατά πόσο το άγχος είναι περιστασιακό. Οι θεραπείες αφορούν σε φαρμακολογικές και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις,

Όταν η απευθείας αντιμετώπιση ή η απόσυρση από το περιστατικό δεν έχουν αποτέλεσμα ή δεν είναι εφικτές, τότε υπάρχει περίπτωση το άτομο να καταφύγει στο συμβιβασμό. Δηλαδή μπορεί να αλλάξει τη συμπεριφορά του και την άποψή του ή να αντικαταστήσει τους σκοπούς του με άλλους πιο πραγματοποιήσιμους στην προσπάθεια ελάττωσης του άγχους του. Τα όπλα που διαθέτει η σύγχρονη επιστήμη για την αντιμετώπιση του Οδοντιατρικού άγχους έχουν σαν κύριο στόχο την πρόληψη και παρατίθενται εν συντομία πιο κάτω.

### 3.2.1 Πρόληψη

Βασικός στόχος της πρόληψης είναι να περιορίσει μια νοσηρή κατάσταση ή μια νόσο πριν ακόμα εμφανιστεί. Για να επιτευχθεί όμως αυτό, βασική προϋπόθεση είναι η γνώση της αιτιολογίας της νόσου. Από τη στιγμή που γνωρίζει κανείς τον παθογόνο παράγοντα, τον φορέα και τον τρόπο μετάδοσης, καθώς και τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν μιας ομάδα πληθυσμού τότε μπορούμε να παρέμβουμε στη διαδικασία εκδήλωσης της διαταραχής. Αυτό συμβαίνει κυρίως στις λοιμώδεις νόσους, όπου μπορεί κανείς να καθορίσει τους αιτιολογικούς παράγοντες. Η πρόληψη αφορά συνήθως σε δύο επίπεδα α) την πρωτογενή πρόληψη και β) τη δευτερογενή πρόληψη.

Ο αποτελεσματικότερος τρόπος αντιμετώπισης της ανησυχίας βέβαια είναι η πρωτογενής πρόληψη η οποία άπτεται και συνάμα αυξάνει τη σημαντικότητα στο θέμα της φθορίωσης του πόσιμου νερού, της Αγωγής Στοματικής Υγείας και της ενημέρωσης και εξασφάλισης συνεργασίας στη στοματική υγιεινή των παιδιών. Μη έχοντας

καθόλου, ή έχοντας ελάχιστες τραυματικές εμπειρίες για την οδοντιατρική πράξη στην παιδική ηλικία, όπως αποδεικνύει η έρευνα, δημιουργούμε πιο συνεργάσιμους ενήλικες ([Milgrom et al. 1995a-b](#), [Klingberg & Broberg 1998](#), [Gustafsson et al. 2007](#), [Klingberg & Broberg 2007](#)).

Πολύ σημαντική στη πρωτογενή πρόληψη θεωρείται η ενημέρωση των ασθενών με διάφορους τρόπους. Έχει βρεθεί δε ότι καλύτερα και πλέον επιθυμητά αποτελέσματα υπάρχουν όταν εμπλέκεται επικοινωνιακά ο ίδιος ο οδοντίατρος με τον ασθενή του (Griffiths et al, 1998). Η εμπιστοσύνη του ασθενή προς τον γιατρό του είναι ισάξια και πολλές φορές ανώτερη και από την προσφερόμενη θεραπεία.

Σε γενικές γραμμές, επαρκή αποδεικτικά στοιχεία για την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης της οδοντικής ανησυχίας κατά την παιδική ηλικία δικαιολογούν τις προσπάθειες πρόληψης της εμφάνισης του οδοντιατρικού άγχους σε νέους. Η περίοδος αυτή μπορεί ενδεχομένως να θεωρηθεί ως ένα παράθυρο ευκαιρίας ούτως ώστε νέοι και παιδιά να αναπτύξουν θετική στάση απέναντι οδοντιατρική περίθαλψη ([Freud 1916](#), [Erikson 1950](#), [Piaget 1970](#), [Καλτσερά & Χαριτωνίδου 2007](#)).

Η δευτερογενής πρόληψη αφορά στη προσπάθεια που καταβάλλεται για την έγκαιρη ανακάλυψη κάθε περίπτωσης οδοντιατρικού άγχους και τη ταχύτερη αντιμετώπιση αυτού και των συμπτωμάτων ώστε να ανατραπούν τα δεδομένα μιας νόσου και την ταχύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση, ώστε να διακοπεί η πορεία της νόσου:

Σύμφωνα με τη μέθοδο της γνωστικής προσέγγισης, ο γιατρός μπορεί να επιχειρήσει διάσπαση της προσοχής του ασθενή η οποία μπορεί να γίνει για παράδειγμα, με βιντεοταινίες ή με χαλάρωση ακούγοντας κάποιο είδος μουσικής. Στα παιδιά αποδίδουν τα κινούμενα σχέδια-cartoons. Η γνωστική κινητοποίηση παραπέμπει στην υιοθέτηση θετικών σκέψεων και αποβολή του αρνητισμού (Kent και Croucher, 1998). Μια άλλη μέθοδος που μπορεί να αποδώσει είναι η χαλάρωση όπως ο έλεγχος της αναπνοής (Naini et al, 1999). Κράτημα της αναπνοής, μέτρηση μέχρι το 5 και αργή εκπνοή, βοηθά στη χαλάρωση των μυών. Ο ασθενής ξαπλώνει σε ένα δωμάτιο μόνος του, με τα μάτια κλειστά, σε ανακλεινόμενη καρέκλα. Μία μαγνητοταινία του εξηγεί πως θα χαλαρώσει τους μυς του (Kent και Croucher, 1998).



Η αντιμετώπιση της οδοντιατρικής ανησυχίας που επιμένει γίνεται με φάρμακα ή με ψυχοθεραπεία. Η αναλγησία με πρωτοξειδίο του αζώτου , μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της συμπεριφοράς, την εξοικείωση του ασθενή με το γιατρό και το περιβάλλον του ιατρείου για τα πρώτα ραντεβού. Ο χειρισμός της συσκευής του πρωτοξειδίου μπορεί να αυξήσει ακόμη περισσότερο την εμπιστοσύνη, συγκριτικά με το χειρισμό από τον κλινικό γιατρό. Ο ασθενής εκφράζει μεγαλύτερη ικανοποίηση, όταν έχει τον έλεγχο της συσκευής ([Girdler et al, 2000](#)). Η γενική αναισθησία εφαρμόζεται όπου υπάρχει σοβαρή ανησυχία. Εάν καμία μέθοδος δεν αποδώσει, ο ασθενής παραπέμπεται σε κλινικό ψυχολόγο.

# **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Μέτρηση Οδοντιατρικού Άγχους

### 1. Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η εκτίμηση του οδοντιατρικού άγχους σε δείγμα πληθυσμού της Κύπρου και η κατανόηση της σχέσης με τη στοματική, σωματική και ψυχική υγεία. Όπως έχει διαφανεί στο Γενικό Μέρος της εργασίας το θέμα παρουσιάζει πολύ μεγάλο ενδιαφέρον και έχουν ασχοληθεί μαζί του σωρεία ερευνητών από όλο τον κόσμο.

Κύρια προσπάθεια της ερευνητικής εργασίας είναι η απάντηση σε βασικά ερευνητικά ερωτήματα που θα απασχολούσαν και θα ήταν χρήσιμα τόσο στο γενικό οδοντίατρο όσο και στα κέντρα λήψης αποφάσεων και σχεδιασμού πολιτικής του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου. Τα ερευνητικά ερωτήματα αφορούν:

- Την έκταση που παρουσιάζει η συγκεκριμένη κλινική κατάσταση στο πληθυσμό της Κύπρου.
- Τους παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση του άγχους στο συγκεκριμένο πληθυσμό και τις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζονται.
- Τη σχέση οδοντιατρικού άγχους, γενικού άγχους και των πεποιθήσεων των ασθενών για τον οδοντίατρο και την εργασία του.
- Τη σχέση του άγχους με τη γενική στοματική σωματική και ψυχική υγεία.

### 2. Μεθοδολογία:

Επειδή η συγκεκριμένη μελέτη επιδιώκει να αναδείξει το πρόβλημα του οδοντιατρικού άγχους σε δείγμα του πληθυσμού της Κύπρου, τα αποτελέσματα που θα προκύψουν αναμένονται να βοηθήσουν την εξεύρεση του τρόπου βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους οδοντιάτρους και θα βοηθήσουν στην κατανόηση του προβλήματος στην Κύπρο. Τα ερωτήματα που τέθηκαν για την απάντηση στα ερωτήματα, αφορούσαν την αυτοαξιολόγηση της γενικής και της οδοντιατρικής υγείας και τη μέτρηση του οδοντιατρικού και του γενικού άγχους.

Πρόκειται για μια ποσοτική, περιγραφικού τύπου συγχρονική έρευνα., που διεξήχθη με τη χορήγηση δομημένου ερωτηματολογίου κλειστού τύπου. Το πεδίο διεξαγωγής της μελέτης ήταν το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, το οποίο αποτελεί το Νοσοκομείο

αναφοράς της Κύπρου, προσφέροντας το μεγαλύτερο φάσμα υπηρεσιών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Περιορισμό της έρευνας αποτέλεσαν το σχετικά μικρό χρονικό διάστημα διεξαγωγής της καθώς και η μικρή σχετικά ποσοτική και γεωγραφική κάλυψη.

Προκειμένου να ξεκινήσει η έρευνα έχει εξασφαλιστεί, για τη χρήση του ερωτηματολογίου, η άδεια από τον Εκτελεστικό Διευθυντή του ΓΝΛ(Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας). Το ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από γραπτές πληροφορίες σχετικά με τη φύση και το σκοπό της έρευνας. Υπήρξε μέριμνα για την τήρηση γενικών αρχών της ηθικής και δεοντολογίας, ενώ τηρήθηκε η ανωνυμία και εμπιστευτικότητα όλων των προσωπικών δεδομένων.

### **3. Σχεδιασμός και δειγματοληψία**

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτελέσαν επισκέπτες, εργαζόμενοι (Ιατρικό Παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό) και λιγότερο ασθενείς, του ΓΝΛ .

Σαν χώρος της μελέτης επελέγη το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας διότι το επισκέπτονται άτομα από όλες τις επαρχίες της Κύπρου , και αυτό περιλαμβάνει εκτός από τους ασθενείς και τους εργαζομένους, τους απλούς επισκέπτες . Σύμφωνα με τη τελευταία έκθεση του Υ.Υ (Υπουργείου Υγείας ) επισκέπτονται το ΓΝΛ 75000 άτομα ως εξωτερικοί ασθενείς και 6500 νοσηλεύονται ως εσωτερικοί ασθενείς ανά τρίμηνο.

Η δειγματοληψία ήταν απογραφική, στρωματοποιημένη και έχουν επιλεγεί άτομα ανά ηλικία και φύλο από όλες τις κατηγορίες του πληθυσμού που επισκέπτεται το ΓΝΛ (n=223).

Για την επιλογή του συγκεκριμένου δείγματος έγινε προσπάθεια για:

- α) Ισομερή κατανομή ηλικιακής ομάδας, καταγωγής και φύλου
- β) Να υπάρχει η δυνατότητα να μιλά να κατανοεί και να διαβάζει την ελληνική γλώσσα.
- γ) Να υπάρχει η σχετική συναίνεση για συμμετοχή μετά από σχετική ενημέρωση.
- δ) Αποφυγή για λόγους σωστής δειγματοληψίας ασθενών που επισκέπτονταν τα εξωτερικά Ιατρεία των οδοντιατρικών υπηρεσιών κατά τη περίοδο της έρευνας.

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τον ερευνητή αυτοπροσώπως και ο σχετικός χρόνος συμπλήρωσης του ήταν 15 λεπτά. Τα άτομα που αποτελούσαν το δείγμα συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο σε γραφείο που διατέθηκε για το σκοπό αυτό και έβαζαν τις απαντήσεις σε ένα κουτί.

#### 4. Εργαλεία μέτρησης

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε 2 μέρη:

Μέρος Α: Δημογραφικά και άλλα περιγραφικά στοιχεία.

Μέρος Β: Ερωτηματολόγια τα οποία έχουν ελεγχθεί και είναι πιστοποιημένης αξιοπιστίας, σταθμισμένα και έγκυρα για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων, όπως είναι τα MDAS, STAI, DVSS καθώς και τέσσερις ερωτήσεις που μετρούν την αυτοαναφερόμενη κατάσταση στοματικής και γενικής υγείας:

Α) Το ερωτηματολόγιο MDAS που έχει μεταφραστεί για την ελληνική γλώσσα (MDAS- Modified Dental Anxiety Scale). Είναι σταθμισμένο ως προς την αξιοπιστία και την εγκυρότητα στην ελληνική γλώσσα από την Αράβου Σ. ([Αράβου, 2008](#)).

Αυτό περιλαμβάνει πέντε ερωτήσεις:

1. Η πρώτη αφορά τη μέτρηση του άγχους του ασθενούς την προηγούμενη μέρα της επίσκεψής του στον οδοντίατρο.
2. Η δεύτερη αφορά το άγχος όταν ο ασθενής βρίσκεται στην αίθουσα αναμονής,
3. Η τρίτη το φόβο που προκαλείται από το τρόχισμα,
4. Η τέταρτη το άγχος για τον καθαρισμό των δοντιών,
5. και η πέμπτη το φόβο για την αναισθητική ένεση.

Οι απαντήσεις στα ερωτήματα βαθμολογούνται στη πενταβάθμια κλίμακα Likert, με αποτέλεσμα τη δυνατότητα σύγκρισης μεταξύ τους. Το MDAS μετρά όλες τις διαβαθμίσεις του οδοντιατρικού άγχους. Η απαντητική κλίμακα Likert του, έχει πέντε διαβαθμίσεις – καθόλου ανήσυχος, λίγο, αρκετά, πολύ, και υπερβολικά ανήσυχος. Οι απαντήσεις παίρνουν αντίστοιχα τιμές 1,2,3,4,5. Έτσι, μπορεί να δώσει συνολική τιμή, το δείκτη του οδοντιατρικού άγχους από 5 έως 25. Οι δημιουργοί του (Humphris et al, 1995) προσδιόρισαν την τιμή 19 ως οριακό σημείο πάνω από το οποίο ο ασθενής θεωρείται οδοντιατρικά φοβικός.

Β) Η ικανοποίηση από τη χρήση των οδοντιατρικών υπηρεσιών μετρήθηκε με την κλίμακα DVSS (Dental Visit Satisfaction Scale). Η κλίμακα αποτελείται από 10 ερωτήσεις που αφορούν την ικανοποίηση από την πληροφόρηση- επικοινωνία (τρεις

ερωτήσεις ), την κατανόηση- αποδοχή (τρεις ερωτήσεις ) και τις τεχνικές δεξιότητες του οδοντίατρου ( τέσσερις ερωτήσεις ). Η απαντητική κλίμακα είναι και πάλιν η πενταβάθμια κλίμακα Likert (από 1 = διαφωνώ απόλυτα έως 5 = συμφωνώ απόλυτα) (Sun et al, 2010).

Οι ρωτήσεις/δηλώσεις ανά κατηγορία παρατίθενται πιο κάτω.

#### **Πληροφόρηση- επικοινωνία:**

- Αφού συζήτησα μαζί του, γνώριζα την κατάσταση του στόματός μου.
- Αφού συζήτησα μαζί του, ήξερα τι αλλαγές να περιμένω στην στοματική μου υγεία τους επόμενους μήνες
- Ο οδοντίατρος μου είπε όλα όσα ήθελα για τα οδοντικά μου προβλήματα

#### **Κατανόηση- αποδοχή**

- Ένιωσα πραγματικά ότι ο οδοντίατρός μου με καταλαβαίνει απόλυτα
- Ένιωσα ότι αυτός ο οδοντίατρος κατάλαβε πόσο αναστατωμένος/η ήμουν στην πιθανότητα να πονέσω
- Ένιωσα ότι αυτός ο οδοντίατρος με αποδέχεται σαν άτομο

#### **Τεχνικές δεξιότητες του οδοντίατρου**

- Ο οδοντίατρος ήταν επιμελής και τακτικός στις διαδικασίες
- Ο οδοντίατρος έδειξε λεπτότητα όταν δούλευε στο στόμα μου
- Έμεινα ικανοποιημένος/η με όσα έκανε ο οδοντίατρος
- Ο οδοντίατρος φαινόταν να ξέρει τι κάνει κατά τη διάρκεια της επίσκεψής μου

Γ) Η κλίμακα ιδιοσυγκρασιακού άγχους STAI (Trait Anxiety Inventory) η οποία περιλαμβάνει 20 δηλώσεις που περιγράφουν τυπικά συναισθήματα, όπως αισθάνομαι ευχάριστα, κουράζομαι εύκολα κλπ., με απαντητική κλίμακα Likert, τεσσάρων διαβαθμίσεων που αντιστοιχεί με τις δηλώσεις : σχεδόν ποτέ, μερικές φορές, συχνά, και σχεδόν πάντοτε, οι οποίες παίρνουν αντίστοιχα τιμές 1,2,3,4. (Green, Καφέτσιος, 2003). Γενικά το ερωτηματολόγιο έχει δημιουργηθεί για να υπολογίζει το άγχος στο γενικό πληθυσμό και συνεπώς χρησιμοποιείται ευρέως στην εκτίμηση πληθυσμών ασθενών , όπου έχει αποδειχθεί έγκυρο και αξιόπιστο. Αναφέρεται στις σχετικά

σταθερές ατομικές διαφορές όσον αφορά την επιρρέπεια απέναντι στο άγχος, οι οποίες στοιχειοθετούν χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου (personality trait).

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από είκοσι δηλώσεις, με τις οποίες εκτιμάται το πώς ο εξεταζόμενος αισθάνεται γενικά. Κάθε αντικείμενο/ερώτηση της STAI βαθμολογείται από 0-4. Η βαθμολόγηση με 4 υποδηλώνει την παρουσία υψηλών επιπέδων άγχους για έντεκα αντικείμενα/ερωτήσεις που αφορούν την κλίμακα. Αντίθετα η υψηλή βαθμολόγηση των υπόλοιπων εννέα αντικειμένων/ερωτήσεων υποδηλώνει απουσία άγχους.

Δ) Τέλος, χρησιμοποιήθηκαν τέσσερις ερωτήσεις που μετρούν την αυτοαναφερόμενη κατάσταση στοματικής υγείας και αφορούσαν την τυχόν ύπαρξη μασητικών προβλημάτων και αισθήματος πόνου τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Εξετάστηκε η ανάγκη οδοντιατρικής επίσκεψης τις τελευταίες 4 εβδομάδες και η αυτοαξιολόγηση της γενικής κατάστασης της Υγείας ([Locker, Liddell, 1991](#)).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Αποτελέσματα έρευνας

### 2.1 Ανάλυση Δεδομένων

Για την ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν στατιστικές μέθοδοι της περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής (παραμετρικοί έλεγχοι και συσχετίσεις) οι οποίες πραγματοποιήθηκαν με το Στατιστικό Πακέτο Ανάλυσης Κοινωνικών Επιστημών (Statistical Package for Social Sciences, SPSS, 20.0). Οι αναλύσεις που έγιναν περιέλαβαν:

- Την εύρεση της αξιοπιστίας όλων των κριτηρίων του ερωτηματολογίου (Reliability Analysis).
- Τα περιγραφικά στοιχεία του Δείγματος (κατανομή του δείγματος με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά)
- Την κατανομή των συχνοτήτων σε κάθε ερώτηση και για κάθε παράγοντα ξεχωριστά (Frequency Analysis).
- Την εύρεση του μέσου όρου, της κεντρικής τιμής και της επικρατούσας τιμής για κάθε ερώτηση και για όλο το ερωτηματολόγιο συνολικά (Mean/Median/mode analysis). Στην ανάλυση και συγκεκριμένα στους πίνακες αναφοράς φαίνονται στοιχεία όπως το p Value, η σταθερή απόκλιση (Σ.Α) και το σταθερό σφάλμα (Σ.Σ)
- Την ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα (One way ANOVA analysis)
- T-Test για ανεξάρτητα δείγματα για συγκεκριμένες μεταβλητές
- Τη δοκιμασία  $\chi^2$ .

Με βάση τις απαντήσεις που συγκεντρώθηκαν, πραγματοποιήθηκε και ο έλεγχος αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου με την βοήθεια του SPSS. Ο συντελεστής αξιοπιστίας Crohnbach's alpha υπολογίζει κατά προσέγγιση την εσωτερική συνάφεια των στοιχείων του ερωτηματολογίου, δηλαδή αν τα στοιχεία έχουν την τάση να καταμετρούν την ίδια ιδιότητα.

Ο συντελεστής αξιοπιστίας alpha είναι απλώς ο μέσος όρος όλων των πιθανών τιμών της αξιοπιστίας για το ερωτηματολόγιο και επομένως, προτιμήθηκε καθώς δεν εξαρτάται από την διάταξη των στοιχείων. Αν η τιμή του είναι 0,7 ή μεγαλύτερη τότε θεωρείται ικανοποιητικός ([Χαραυγή, 2012](#), [Γναρδέλης, 2003](#), [Μακράκης, 2001](#)).



Έτσι λοιπόν έγινε μια ανάλυση της αξιοπιστίας των ερωτήσεων κάθε διάστασης του ερωτηματολογίου και φάνηκε ότι ο συντελεστής alpha έχει τις ακόλουθες τιμές:

- MDAS :  $\alpha = 0,896$ ,
- DVSS :  $\alpha = 0,891$ ,
- STAI-T :  $\alpha = 0,701$

Όσο πιο μεγάλος είναι ο συντελεστής αξιοπιστίας τόσο πιο αξιόπιστα χαρακτηρίζονται τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της έρευνας.

## 2.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 2.2.1 Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται η κατανομή των ασθενών του δείγματος με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους:

**Πίνακας 2.1** Δημογραφικά στοιχεία Δείγματος

<b>Φύλο</b>	<b>N</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
Άνδρας	95	40,8
Γυναίκα	138	59,2
Σύνολο	233	100,0
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Ελεύθερος	18	7,7
Παντρεμένος	193	82,8
Διαζευγμένος	22	9,4
<b>Εισόδημα σε Ευρώ</b>		
Βασικό	31	13,3
700-1500	57	24,5
> 1500	145	62,2
<b>Κατανομή Ηλικίας</b>		
-58 και άνω	94	40,3

58 - 38	57	24.5
18 - 38	82	35.2
Σύνολο	233	100.0

Από τη στατιστική ανάλυση που φαίνεται στο πιο κάτω πίνακα προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων κατατάσσεται στη υψηλή εισοδηματική κατηγορία που έχουμε θέσει, ενώ το ποσοστό των ατόμων που λαμβάνουν εισόδημα χαμηλότερο από το βασικό είναι περιορισμένο. Όλα τα άτομα που λαμβάνουν εισόδημα κάτω από το βασικό ανήκουν στις μεγάλες ηλικίες. Αντίθετα οι μικρές ηλικίες παρουσιάζεται να έχουν μεγαλύτερα εισοδήματα σε βαθμό στατιστικά σημαντικό.

**Πίνακας 2.2 Σχέση εισοδήματος-ηλικίας.**

Ηλικία	Εισόδημα	N	Ποσοστό%	P
-58	Βασικό	31	33.0	0,000
	700-1500	31	33.0	
	> 1500	32	34.0	
	Σύνολο	94	100.0	
58 - 38	700-1500	18	31.6	
	> 1500	39	68.4	
	Σύνολο	57	100.0	
18 - 38	700-1500	8	9.8	0,000
	> 1500	74	90.2	
	Σύνολο	82	100.0	

1. Το ποσοστό των διαζευγμένων ανήκει αποκλειστικά στο γυναικείο φύλο με τη διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική  $p=0,000$ . Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο του t-test για ανεξάρτητα δείγματα.

**Πίνακας 2.3 Σχέση οικογενειακής κατάστασης- φύλου**

	Ελεύθερος	Παντρεμένος	Διαζευγμένος	M	P
Ανδρας	17	78	0	1,82	0,000
Γυναίκα	1	115	22	2,15	

2. Στη αυτοαξιολόγηση της γενικής κατάστασης της υγείας των ασθενών βλέπουμε τις γυναίκες να δηλώνουν καλύτερα ποσοστά σε σχέση με τους άντρες με μέσο όρο το 3,81 και τους άντρες με 2,67 σε βαθμό στατιστικά σημαντικό ( $p=0,010$ ).

**Πίνακας 2.4 Αυτοαναφερόμενη κατάσταση Υγείας- Φύλο**

	Φύλο	N	M	ΣΑ	P
Κατάσταση της Υγείας	Άνδρας	95	2,82	0,772	0,010
	Γυναίκα	138	3,58	0,886	

3. Η τάση αποφυγής της επίσκεψης στον οδοντίατρο να είναι για τους παντρεμένους 27%, για τους διαζευγμένους 66% και για τους ελεύθερους 22%. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαζευγμένων και των άλλων κατηγοριών ως προς την τάση αποφυγής της επίσκεψης.

**Πίνακας 2.5 Τάση αποφυγής επίσκεψης- Οικογενειακή κατάσταση**

		Ναι		Όχι	Ολικό	P
		Ναι	Όχι			
Οικογενειακή κατάσταση	Ελεύθερος	4	14		18	0,002
	Παντρεμένος	52	141		193	
	Διαζευγμένος	14	8		22	0,002
Ολικό		70	163		233	

Περισσότερες αναφορές που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία θα γίνουν σε συνδυασμό με την ανάλυση που θα ακολουθήσει για τις κλίμακες αξιολόγησης που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο.

### 2.3 Στατιστική ανάλυση Ερωτηματολογίου MDAS

Όπως έχει αναφερθεί και προηγουμένα αναφερόμαστε στο MDAS (Modified Dental Anxiety Scale), ως ενός παγκόσμια αναγνωρισμένου και ευρύτατα χρησιμοποιούμενου ερωτηματολογίου μέτρησης του οδοντιατρικού άγχους. Το σημείο διαχωρισμού των φοβικών στη βαθμολογία είναι το 19, όπως έχει αναφερθεί και προηγουμένως.

Στη ανάλυση αξιοπιστίας που έγινε για τις απαντήσεις στη σχετική κλίμακα, ο συντελεστής αξιοπιστίας βρέθηκε να είναι 0,896 κάτι που σημαίνει ότι η εσωτερική συνάφεια των στοιχείων είναι πολύ ικανοποιητική.

Από τη γενική στατιστική αξιολόγηση των στοιχείων σχετικά με τη κλίμακα MDAS προκύπτουν τα πιο κάτω συμπεράσματα:

1. Παρουσιάζονται 27 άτομα να βαθμολογούνται με βαθμολογία 19-25 το οποίο αποτελεί το 11,6 % του πληθυσμού. Τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται ως οδοντιατρικά φοβικά. Στο συγκεκριμένο πληθυσμό οι γυναίκες, εμφανίζονται περισσότερο φοβικές από τους άνδρες με τη διαφορά να εμφανίζεται στατιστικά σημαντική όπου  $p=0.001$  με το M να είναι 1,08 για τους άνδρες και 1,14 για τις γυναίκες. Το στατιστικό κριτήριο ήταν το t-test για ανεξάρτητα δείγματα.

**Πίνακας 2.6 Ποσοστό Οδοντιατρικά Φοβικών**

Σύνολο Φοβικών		N	Ποσοστό
4-18		206	88.4
19-25		27	11.6
Σύνολο		233	100.0
Κατανομή Φύλου			
Άνδρες	4-18	87	91.6
	19-25	8	8.4
Γυναίκες	4-18	119	86.2
	19-25	19	13.8

2. Όσον αφορά τις ηλικίες φαίνεται ότι οι μικρές και οι μεγάλες ηλικίες παρουσιάζουν διακύμανση με μεγαλύτερα ποσοστά φοβικών ασθενών. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική συγκρινόμενη με τις μέσες ηλικίες. Στατιστικό κριτήριο ήταν το “one way anova test”

**Πίνακας 2.7 Φοβικοί ανά ομάδα ηλικίας**

Ηλικία		Διαφορά Μ	Σ.Σ	p
58-	58-38	0.040	0.054	0.740
	18-38	0.006	0.049	0.992
58-38	58-	-0.040	0.054	0.740
	18-38	-0.034	0.055	0.811
18-38	58-	-0.006	0.049	0.992
	58-38	0.034	0.055	0.811

3. Η κατανομή για την αιτία που προκαλεί περισσότερη φοβία δεν υπάρχει αμφιβολία ότι είναι η τοπική αναισθησία ακολουθούμενη από την παρασκευή του δοντιού με τον τροχό. Έπονται κατά σειρά όπως φαίνονται στο πιο πάνω πίνακα, η αναμονή στο οδοντιατρείο και η άμεση ανάγκη για οδοντιατρική θεραπεία. Ο καθαρισμός και η στίλβωση δεν προκαλούν σοβαρά προβλήματα.

**Πίνακας 2.8 Ερωτηματολόγιο MDAS**

	N	S	M	ΣΑ
Ανάγκη για άμεση θεραπεία	233	482	2.07	1.219
Στην Αίθουσα αναμονής	233	540	2.32	1.146
Για τρόχισμα Δοντιού	233	647	2.78	1.182
Για καθαρισμό και στίλβωση	233	373	1.60	.760
Για ένεση	233	681	2.92	1.260

4. Όσον επίσης αφορά τους οδοντιατρικά φοβικούς, η υψηλότερη μέση τιμή αφορά το ερώτημα 5, που διερευνά το φόβο για την ένεση ( $m=2.92$ ) και ακολουθεί το ερώτημα 3, ο φόβος για τον τροχό ( $m=2.78$ ). Ο μέσος όρος του οδοντιατρικού άγχους για τους φοβικούς είναι ( $m=20.3$   $\Sigma\text{Α}=2.91$ ). Παρατηρούμε επομένως ότι στο ερωτηματολόγιο διαχωρίζονται οι οδοντιατρικά φοβικοί από τους μη φοβικούς, με στατιστικά σημαντικές τιμές. Αναλυτικά εδώ εφαρμόστηκε ,για τη σύγκριση του δείκτη οδοντιατρικού άγχους, μεταξύ της ομάδας των μη φοβικών ατόμων και των φοβικών το στατιστικό κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα. Αυτό μας δίνει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ( t

**Πίνακας 2.9 Διαχωρισμός Φοβικών και μη**

	Φοβικοί	N	M	ΣΑ	P
MDAS	4-18	206	10.44	3.452	0,000
	19-40	27	20.63	1.305	

1.4 Στη κατανομή των εισοδημάτων, οι ασθενείς με μεγαλύτερα εισοδήματα και δυνητικά υψηλότερου κοινωνικού προφίλ εμφανίζουν περισσότερο άγχος από τα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική .

**Πίνακας 2.10 Κατηγορία Εισοδήματος**

	Φοβικοί	N	Ποσοστό
4-18	Βασικό	31	15.0
	700-1500	51	24.8
	> 1500	124	60.2
	Σύνολο	206	100.0
19-25	700-1500	6	22.2
	> 1500	21	77.8
	Σύνολο	27	100.0



	M	ΣΑ	P
Βασικό	8,19	2,301	
700-1500	11,07	5,046	0,000
> 1500	12,57	4,462	0,000

## 2.4 Στατιστική Ανάλυση της ικανοποίησης από τη χρήση των οδοντιατρικών υπηρεσιών

Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι η ανίχνευση των χαρακτηριστικών της σχέσης οδοντιάτρου-ασθενούς, στο χώρο του οδοντιατρείου και ο τρόπος που προσλαμβάνουν της σχέση αυτή οι ασθενείς μέσα από τη κλίμακα ικανοποίησης.

Κατά τη στατιστική ανάλυση είχαμε χωρίσει το δείγμα των απαντήσεων στις τρεις κατηγορίες της αξιολόγησης , όπως αναφέρθηκε στο γενικό μέρος και αφορούν:

- α) την ικανοποίηση από την πληροφόρηση
- β) την επικοινωνία και την κατανόηση
- γ) τις τεχνικές δεξιότητες του οδοντιάτρου

Κατά τη στατιστική ανάλυση σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία προέκυψαν τα κάτωθι αποτελέσματα.

**Πίνακας 2.11 Μέσος Όρος απαντήσεων σε όλες τις κατηγορίες**

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	M	ΣΑ
DVSS ολικό	233	24	50	42,89	5,299
Πληροφόρηση	233	7,00	15,00	12,6009	1,71941
Επικοινωνία Κατανόηση	233	7,00	15,00	12,7425	1,77209
Δεξιότητες	233	12,00	20,00	17,0050	2,41778

1. Ο μέσος όρος των απαντήσεων του δείγματος σε κάθε κατηγορία καθώς και το ολικό παρουσιάζονται στο πιο πάνω πίνακα. Ο συντελεστής αξιοπιστίας βρέθηκε να είναι 0,891 κάτι που σημαίνει ότι η εσωτερική συνάφεια των στοιχείων είναι και πάλι πολύ ικανοποιητική (Burnside and Harris 2010).
2. Στη στατιστική ανάλυση εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των παντρεμένων και των 2 άλλων ομάδων. Βρέθηκε ότι ο βαθμός ικανοποίησης των παντρεμένων του δείγματος ήταν αυξημένος σε βαθμό στατιστικά σημαντικό. Στην ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το one way anova test με  $p=.001$

**Πίνακας 2.12 Βαθμός ικανοποίησης- οικογενειακή κατάσταση**

	M	ΣΑ	P
Παντρεμένοι	43,80	5,264	
Διαζευγμένοι	39,82	2,196	0,001
Ελεύθεροι	38,33	1,609	0,001

3. Όσον αφορά το κριτήριο του φύλου εδώ δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά παρ όλο που οι άντρες παρουσιάζοντα πιο ευχαριστημένοι από τις γυναίκες. Δεν υπάρχει επίσης συσχέτιση με τα εισοδήματα και με το επίπεδο σπουδών που να είναι στατιστικά σημαντική.

**Πίνακας 2.13 Βαθμός Ικανοποίησης - Φύλο**

	Sex	N	Mean	Std. Deviation	P
DVSS Sum	Male	95	43,37	5,192	0,256
	Female	138	42,57	5,365	

**Πίνακας 2.14 Βαθμός Ικανοποίησης με εισόδημα**

Εισόδημα		Διαφορά Μ	Σ.Σ	P
Βασικό	700-1500	-,945	1,185	1,000
	> 1500	-1,115	1,051	,869
700-1500	Βασικό	,945	1,185	1,000
	> 1500	-,170	,830	1,000
> 1500	Βασικό	1,115	1,051	,869
	700-1500	,170	,830	1,000

4. Στην ανάλυση που ακολούθησε είναι αξιοσημείωτη η διαφορά που εντοπίστηκε στην απάντηση των φοβικών ασθενών με τους μη φοβικούς να είναι στατιστικά σημαντικά πιο ικανοποιημένοι από τους υπόλοιπους με τη διαφορά στις απαντήσεις να εντοπίζεται στη δεύτερη κατηγορία των ερωτήσεων, δηλαδή αυτών που αφορούσαν τη κατανόηση, την επικοινωνία και την αποδοχή. Ο μέσος Όρος απαντήσεων σε όλες τις κατηγορίες και η στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίστηκε όταν χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της ανάλυσης t- test. Στη περίπτωση αυτή έχουμε δείγματα που προέρχονται από 2 πληθυσμούς οι μέσοι όροι των οποίων συγκρίθηκαν. Εδώ το κριτήριο t τεστ έχει χρησιμοποιηθεί σε όλα τα πιθανά ζεύγη δειγμάτων. Η στατιστική διαφορά εντοπίστηκε στις μεταβλητές που αφορούσαν τη κατανόηση από τον οδοντίατρο. Μεγαλύτερη ακόμα διαφορά εντοπίστηκε στη κατανόηση στη πιθανότητα του πόνου. Στη αποφυγή της επίσκεψης εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά . Δηλαδή όσοι δεν αποφεύγουν την επίσκεψη στο οδοντιατρείο είναι στατιστικά πιο ικανοποιημένοι από αυτούς που αποφεύγουν. Στην ανάλυση της μέσης τιμής των 2 δειγμάτων χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο t-test ( p= 0,002)

Πίνακας 2.14 Βαθμός ικανοποίησης φοβικών

	<b>Μ</b>	<b>ΣΑ</b>	<b>P</b>
<b>Φοβικοί</b> 4-18	43,55	4,600	0,001
19-25	38,81	7,158	
<b>Πληροφόρηση</b> Φοβικοί	12,8350	1,418	
	10,8148	2,602	0,000
<b>Κατανόηση</b> Φοβικοί	12,9806	1,504	
	10,9259	2,510	0,000
<b>Δεξιότητες</b> Φοβικοί	17,5680	2,397	
	16,8519	2,522	0,846
<b>Τάση</b> <b>αποφυγής</b> Ναι	41,23	5,245	

Όχι	43,77	4,964	0,010
-----	-------	-------	-------

5. Στη σύγκριση μεταξύ των 3 κατηγοριών της κλίμακας εντοπίστηκε διαφορά μεταξύ φοβικών και μη φοβικών ασθενών στις 2 πρώτες κατηγορίες. Δηλαδή οι φοβικοί ασθενείς είναι λιγότερο ικανοποιημένοι με στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P=0,000$ ) στις κατηγορίες, ικανοποίηση από την πληροφόρηση και την επικοινωνία, την κατανόηση- αποδοχή.

**Πίνακας 2.15 Σύγκριση Φοβικών με κατηγορίες DVSS**

	Φοβικοί	N	M	S. D
Πληροφόρηση	4-18	206	12,8350	1,41833
	19-25	27	10,8148	2,60232
Επικοινωνία	4-18	206	12,9806	1,50434
	19-25	27	10,9259	2,51038
Τεχνικές Ικανότητες	4-18	206	17,0080	2,39771
	19-25	27	16,8519	2,52227

6. Παρατηρείται επίσης μια σημαντική διαφορά μεταξύ των διαστημάτων επίσκεψης στο οδοντιατρείο. Εντοπίζεται ότι οι ασθενείς που στην αξιολόγηση της ικανοποίησης από τη επίσκεψη έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο στη κλίμακα DVSS, δηλαδή είναι πιο ικανοποιημένοι, είναι και πιο συχνοί λήπτες οδοντιατρικής φροντίδας. Εδώ παρουσιάζεται το παράδοξο ότι άτομα με μεγάλο διάστημα από τη τελευταία επίσκεψης στο οδοντιατρείο δηλώνουν τα πιο ψηλά ποσοστά ικανοποίησης.

Οι διαφορές μεταξύ των μέσων όρων της τρίτης και τέταρτης κατηγορίας του ερωτηματολογίου DVSS που αφορούν το διάστημα από τη τελευταία επίσκεψη είναι μεγαλύτερες από τις υπόλοιπες. Στη περίπτωση που τα δείγματα που προέρχονται από τέσσερις πληθυσμούς οι μέσοι όροι των οποίων συγκρίθηκαν χρησιμοποιήθηκαν με τεχνική της ανάλυσης διακύμανσης κατά ένα παράγοντα .

**Πίνακας 2.16 Βαθμός Ικανοποίησης – Συχνότητα Φροντίδας**

	N	M	Σ.Α	Σ.Σ
Λιγότερο από ένα Υ (έτος )	168	43,03	5,301	0,409
1-2 Υ	22	43,82	3,924	0,836
3-5 Υ	35	40,29	5,267	0,890
> 5 Υ	8	48,88	1,126	0,398
Ολικό	233	42,89	5,299	0,347

(I) Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης	(J) Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης	M (I-J)	ΣΣ	P
Λιγότερο από χρόνο	1-2 Υ	-0,788	1,157	0,904
	3-5 Υ	2,744*	,949	0,022
	> 5 Υ	-5,845*	1,847	0,010
1-2 Υ	Λιγότερο από χρόνο Υ	0,788	1,157	0,904

	3-5 Y	3,532	1,389	0,056
	> 5 Y	-5,057	2,108	0,080
3-5 Y	Λιγότερο από χρόνο Y	-2,744*	0,949	0,022
	1-2 Y	-3,532	1,389	,056
	> 5 Y	-8,589*	2,001	,000
> 5 Y	Λιγότερο από χρόνο Y	5,845*	1,847	,010
	1-2 Y	5,057	2,108	,080
	3-5 Y	8,589*	2,001	,000
*. Είναι στατιστικά σημαντικό στο επίπεδο του 0.05 .				

## 2.5 Στατιστική Ανάλυση Κλίμακας Αυτοεκτίμησης του Άγχους προδιάθεσης STAI-T

Εδώ όπως αναφέρθηκε προηγούμενα χρησιμοποιήθηκε η Trait Anxiety (T-Anxiety) κλίμακα η οποία μετρά τις σχετικά σταθερές ατομικές διαφορές όσον αφορά την επιρρέπεια απέναντι στο άγχος, οι οποίες στοιχειοθετούν χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου.

Ο μέσος όρος των απαντήσεων του δείγματος δεν είναι πολύ κοντά στα αποτελέσματα από παρόμοιες έρευνες ([Fountoulakis, et al., 2006](#)) σε ελληνικό πληθυσμό .

Ο συντελεστής αξιοπιστίας βρέθηκε να είναι 0,701 κάτι που σημαίνει ότι η εσωτερική συνάφεια, παρ όλο που υπολείπεται σημαντικά των άλλων κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτή τη μελέτη, των στοιχείων μπορεί να γίνει αποδεκτή ([Γναρδέλης 2003](#)).

**Πίνακας 2.17 Ερωτηματολόγιο STAI T**

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	M	ΣΑ
STAI_T	233	22	49	33,32	5,474
N	233				

Στην περαιτέρω ανάλυση και τη σύγκριση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος με τη κλίμακα STAI-T καταγράφηκαν τα ακόλουθα ευρήματα:

1. Δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στα επίπεδα άγχους και των μεταβλητών που αφορούν το φύλο την οικογενειακή κατάσταση το εισόδημα και το τόπο καταγωγής . Δεν υπάρχει διαφορά στο άγχος προδιάθεσης μεταξύ ανδρών και γυναικών ούτε αλλάζει αυτό με την ηλικία ή το εισόδημα.

**Πίνακας 2.18 Άγχος προδιάθεσης - Φύλο**

	Φύλο	N	M	ΣΑ	P
STAI_T	Άνδρας	95	33,36	4,118	0,934
	Γυναίκα	138	33,30	6,253	

**Πίνακας 2.19 Άγχος προδιάθεσης- Εισόδημα**

Εισόδημα		Διαφορά M	Σ.Σ	P
Βασικό	700-1500	-1,088	1,220	1,000
	> 1500	-1,697	1,082	0,354
700-1500	Βασικό	1,088	1,220	1,000
	> 1500	-,609	0,855	1,000
> 1500	Βασικό	1,697	1,082	0,354
	700-1500	0,609	0,855	1,000



2. Η διαφορά που εντοπίζεται στην ανάλυση της μεταβλητής , με τη τεχνική της ανάλυσης διακύμανσης κατά ένα παράγοντα, που αφορά το χρονικό διάστημα μεταξύ των επισκέψεων δεν είναι στατιστικά σημαντική. Στην ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα είχαμε  $p=0.357$  άρα δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφόρων ομάδων . Άρα συμπεραίνουμε ότι η υπόθεση της ισότητας των διακυμάνσεων ικανοποιείται. Το ίδιο επαναλήφθηκε με τη μεταβλητή της αυτοαξιολόγησης της κατάστασης του στόματος. Τα προαναφερόμενα σημαίνουν ότι δεν υπάρχει διαφορά στο άγχος προδιάθεσης που να σχετίζεται με το αν είναι καλή η όχι η κατάσταση του στόματος και με το χρονικό διάστημα μεταξύ των επισκέψεων
3. Μεγάλη στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίστηκε μεταξύ φοβικών και μη φοβικών ασθενών και μάλιστα σε βαθμό πολύ πιο μικρό από το επίπεδο του  $p=0,05$ . Κάτι που σημαίνει ότι οι φοβικοί ασθενείς παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένη πιθανότητα να έχουν και προβλήματα γενικού άγχους, όπως φαίνεται στο πιο κάτω πίνακα. Εν αντιθέσει με αυτό δεν υπάρχει διαφορά στα επίπεδα ικανοποίησης από τη παροχή οδοντιατρικής φροντίδας. Άρα λοιπόν το γενικό άγχος δεν επηρεάζει τις σχέσεις των ασθενών με το περιβάλλον του οδοντιατρείου στο συγκεκριμένο πληθυσμό. Το κριτήριο που χρησιμοποιήθηκε στη περίπτωση αυτή ήταν το t-test διότι είχαμε να συγκρίνουμε 2 μεταβλητές

**Πίνακας 2.20 Άγχος προδιάθεσης – Φοβικοί- Τάση αποφυγής επίσκεψης**

<b>ΦΟΒΙΚΟΙ</b>				
4-18	206	32,81	4,864	0,000
19-25	27	40,19	4,915	

	Τάση αποφυγής	N	M	ΣΑ	P
STAI_T	Ναι	70	36,13	6,124	0,000
	Όχι	163	32,61	4,702	
	Πόνος στο στόμα πρόσφατα				
	Ναι	105	32.81	5.538	0,029
	Όχι	128	34.37	5.209	
	Πρόβλημα Μάσησης				
	Ναι	109	32.63	5.196	0,060
	Όχι	124	34.57	5.442	

4. Όσον αφορά τις ηλικιακές ομάδες βρέθηκε ότι οι μικρότερες ηλικίες δεν έχουν διαφορά στο επίπεδο Αυτοεκτίμησης του Άγχους προδιάθεσης από τις άλλες

δύο ηλικιακές ομάδες . Ουσιαστικά το άγχος των νεαρών ατόμων, ηλικίας μεταξύ 18-38, του δείγματος είναι λιγότερο από τις άλλες ηλικίες σε βαθμό που δεν είναι στατιστικά σημαντικός  $p=0,210$ .

**Πίνακας 2.21 Αυτοεκτίμηση του Άγχους προδιάθεσης**

Ομάδες ηλικιών	M	ΣΑ	Σ.Σ
58-	33,73	4,682	,483
58 - 38	34,49	5,319	,704
18 - 38	32,04	6,185	,683
Σύνολο	33,32	5,474	,359

5. Δεν συμβαίνει το ίδιο όταν συγκρίναμε το ποσοστό ικανοποίησης με το επίπεδο του άγχους . Ούτε στη περίπτωση αυτή δεν υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων που καθορίστηκαν με το όριο διαχωρισμού το 40 στη κλίμακα ικανοποίησης DVSS. Το άγχος λοιπόν δεν επηρεάζει σε βαθμό στατιστικά σημαντικό την ικανοποίηση από την επίσκεψη σε οδοντιατρείο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 1. Συζήτηση

Όπως έχει φανεί κατά τη διάρκεια της στατιστικής ανάλυσης, πάρα πολλοί παράγοντες σχετίζονται με τη παρουσία οδοντιατρικού άγχους στο δείγμα αυτό του πληθυσμού της Κύπρου. Επιθυμητό λοιπόν αποτέλεσμα της μελέτης θα ήταν να αξιοποιηθούν οι παράγοντες αυτοί και να υποδειχθούν οι τρόποι που οι οδοντίατροι θα μπορούσαν να εφαρμόσουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες που παρουσιάζονται με τις τρέχουσες πρακτικές και τη τεχνολογία για τη μείωση του οδοντιατρικού άγχους, ενθαρρύνοντας τους ασθενείς να επισκεφθούν τον οδοντίατρο πιο συχνά, για τη βελτίωση της στοματικής και κατ'επέκταση της σωματικής και ψυχικής υγείας.

Αυτό που συμβαίνει συχνά, λόγω της μακροχρόνιας αποφυγής της οδοντιατρικής θεραπείας, είναι ότι το φοβικό άτομο τίθεται σε κίνδυνο διότι η αναβολή επιδεινώνει το πρόβλημα με αποτέλεσμα όταν η επέμβαση γίνει άκρως αναγκαία τότε αυτή να πρέπει να είναι εκτεταμένη, επίπονη και δραστική. Εν όψει των συνεπειών αυτών τα άτομα που πάσχουν από οδοντιατρική φοβία πρέπει να θεωρηθούν ως υψηλού κινδύνου ασθενείς που χρειάζονται την προσοχή και τη τακτική προσέγγισης και παρακολούθησης για να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης οξέων περιστατικών και να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής τους.

Τα σημαντικά σημεία που εντοπίστηκαν κατά τη στατιστική ανάλυση παραθέτονται και σχολιάζονται πιο κάτω ανά κατηγορία όπως εμφανίστηκαν στο ερωτηματολόγιο.

- Στις ερωτήσεις που αφορούσαν τα γενικά χαρακτηριστικά του δείγματος διαπιστώθηκε ότι:

Υπάρχει τάση αποφυγής της επίσκεψης στον οδοντίατρο να είναι για τους παντρεμένους 27%, για τους διαζευγμένους 66% και για τους ελεύθερους 22%, η οποία είναι στατιστικά σημαντική μεταξύ των διαζευγμένων και των άλλων κατηγοριών ενώ στη αυτοαξιολόγηση της γενικής κατάστασης της υγείας των ασθενών βλέπουμε τις γυναίκες να δηλώνουν καλύτερα ποσοστά σε σχέση με τους άνδρες.

- Στις ερωτήσεις που αφορούσαν το ερωτηματολόγιο MDAS Φάνηκε ότι:

- I. Στο συγκεκριμένο πληθυσμό οι γυναίκες, όπως ήταν αναμενόμενο, εμφανίζονται περισσότερο φοβικές από τους άνδρες και το ποσοστό στο οποίο κατέληξε η έρευνα δεν διαφέρει από αυτό που καταγράφεται στη διεθνή βιβλιογραφία ([Humphris, 2000, Freeman, 2007](#)).
  - II. Στην επαναξιολόγηση της στοματικής υγείας βλέπουμε ότι στη πλειοψηφία τους οι φοβικοί ασθενείς δηλώνουν σημαντικά ψηλά ποσοστά πολύ κακής κατάστασης της στοματικής υγείας κάτι που ήταν επίσης αναμενόμενο.
  - III. Η αιτία που προκαλεί περισσότερη φοβία έχει διαπιστωθεί ότι είναι η τοπική αναισθησία ακολουθούμενη από το τρόχισμα του δοντιού . Ακολουθούν η αναμονή στο οδοντιατρείο και η άμεση ανάγκη για οδοντιατρική θεραπεία. Ο καθαρισμός και η στίλβωση όπως ήταν αναμενόμενο δεν προκαλούν σοβαρά προβλήματα. Η σειρά κατάταξης των φοβικών ανά κατηγορία είναι η ίδια που εμφανίζεται και στη διεθνή βιβλιογραφία (Humphris, 2000, Freeman, 2007).
  - IV. Η επίδραση της ηλικίας και το υ φύλο υ συνδυάστηκαν έτσι ώστε οι μεγαλύτερες ηλικιακά ομάδες γυναικών ήταν πιο οδοντιατρικά ανήσυχες από τους άνδρες και ότι αυτές οι διαφορές ήταν ισχυρότερες από ό, τι στις χαμηλότερες ηλικιακά ομάδες.
- Όσον αφορά την ικανοποίηση από την επίσκεψη στο οδοντιατρείο που αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο DVSS εμφανίστηκαν τα εξής σημαντικά στοιχεία:
    - I. Πολύ σημαντική η διαφορά που εντοπίστηκε στην απάντηση των ασθενών που πάσχουν από οδοντιατρικό άγχος με αυτούς που δεν πάσχουν να είναι στατιστικά σημαντικά πιο ικανοποιημένοι, με τη διαφορά στις απαντήσεις να εντοπίζεται στη δεύτερη κατηγορία των ερωτήσεων, δηλαδή αυτών που αφορούσαν τη κατανόηση, την επικοινωνία και την αποδοχή. Η στατιστική διαφορά εντοπίστηκε στις μεταβλητές που αφορούσαν τη κατανόηση από τον οδοντίατρο και ακόμα πιο πολύ τη κατανόηση στη πιθανότητα του πόνου κάτι το οποίο συνδυάζεται άμεσα με τη τοπική αναισθησία και τη παρασκευή του δοντιού.

- II. Όσοι δεν αποφεύγουν την επίσκεψη στο οδοντιατρείο είναι στατιστικά σημαντικά πιο ικανοποιημένοι από αυτούς που αποφεύγουν. Με τη στατιστική ανάλυση να δείχνει την άμεση συσχέτιση με τη κατανόηση, την επίδειξη συμπάθειας, καθώς και τους λεπτούς χειρισμούς να μειώνουν το οδοντιατρικό άγχος και να καθιστούν τον ασθενή πιο ήρεμο.
- III. Στη σύγκριση μεταξύ των 3 κατηγοριών της κλίμακας εντοπίστηκε διαφορά μεταξύ ασθενών με οδοντιατρικό άγχος και μη, στις 2 πρώτες κατηγορίες. Δηλαδή οι ασθενείς με άγχος είναι λιγότερο ικανοποιημένοι στις κατηγορίες, ικανοποίηση από την πληροφόρηση και την επικοινωνία, την κατανόηση-αποδοχή. Στο σημείο αυτό αντιλαμβανόμαστε τη μεγάλη σημασία που μπορεί να έχει, στα επίπεδα του οδοντιατρικού άγχους, η επεξήγηση της διαδικασίας που θα ακολουθηθεί στο οδοντιατρείο
- IV. Εντοπίζεται επίσης ότι οι ασθενείς που στην αξιολόγηση της ικανοποίησης από τη επίσκεψη έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο στη κλίμακα DVSS, όπως διαφάνηκε στη στατιστική ανάλυση, είναι και πιο συχνόι λήπτες οδοντιατρικής φροντίδας.
- V. Το εύρημα ότι άτομα των οποίων το χρονικό διάστημα μεταξύ της τελευταίας και της τωρινής επίσκεψης στο οδοντιατρείο παρουσιάζεται μεγάλο δηλώνουν τα πιο ψηλά ποσοστά ικανοποίησης, έχει να κάνει με γεγονός ότι ποσοστό 28.9% των ερωτηθέντων στην κατηγορία του δείγματος που αφορά αυτούς που γεννήθηκαν πριν το 1955.

Στα άτομα της συγκεκριμένης ηλικίας, που αποτελεί και τη μεγαλύτερη ομάδα με ποσοστό που αγγίζει το 40,3% των ερωτηθέντων και που δηλώνει απόλυτα ικανοποιημένο σε όλες τις ερωτήσεις της κλίμακας DVSS υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να υπάρχουν στο πληθυσμό αυτό άτομα με πολλαπλή νωδότητα και κινητές οδοντοστοιχίες με μειωμένη την ανάγκη πρόσβασης σε οδοντιατρικές υπηρεσίες. Μπορεί όμως να εξηγηθεί και από τα αποτελέσματα της γενικής γήρανσης η οποία έχει ως αποτέλεσμα τη συσσώρευση προβλημάτων υγείας τα οποία αυξάνονται με τη πάροδο του χρόνου και τείνουν να εκτοπίσουν τα υπόλοιπα προβλήματα του ατόμου όπως είναι τα οδοντιατρικά.

- Τέλος όσον αφορά τις απαντήσεις που λήφθηκαν από το ερωτηματολόγιο STAI T εμφανίστηκαν οι πιο κάτω τάσεις:

- I. Στην ανάλυση σημαντική διαφορά εντοπίστηκε μεταξύ ασθενών που πάσχουν από οδοντιατρικό άγχος και αυτών που δεν πάσχουν, με τους πρώτους να παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένη πιθανότητα να έχουν και προβλήματα γενικού άγχους κάτι που έχει εντοπιστεί και στη βιβλιογραφία όπως αναφέρθηκε στη μελέτη προηγουμένως.
- II. Εν αντιθέσει με αυτό δεν υπάρχει διαφορά στα επίπεδα ικανοποίησης από τη παροχή οδοντιατρικής φροντίδας. Άρα λοιπόν το γενικό άγχος δεν επηρεάζει τις σχέσεις των ασθενών με το περιβάλλον του οδοντιατρείου στο συγκεκριμένο πληθυσμό. Οι μικρότερες ηλικίες έχουν διαφορά στο επίπεδο αυτοεκτίμησης του Άγχους προδιάθεσης από τις άλλες δύο ηλικιακές ομάδες . Άρα λοιπόν το άγχος των νεαρών ατόμων του δείγματος επηρεάζεται λιγότερο από γενικό άγχος από τις άλλες ηλικίες.
- III. Η σχετικά ψηλότερη μέση τιμή στη κλίμακα αυτοεκτίμησης του άγχους, σε σχέση με άλλες μελέτες (Fountoulakis, et al., 2006), πιθανότατα να σχετίζεται με το γεγονός ότι η δειγματοληψία έγινε στο χώρο του ΓΝΛ και στο δείγμα περιλαμβάνονται ασθενείς και επισκέπτες με λογικό συμπέρασμα τα άτομα αυτά να διακατέχονται από περισσότερο άγχος . Πρέπει στο σημείο αυτό να αναφερθεί ότι ο μέσος όρος των μετρήσεων είναι παρόμοιος με αυτόν που δημοσιεύει το αγγλικό εγχειρίδιο χρήσης της συγκεκριμένης κλίμακας αξιολόγησης.

Αν λοιπόν συνδυαστούν μελέτες που συζητήθηκαν νωρίτερα αλλά και από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώνεται σαφώς ότι το οδοντιατρικό άγχος μπορεί να επηρεάσει τη ζωή των ανθρώπων στην εργασία, αλλά και τις προσωπικές τους σχέσεις. Η δε τάση που παρουσιάζεται σε άτομα να κρύψουν την αδυναμία τους , το φόβο για τον οδοντίατρο, τα αναγκάζει να αποφεύγουν την επίσκεψη λόγω ακριβώς της ανησυχίας που μπορεί να εκδηλώνεται στο άτομο και που σχετίζεται με το οδοντιατρικό ραντεβού.

Ετσι είναι σαφές ότι ο πόνος και η λοίμωξη που συνοδεύουν τα προβλήματα της στοματικής κοιλότητας μπορεί να παρεμβαίνουν άμεσα στην ικανότητα για εργασία, καθώς επίσης η κακή στοματική εμφάνιση επηρεάζεται προοπτικές σταδιοδρομίας, δημιουργώντας μια αρνητική εντύπωση σε συνεντεύξεις και μείωση τόσο της αυτοεκτίμησης όσο και της αυτοπεποίθησης (Cohen et al., 2000, σ. 389). Γίνεται λοιπόν

αντιληπτό ότι οι Οδοντίατροι πρέπει να καταβάλουν κάθε δυνατή προσπάθεια για την ελαχιστοποίηση του οδοντιατρικού άγχος κατά τη διάρκεια μιας οδοντιατρικής επίσκεψης .

Τέλος προτάσεις για μελλοντικές έρευνες θα μπορούσε να είναι η εξέταση του οδοντιατρικού άγχους με μια ευρύτερη προοπτική, με τα συστήματα διαχείρισης του άγχους να μπορούν να περιλαμβάνουν την προ-εγχειρητική, καθώς και την μετ-εγχειρητική περίοδο.



## 2. Κύρια συμπεράσματα και υποδείξεις

Η σύνδεση που φαίνεται να υπάρχει στη παρούσα μελέτη μεταξύ του οδοντιατρικού άγχους και της φτωχότερης στοματικής υγείας έρχεται να υποστηρίξει ότι πιθανότατα οι φοβικοί ασθενείς που αριθμούν το 11% του Κυπριακού πληθυσμού έχουν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης οδοντικών και περιοδοντικών προβλημάτων που σχετίζονται άμεσα με τη στοματική αλλά και τη γενική κατάσταση της υγείας τους. Έτσι και παρά τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης, οι οποίοι σχετίζονται με το περιορισμένο χρόνο και την επέκταση της έρευνας τόσο αριθμητικά όσο και γεωγραφικά σε κάθε γωνιά της Κύπρου ( παρόλο που το ΓΝΛ είναι κέντρο που επισκέπτονται κύπριοι πολίτες από όλη την επικράτεια ) μπορούν να διατυπωθούν προτάσεις για βελτίωση της κατάστασης και θα μπορούσε να χαραχθεί κεντρικά μια πολιτική αξιοποίησης των συμπερασμάτων της έρευνας όπως αναφέρεται πιο κάτω:

- Από τα πρώτα βασικά αποτελέσματα της έρευνας έχει φανεί ότι οι γυναίκες σημειώνουν σημαντικά ψηλότερο ποσοστό φοβικών ασθενών από τους άνδρες και ότι αυτό εντοπίζεται στις μικρές και τις μεγάλες ηλικίες, όσον αφορά τη κλίμακα MDAS. Αυτό θα μπορούσε να σημαίνει για τον επαγγελματία υγείας ότι οι νεαρές και οι ηλικιωμένες γυναίκες φοβούνται περισσότερο από τους άνδρες τον οδοντίατρο. Έτσι οι οδοντίατροι, γνωρίζοντας τις ανάγκες που προκύπτουν για τις γυναίκες όσον αφορά την εξέλιξη αυτή και θα έδιναν περισσότερη σημασία στις αντιδράσεις και τα συμπτώματα που προδίδουν τη αγχώδη συμπεριφορά στο μέρος αυτό του πληθυσμού. Θα προσπαθούσαν λοιπόν να δείξουν κατανόηση και να εξηγήσουν με κάθε λεπτομέρεια τη διαδικασία που θα ακολουθήσουν μειώνοντας τα επίπεδα άγχους όπως φαίνεται στη μελέτη.
- Άλλο βασικό συμπέρασμα της έρευνας και κύριος παράγοντας πρόκλησης άγχους είναι η τοπική αναισθησία σε συνδυασμό με τη πεποίθηση των φοβικών ασθενών ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν αντιλαμβάνονται την ανησυχία των ασθενών στη πιθανότητα να πονέσουν . Ειδικότερα στο σχετικό τμήμα της έρευνας είχε εντοπιστεί πρόβλημα με τη κατανόηση, την επικοινωνία και την αποδοχή.

Κατά τα τελευταία χρόνια, έχουν υπάρξει πολλές βελτιώσεις στον εξοπλισμό, τις τεχνικές, τη θεραπεία, και τη προσαρμογή των περιβαλλοντικών παραγόντων ούτως

ώστε να βοηθηθούν οι οδοντιατρικά φοβικοί ασθενείς στο να αποδεχθούν τη θεραπεία.

Οι νέες τεχνικές και θεραπείες που μπορούν να βοηθήσουν προς τη κατεύθυνση αυτή περιλαμβάνουν αναισθητικά gel, ηλεκτρονικές ενέσεις και θεραπεία με λέιζερ. Τα αναισθητικά τύπου γέλης (είναι ένας τύπος πηκτής που εφαρμόζεται στο στοματικό βλεννογόνο του ασθενούς) μειώνουν το πόνο της έμπαρσης και δυσφορία που προκαλεί. Οι θεραπείες με λέιζερ μειώνουν το χρόνο επούλωσης και το μετεγχειρητικό πόνο.

Το γεγονός επίσης ότι και με τη σκέψη της έμπαρσης της βελόνας προκαλείται εκτεταμένο άγχος ιδιαίτερα στους φοβικούς ασθενείς, έχει οδηγήσει τη τεχνολογία στη ανακάλυψη νέων μεθόδων για τοπική αναισθησία, όπως είναι η ηλεκτρονική ελεγχόμενη έγχυση, η οποία σύμφωνα με Magnusson et.al (2003), μπορεί να είναι μια πολύτιμη εναλλακτική λύση στη συμβατική αναισθησία.

- Τρίτο βασικό συμπέρασμα αυτής της μελέτης καταδεικνύει επιπλέον ότι οι οδοντιατρικά φοβικοί ασθενείς, στην προ-εγχειρητική περίοδο, έχουν μεγαλύτερο οδοντιατρικό και γενικό άγχος, και ενδεχόμενα μια χαμηλότερη ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τους κανονικούς ασθενείς. Η σαφής αυτή σχέση μεταξύ γενικού και οδοντιατρικού άγχους επηρεάζει άμεσα τη ποιότητα της ζωής των φοβικών ασθενών.

Όπως έχει φανεί είναι απαραίτητο να υπάρξει βελτίωση στη συμπεριφορά, στη κατανόηση και στη κατάρτιση των οδοντιάτρων σε όλη την επικράτεια. Αυτό θα οδηγήσει σε μείωση του άγχους των οδοντιατρικά φοβικών και μη και δυνητικά θα οδηγήσει και στη μείωση των ποσοστών τους στο γενικό πληθυσμό. Η κατάρτιση μπορεί να περιλαμβάνει τεχνικές για τον εντοπισμό χαρακτηριστικών των ασθενών με οδοντιατρικό άγχος, και δεξιότητες επικοινωνίας. Το τροποποιημένο περιβάλλον είναι πολλές φορές απαραίτητο για να βοηθήσει στην καταπολέμηση του άγχους. Είναι πολύ πιθανότερο ο ασθενής να μετατραπεί σε ένα ασθενή ρουτίνας όταν προσεγγιστεί κατάλληλα και νοιώσει ότι η ανησυχία του γίνεται αντιληπτή.

Αρκετά άρθρα και μελέτες έχουν καταδείξει συμπεριλαμβανομένης στο σημείο της ανάλυσης των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου DVSS, ό π ( [Dailey, Humphris, και LenOxin 2002](#)) η ενημέρωση των ασθενών για τη θεραπεία και τα στάδια που θα

περιλαμβάνει μειώνει το άγχος των ασθενών και ιδιαίτερα των φοβικών. Επίσης αν ο οδοντίατρος μπορέσει να αντιληφτεί τον φοβικό ασθενή πριν από την οποιαδήποτε επέμβαση , τότε η προσεγμένη προσέγγιση θα μειώσει κατά πολύ το άγχος του ασθενή αυτού.

Η αντιμετώπιση των φοβικών ασθενών στο οδοντιατρείο πρέπει να είναι μέρος της εκπαίδευσης στις οδοντιατρικές σχολές , κάτι που σίγουρα δεν εφαρμόζεται τουλάχιστον στις χώρες από τις οποίες προέρχονται κατά τη συντριπτική τους πλειοψηφία οι Κύπριοι οδοντογίατροί . Αυτό που θα μπορούσε αυτή τη στιγμή πραγματικά να βοηθήσει , είναι οι οδηγίες διάγνωσης και πρόληψης των οδοντιατρικά φοβικών ασθενών να αποτελέσουν μέρος της επιμόρφωσης των οδοντιάτρων της Κύπρου.

Μία από τις τεχνικές διαχείρισης των οδοντιατρικά φοβικών είναι η οικοδόμηση σχέσης εμπιστοσύνης και η συμμετοχή του ασθενή στη θεραπεία. Σύμφωνα με τον [Moore, Brodsgaard & Abrahamsen \(2002\)](#), πολλοί ασθενείς ανησυχούν για την επιτυχία της θεραπείας πολύ πριν αυτή ξεκινήσει .

Δυστυχώς, πολλές οδοντιατρικές σχολές στην Ευρώπη και κυρίως στην Ελλάδα δεν απαιτούν, ως μέρος των προγραμμάτων σπουδών, κατάρτιση στο χώρο της σχέσης ασθενούς / οδοντίατρου . Η εκπαίδευση θα μπορούσε να είναι επωφελής για το μέλλον στους οδοντιάτρους, δεδομένου διότι κατά πάσα πιθανότητα θα συναντήσουν κατά τη διάρκεια της σταδιοδρομίας περιπτώσεις που να απαιτούνται εξειδικευμένες τεχνικές προσέγγισης.

## Βιβλιογραφία

### Ελληνική

- Αράβου, Σ (2006). Διαδικασίες επιρροής οδοντιατρικά φοβικών και μη φοβικών ασθενών διδακτορική διατριβή.
- Αράβου, Σ. (2001). Η συμβολή των συμπεριφορικών επιστημών στη βελτίωση των σχέσεων οδοντίατρου – ασθενή. Αθήνα: Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, ΕΚΠΑ, ΟΔΟ, τομέας Κοινωνικής Οδοντιατρικής.
- Γκιουζέπας.( 2005) Προληπτική Ψυχιατρική, σελ. 447-454.
- Γναρδέλης, Χ. (2003). Εφαρμοσμένη Στατιστική. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Δημητριάδης Δ Κωνσταντινίδης Ρ.. Σαραφίδου, Γ. Κοντός, Δ Αγραφιώτης Δ.2008., Σχέση Οδοντίατρου ασθενούς Στοματολογία Εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική Εταιρεία Αθηνών. έκδοση), Θεσσαλονίκη, University Studio Press.
- Ζέρβας Γ. (1999). Το άγχος ως σύμπτωμα. διάγνωση και αντιμετώπιση σε μη Θεσσαλονίκη, 2011
- Θωμαρέης, Ν. ( 2012) Γεωμετρικά Μοντέλα Υπολογισμού Χωρητικότητας σε Τρισδιάστατες Δομές Ολοκληρωμένων Κυκλωμάτων διπλωματική εργασία Καλπάκογλου, Θ. (1997). Άγχος και πανικός: Γνωσιακή θεωρία και θεραπεία. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καμπάκης Σ, Τσιρώνης Θ,Ο ρόλος της μηχανικής μάθησης στην κλινική Ψυχιατρική: Εφαρμογή σε δεδομένα καταθλιπτικών ασθενών Μεταπτυχιακή Διατριβή
- Λιάκος, Α., Γιαννίτση, Σ. (1984). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberg. Εγκέφαλος 21, 71-76.
- Μακράκης, Β. (2001). Ανάλυση Δεδομένων στην Επιστημονική Έρευνα με τη χρήση του SPSS. Αθήνα: Gutenberg.
- Μάνος, Ν. (1997). Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής (αναθεωρημένη
- Μούτσος, Β. (1999). Επαγγελματικό Στρες: Αιτίες, πρόληψη και συνέπειες στον οδοντίατρο. Στόμα 27: 227-237.
- Π. Χαρτοκόλλης (1986). Εισαγωγή στην Ψυχιατρική: Νευρωτικές διαταραχές.

Παρασκευόπουλος, Θεόδωρος Δ. Απόψεις των δασκάλων για τη μοναξιά των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες και ελαφρά νοητική υστέρηση : Περιεχόμενο, αιτίες, αντιμετώπιση: Έρευνα / Θεόδωρος Δ. Παρασκευόπουλος. - 1η έκδ. - Αθήνα : Ιδιωτική Έκδοση, 2002.

Παρασκευόπουλος, Θεόδωρος Δ. Συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών : Το συναίσθημα του φόβου / Θεόδωρος Δ. Παρασκευόπουλος. - 1η έκδ. - Αθήνα : Ατραπός, 2005.

Τριχόπουλος Δ. (1982). Επιδημιολογία. Αθήνα: Γρ. Παρισιάνος

Τριχόπουλος, Δ., Καλαποθάκη, Β., Πετρίδου, Ε. (2000). Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία. Αθήνα: Ιατρικές εκδ. Ζητα.

Τσάμη, Α., Γκιζάνη, Σ., Πεπελάση, Ε., Κομπόλη, Μ., (2004). Στοματική υγιεινή και περιοδοντική νόσος: Γνώση, στάση και συμπεριφορά των μητέρων στα παιδιά τους σε σχέση με την πηγή ενημέρωσής τους. Παιδοδοντία, 18:7-22

Τσορμπατζουδης Χ., Μπαρκουρης Β. & Δαρογλου Γ., (1999) `` Η επίδραση της έντασης και της κατεύθυνσης του περιστασιακού άγχους στην αθλητική απόδοση , Αθλητική Απόδοση & Υγεία , Τόμος 1, Τεύχος 1 , σελ. 48-57 ,

### **Ξενόγλωσση**

Abrahamsson KH, Berggren U & Carlsson SG (2000) Psychosocial aspects of dental and general fears in dental phobic patients. Acta Odontol Scand 58: 37–43.

Abrahamsson KH, Berggren U, Hakeberg M & Carlsson SG (2001) Phobic avoidance and regular dental care in fearful dental patients: A comparative study. Acta Odontol Scand 59: 273–279.

Andersen R & Newman JF (1973) Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Mem Fund Q Health Soc 51: 195–124.

Andersen R & Newman JF (1973) Societal and individual determinants of medical care

Bedi R & McGrath C (2000) Factors associated with dental anxiety among older people in Britain. Gerodontology 17: 97–103.

Cohen SM, Fiske J & Newton JT (2000) The impact of dental anxiety on daily living. Br Dent J 189: 385–390.

De Jongh A, van der Burg J, van Overmeir M, Aartman I, van Zuuren FJ: Trauma-related sequelae in individuals with a high level of dental anxiety. Does

De Jongh, A., Ter Horst, G. (1995). Dutch student's dental anxiety and occurrence of

Hakeberg M, Berggren U & Gröndahl HG (1993) A radiographic study of dental health in adult patients with dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol* 21: 27–30.

Hällström T & Halling A (1984) Prevalence of dentistry phobia and its relation to missing teeth, alveolar bone loss and dental care habits in an urban community sample. *Acta Psychiatr Scand* 70: 438–446.

JM Armfield, AJ Spencer, JF Stewart *Australian Dental Journal* 2006;51:(1):78-85

Kaakko T, Coldwell SE, Getz T, Milgrom P, Roy-Byrne PP & Ramsay DS (2000) Psychiatric diagnoses among self-referred dental injection phobics. *J Anxiety Disord* 14: 299–312. utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 51: 195–124.

Klingberg G & Broberg AG (2007) Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent* 17: 391–406. Review.

Lahti, S., Tuutti, H., Kaariaien, R. (1995). Opinions of different subgroups of dentists and patients about the ideal dentist and the ideal patient. *Community Dent Oral Epidemiol* 23: 89-94.

Locker D & Liddell AM (1991) Correlates of dental anxiety among older adults. *J Dent Res* 70: 198–203.

Makkes PC (1985) Sociodemographic correlates of dental anxiety. *Community Dent*

McGrath C & Bedi R (2004) The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. *Community Dent Oral Epidemiol* 32: 67–72.

Milgrom P, Weinstein P & Getz T (1995) Treating Fearful Dental Patients: a patient management handbook. University of Washington Continuing Dental Education, University of Washington in Seattle.

Moore R, Berggren U & Carlsson SG (1991) Reliability and clinical usefulness of psychometric measures in a self-referred population of odontophobics. *Community Dent Oral Epidemiol* 19: 347–351.

Moore R, Brodsgaard I, Rosenberg N: The contribution of embarrassment to phobic dental anxiety: a qualitative research study. *BMC Psychiatry* 2004, 4(1):10.

- Ng SKS & Leung WK (2008) A community study on the relationship of dental anxiety with oral health status and oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 36: 347–356.
- Ng SKS & Leung WK (2008) A community study on the relationship of dental anxiety with oral health status and oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 36: 347–356.
- Oral Epidemiol* 13: 212–215.
- Pavi E, Kay EJ & Stephen KW (1995) The Effect of social and personal factors on the utilisation of dental services in Glasgow, Scotland. *Community Dent Health* 12: 208–215.
- Petersen PE (1990) Social inequalities in dental health –Towards a theoretical explanation. *Community Dent Oral Epidemiol* 18: 153–158.
- Piaget, J. (1970). Piaget's theory. Στο P. H. Mussen, W. Kessen, *Handbook of Child Psychology*. New York:Wiley.
- Portmann, K., PadaΌγιw, B.P. (1997). Dental anxiety and illness behaviour *Psychother-Psychosom.* 66(3): 141-4.
- Rachman S (1991) Neo-conditioning and the classical theory of fear-acquisition. *Clin. Psychol Rev* 11: 155–173.
- Ragnarsson B, Arnlaugsson S, Karlsson KO, Magnusson TE & Arnarson EO (2003) Dental anxiety in Iceland: An epidemiological postal survey. *Acta Odontol Scand* 61:283–288.
- Sanders AE, Spencer AJ & Slade GE (2006) Evaluating the role of dental behavior in oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol* 34: 71–79
- Scheutz F & Heidmann J (2001) Determinants of utilization of dental services among 20-
- Schuurs AH & Hoogstraten J (1993) Appraisal of dental anxiety and fear questionnaires: a review. *Community Dent Oral Epidemiol* 21: 329–339.
- Schuurs AHB, Duivenvoorden HJ, Thoden van Velzen SK, Verhage F, Eijkman MAJ & Makkes PC (1985) Sociodemographic correlates of dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol* 13: 212–215.
- Schuurs AHB, Duivenvoorden HJ, Thoden van Velzen SK, Verhage F, Eijkman MAJ & Makkes PC (1985) Sociodemographic correlates of dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol* 13: 212–215.

Schuurs AHB, Duivenvoorden HJ, Thoden van Velzen SK, Verhage F, Eijkman MAJ &

Shoben EJ, Borland J. An empirical study of the etiology of dental fears. *J Clin Psychol* 1954; 10:171-4.

Stouthard ME & Hoogstraten J (1990) Prevalence of dental anxiety in the Netherlands. *Community Dent Oral Epidemiol* 18: 139–142.

Stouthard ME & Hoogstraten J (1990) Prevalence of dental anxiety in the Netherlands. *Community Dent Oral Epidemiol* 18: 139–142.

Tajfel, H., & Wilks, A.L. (1963). Classification and quantitative judgment. *British Journal of Psychology*, 54, 101-114.

this interfere with treatment outcome? *Behav Res Ther* 2002, 40(9):1017-1029

Thomson WM, Stewart JE, Carter KD & Spencer AJ (1996) Dental anxiety among Australians. *Int Dent J* 46: 320–324.

thoughts related to treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 23: 170-172.

to 34-year-old Danes. *Acta Odontol Scand* 59: 201–208.

Tonnies S, Mehrstedt M, Eisentraut I. Die Dental Anxiety Scale und das Dental Fear Survey: Zwei Messinstrumente für Zahnbehandlungsängste. *Z Med Psych.* 2002;11: 63–72.

Vermaire JH, de Jongh A & Aartman IHA (2008) Dental anxiety and quality of life: the effect of dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 36: 409–416.

Wisloff TF, Vassend O & Asmyhr O (1995) Dental anxiety, utilisation of dental services, and DMFS status in Norwegian military recruits. *Community Dent Health* 12: 100–103.