

Molnár László*

A FOGÁSZATI SZOCIOLÓGIA KÖRVONALAI

E tanulmány két évtizedes kutatómunka eredménye. Arra vállalkozik, hogy – elsősorban külföldi – pszichoszociális fogászati kutatási eredmények alapján felvázolja a fogászati szociológia körvonalait.

A budapesti Orvostudományi Egyetem (ma: Semmelweis Egyetem) Magatartástudományi Intézetének megalakulásával (1993) kedvező feltételek alakultak ki a fogászati szociológia kidolgozására. A kilencvenes évek második felében zajlott a külföldi fogászati epidemiológiai–szociológiai–pszichológiai kutatási eredmények szisztematikus feltárására és szintetizálására irányuló irodalomkutatás.

Az eredmények alapján felvázolhatók a fogászati szociológia főbb területei:

1. A fogászati páciens. A fogászati státus egyenlőtlenségei, ennek magyarázata a páciens szocioökonómiai státusa alapján. Az orális egészségmagatartás (a napi rutin szájhigiéné stb.) szociális szabályszerűségei. Attitűdök az orális egészségmagatartásban (hiedelemmodell és életminőség).

2. A fogorvos. A fogorvossá válás (szakmai szocializáció) pszichoszociális szabályszerűségei (motivációk stb.) A fogorvosi pályaaattitűdök főbb területei, összetevői. A kiegészítő szindróma (burnout) jelentkezése fogorvosoknál. A fogorvosok társadalmi státusa, különös tekintettel a magyar viszonyokra (privatizáció).

3. A fogorvos–páciens interakciói. A kölcsönös részvétel pszichoszociális modellje. A fogászati szorongás szociológiája (a dentális félelem). A fogorvos–páciens kommunikáció főbb szabályszerűségei. A fogászati páciens elégedettsége, ennek pszichoszociális mutatói. A „jó fogorvosi ellátás” kritériumai.

Kulcsszavak: fogászati státus egyenlőtlenségei, orális egészségmagatartás, orális attitűdök és hiedelmek, fogorvosok szakmai attitűdjei, fogorvosi stressz, kiegészítő szindróma, fogászati páciens elégedettsége, fogorvosok társadalmi státusa

BEVEZETÉS

E tanulmány közel két évtizedes kutatómunka eredménye. Arra vállalkozik, hogy – főleg külföldi kutatási eredmények összefoglalása és értékelése alapján – felvázolja a fogászati szociológia körvonalait.

A kutatáshoz az orvosi szociológia oktatása nyújtotta a kihívást: a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Karán – az orvosi szociológia

* Dr. Molnár László
Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet
1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.

keretében – indokolt a fogászattal kapcsolatos szociológiai témák összefoglaló bemutatása.

Munkánk a „social dentistry” és szociális prevenció epidemiológiai kutatási eredményeinek tanulmányozásával indult a nyolcvanas években (Bánóczy 1986; Davis 1987). Nézeteinket jelentősen befolyásolta két nemzetközi tudományos fejlemény.

Az egyik a fogászati ellátás humán problémáiról 1980-ban Warrentonban (USA) rendezett nemzetközi konferencia volt, melyet Conference on Oral Health Behavior címen rendeztek meg (Singer 1981). A konferencia két alapfogalma: a „magatartásorvoslás” a fogászatban és az „orális egészségmagatartás”. A konferencia a következő alapvető pszichoszociális témákkal foglalkozott:

- miért nem veszi igénybe a lakosság nagy része a preventív fogászati technológiát, amikor az biztosítva van,
- a fogazat állapota szociális státus mutató (socioeconomic status, SES), az orális egészségben erősek a társadalmi egyenlőtlenségek,
- a fogazat állapotának szerepe a munkaerő-piaci versenyben, a szakmai karrierben,
- a száj szimbolikus jelentősége az ember életében, a testkultúra, a megjelenés esztétikai és életminőség értéke,
- a fogorvoson (asszisztensen, szájhigiénikuson) kívül milyen más belső és külső tényezők befolyásolják a páciens orális egészségmagatartását (pszichés predispozíciós faktorok, képessé tevő faktorok, társas támogató környezet stb.),
- elgondolások a pszichológia és szociológia oktatásának bevezetésére a fogorvosképzésbe.

A másik fejleményt a WHO fogászati (szociális) epidemiológiai felmérései jelentették, amelyekben a hetvenes évek végétől megerősödtek a szociológiai szempontok (1979-es felmérés 5 nagyvárosban, 1985-ös felmérés 10 nagyvárosban) (WHO 1985). A felmérések bizonyították, hogy a szájhigiénés szokások és a fogorvoshoz fordulás gyakorisága függ a lakosság társadalmi státusától (SES), valamint hogy a fogorvoshoz fordulás elmaradása a különböző társadalmi státusú lakosok körében mennyiben magyarázható a fájdalomtól való félelemmel, valamint financiai indokokkal (mindkettő szignifikánsan magasabb az alacsony SES-csoportoknál).

A fentieken túl személyes érdeklődésem alakulásában jelentős szerepe volt annak, hogy a nyolcvanas évek második felétől közel 10 fogorvos kandidátusi fokozatának megszerzéséhez nyújthattam szociológiai segítséget. A jelöltek által készített dolgozatokban feltárult, hogy a magyar fogászati szakirodalomban gazdag és színvonalas sociodental kutatási

eredmények találhatók, melyeknek tanulságai felhasználandók a fogászati szociológia kiépítésében.

Ilyen előzmények után, 1991-ben önálló fogászati szociológiai felmérést (keresztmetszeti vizsgálatot) bonyolítottunk le két budapesti fogorvosi rendelőben, a Konzerváló Fogászati Klinika támogatásával. A felmérést három fogorvos végezte a rendelőben megjelent új betegek körében. Az adatgyűjtés a fogászati státusra és az orális egészségmagatartás szociális háttértényezőire terjedt ki (Molnár és mtsai 1996).

Fontos fejlemény volt még a kilencvenes években, hogy mintegy 10 hallgató készített szakdolgozatot fogászati szociológiai témakörben, illetve demonstrátori tevékenység keretében kutatómunkát végzett (a magyar fogorvosok társadalmi státusa a privatizáció során, külföldi fogászati szociológiai kutatások irodalmi feltárása stb.).

A Magatartástudományi Intézet megalakulásával kedvező feltételek alakultak a fogászati szociológia átfogó kidolgozására. Az Intézet konstruktív légköre szilárd pszichoszociális háttérrel biztosított a fogászati szociológia fejlesztésére magatartástudományi keretekben. A kilencvenes évek második felében tettem rendszeressé a külföldi kutatási eredmények szisztematikus feltárására irányuló irodalomkutatást. Ez főleg olyan folyóiratokra terjedt ki, mint a *Journal of Behavioral Medicine*, a *Social Science and Medicine*, *Journal of Health and Social Behavior*, *British Dental Journal*, *Community Dental Health*, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *International Dental Journal*, *Journal of Public Health Dentistry* és mások.

A kilencvenes évek végétől az orvosi szociológiaoktatás keretében önálló áttekintő részt nyújtunk a fogászati szociológiáról. A gyakorlati rész esetelemzések készítését tartalmazza, amelynek egyik célja az, hogy a hallgatók járuljanak hozzá a külföldi kutatási eredmények hazai adaptálásához (WHO 1977; Scheff 1995). Ennek fontosságát aláhúzza, hogy az elméleti tananyagban a hazai szociológiai kutatási eredmények szerény súllyal szerepelnek: hazánkban – a szociális epidemiológiai felméréseken túl – még ma is ritka a szociológiai fogalmakra épülő kutatás (Molnár 1993, 2003).

Mindezek alapján a továbbiakban megkísérlem a fogászati szociológia körvonalaival felvázolását. Törekvéseimet az is ösztönözte, hogy ilyen összefoglaló tanulmánnyal nem találkoztam a nemzetközi irodalomban.

1. A PÁCIENS

1.1. Az orális státus szociális egyenlőtlenségei

A lakosság orális státusának egyenlőtlenségeiben olyan szabályszerűséget találunk, amely hasonló a népesség általános egészségi állapotának, a morbiditási és mortalitási mutatóknak az egyenlőtlenségeihez. A száj és a fogazat állapota az alacsonyabb szociális helyzetű csoportoknál lényegesen rosszabb, mint a magasabb társadalmi csoportokba tartozó népesség körében (Petersen 1990). A DMF-indexszel kifejezve: az alacsony státusúaknál magas az eltávolított fogak aránya (M), alacsony a tömött fogak aránya (F), és magas a szuvas fogak aránya (D). A magas társadalmi státusúak a szuvas fogak ellátásáról elsősorban tömással gondoskodnak. A szájhygiénés index (lepedék és fogkő) tekintetében is fordított arányosság van az alacsony és magas státusú rétegek között: minél magasabb a státus, annál alacsonyabb a szájhygiénés index. A parodontális indexnél is fennáll az egyenlőtlenség, de ez – az öregkort kivéve – nem olyan erős, mint a DMF-index tekintetében.

A maradandó fogak elvesztésének mutatói esetében viszont igen élesek a szociális egyenlőtlenségek. Franciaországban 1995-ben (Rhône-Alpes régió, 4,5 millió lakos) a 65–74 éves népességben a teljesen fog nélküliek aránya 16% volt. A magas státusúaknál 10%, az alacsony szociális népességnél 19% – a különbség szignifikáns (Bourgeois és mtsai 1999). Hazai vizsgálat (Zala megye, 1988) során azt találták, hogy a 61 év feletti népességnél a 4 fognál kevesebbel rendelkezők aránya férfiaknál 52%, nőknél 65%. A szegények esetében 64%, a jó anyagi helyzetűeknél 52% (Losonczy 1978). Megállapítható tehát, hogy a fogak elvesztése az életkor előrehaladásával jelentős mértékben a szociális státus függvénye.

A gyermekkori cariesfrekvencia és cariesintenzitás Nyugat-Európában jelentősen csökkent, főleg a középszintű és magas társadalmi státusú rétegek gyermekei esetében. A fő tényező ebben az ingyenes fogászati ellátás megszervezése volt. Az epidemiológiai értékek a serdülőkorúak esetében is szignifikáns összefüggést mutatnak a szülők társadalmi státusának mutatóival (Boross és mtsai 1994; Boross és Molnár 1995; Dombi és mtsai 1994; Irigoyen és mtsai 1999; Madléna és mtsai 2001; Schuller 1999; Sweeney és Gelbier 1999; Szőke és Petersen 2000).

1.2. Az orális státusra ható szociális faktorok: a szocioökonómiai státus (SES)

A kutatók állásfoglalása e tekintetben teljesen egyértelmű: a népesség fogászati státusát alapvetően a személyes szocioökonómiai státus befolyásolja. Ez kultúráktól független általános szabályszerűségnek tekinthető a modern társadalmakban. A SES-t többnyire a foglalkozási státus, az iskolai végzettség és a háztartási jövedelem kombinációja alapján határozzák meg.

A magyar vizsgálatok lényegében ugyanezen mutatókra épülnek, de azokat pontosabban részletezik (lakóhely, regionális különbségek, foglalkozási mobilitás stb.). A fogászati státust befolyásoló szociális tényezők hazai felmérések szerint (Zala megyei vizsgálat, Budapest vizsgálat; Losonczy 1978; Molnár és mtsai 1996) a következők:

A nem és az életkor

A 0–4 foggal rendelkezők aránya a Zala megyei vizsgálat szerint a férfiaknál 19%, nőknél 27%. Az életkori romlás mellett a nők rosszabb fogászati státusa látható (ami összefügghet a fogászati státus terhességgel kapcsolatos romlásával). A maradandó fogak magas száma (26–32) a 18–40 éves korcsoportban a férfiak 42%-ánál, a nők 31%-ánál található. Dán vizsgálatok (Peterson 1990; Irigoyen és mtsai 1999; Antoft és mtsai 1999) felhívták a figyelmet arra, hogy bár a szegények rosszabb fogazati állapota öröklődik, generációk egymásutánjában mégis javul, mivel a gyermekgeneráció jobb fogászati ellátása biztosított. Ez hosszú távon reményt keltő fejlemény, bár angol vizsgálatok (Sweeney és Gelbier 1999) – részben eltérően a dán elemzésektől – hangsúlyozzák, hogy a SES szerinti különbségek a fogazat állapotában a gyermekgenerációk esetében újratermelődhetnek.

A foglalkozás

A maradandó fogak magas száma (26–32) a 18–40 év közötti vezető állásúaknál, értelmiségieknél 28%, a betanított és segédmunkásoknál 22%, a mezőgazdasági fizikaiaknál 19%. A 0–4 foggal rendelkezők aránya a magas státusú csoportnál 7%, az alsó csoportnál 14%.

Az iskolai végzettség

A Budapest vizsgálat során a fogászati státusban különösen az eltávolított fogak (M) esetében találtunk szignifikáns különbséget a magas és alacsony státusú rétegek között (a tömött fogak magas aránya jellemzi a magas státusúakat). Eredményeink szerint az iskolai végzettség hazánk-

ban erősebb hatást gyakorol a fogászati státusra, mint a foglalkozás. (Az iskolai végzettség nálunk homogénebb mutató, mint a foglalkozás.)

A foglalkozási mobilitás

A hazai és külföldi vizsgálatok között a Budapest vizsgálatban először kíséreltük meg mérni a foglalkozási mobilitás hatását a fogászati státus alakulására. Megállapítottuk, hogy a lefelé irányuló mobilitás (foglalkozási süllyedés) hosszú távon a fogazat állapotát is negatívan befolyásolja. Ez különösen a tartós munkanélküliség esetében áll elő.

A lakóhely

A Zala megyei vizsgálat alapján a lakóhelyi különbségek is egyértelműen kimutathatók: a magas számú maradandó foggal rendelkezők aránya városban 23,5%, falun 16%, a 0–4 foggal rendelkezők aránya városban 17%, falun 26,5%.

Az anyagi helyzet

A 18–40 éves szegények 14%-a, a jó anyagi helyzetben lévők 22%-a rendelkezik magas számú maradandó foggal. A 0–4 foggal rendelkezők aránya szegényeknél 27,5%, jó anyagi helyzetben lévőknel 15,5%.

A szülői család hatása

A Budapest vizsgálat kimutatta, hogy akik ösztönzést kaptak szüleiktől a szájhygiéné pozitív fejlesztésére, azok fogazatának mutatói kedvezőbbek, mint azoké, akik nem kaptak ilyen ösztönzést. Ugyanakkor az anya szerepét nem találtuk erősebbnek, mint az apa szerepét. (Ehhez az eredményhez a válaszok magas aránya is hozzájárult.)

A regionális különbségek

Az Európa Tanács jelentése rámutat a népesség fogazatának állapotában lévő jelentős különbségekre Európa nagy régiói között (különös tekintettel a közép- és kelet-európai népek rosszabb fogazati állapotára) (Pan-European Taskforce on Dental Health 1998). A DMF-index hazánkban a legmagasabb (Szőke és Peterson 2000). Ilyen regionális különbségek hazánkban is megtalálhatók (Heinrich és mtsai 1995; Vágó és mtsai 2000).

1.3. Orális egészségmagatartás: napi rutin szájhigiéné

Az orális egészségmagatartás szociológiai szempontból két szinten mérhető: 1. a viselkedés szintjén megjelenő magatartás, mint pl. a napi rutin szájhigiéné, vagy a táplálkozási magatartás (cukorbevitel stb.), az orvoshoz fordulás gyakorisága, 2. az orális egészséggel kapcsolatos attitűdök, motivációk, társas beállítódások.

Az orális attitűd lényege: tartós beállítódás az orális egészséggel és patológiával kapcsolatban. Ennek vizsgálható dimenziói: affektív, kognitív és viselkedési területek, a véleményben és a gyakorlati viselkedésben megnyilvánuló magatartás; a személyes interakció a gyakorlatban, amely módosíthatja az orális attitűdöt.

A napi rutin szájhigiéné egyenlőtlenségeire mutat rá a WHO felmérése: a 13–14 éves serdülőkorú népesség körében a napi kétszeri vagy többszöri (kíváncos) fogmosás tekintetében szignifikáns különbség van fiúk és lányok között a lányok javára, valamint mindkét nem esetében az alacsony és magas társadalmi státusú réteghez tartozók között az utóbbiak javára (WHO 1985).

A 35–40 éves lakosság esetében 10 nagyvárosban kapott adatok szerint szignifikáns különbséget találtak a fogmosás, a fogpiszkáló, a fogselyem, a fluoridos fogkrém használata tekintetében az alacsony és a magas státusúak között.

A napi rutin szájhigiéné gyakoriságára a szociális mutatók közül az iskolai végzettség gyakorol legerősebb hatást.

Dán országos reprezentatív vizsgálat szerint (Antoft és mtsai 1999) a napi legalább kétszeri fogmosás az általános iskola 7–8 osztályát végzetek 75%-ánál, a 9–10 osztályt végzetek 82%-ánál, a közép- és felsőfokú végzettségűek mintegy 90%-ánál fordul elő. Nagyobb a különbség a reggeli előtti fogmosás tekintetében: az alsófokú végzettségűek alig több mint $\frac{1}{3}$ -a, a 9–10 osztályt és középiskolát végzetek 55–58%-a, a felsőfokú végzettséggel rendelkezők 70%-a gyakorolta a kíváncos szájhigiénét. Fogpiszkálót rendszeresen a megkérdezettek kevesebb mint fele használ: az alsó végzettségű csoport alig több mint $\frac{1}{3}$ -a. A fogselyem rendszeres használata a magas végzettségűeknél is csak $\frac{1}{3}$ -ad arányú, az alsó végzettségűeknél a 10%-ot sem éri el.

A Budapest vizsgálat szerint a kevesebb mint 8 általánost végzetek többsége naponta egyszer mos fogat (41%), naponta kétszer alig több mint $\frac{1}{3}$ -a, naponta többször $\frac{1}{5}$ -e. A felsőfokú végzettségűek közel $\frac{1}{3}$ -a naponta többször, 58%-a naponta kétszer, 7,5%-a naponta egyszer mos fogat. A középfokú végzettségűek a felsőfokú végzettségűekhez állnak közelebb; a 8 általánost és a 4 polgárit végzetek az alsó kategóriához (Molnár és

mtsai 1996). A fogmosás gyakorisága tekintetében tehát hazai viszonylatban két szociális pólus kialakulása felé mutat a lakosság viselkedése.

A napi rutin szájhigiéné foglalkozás szerinti gyakorisága hasonlít az iskolai végzettség szerinti differenciálódáshoz, de a különbségek mérsékeltebbek. A vezető beosztásúak és értelmiségiek 54%-a mos fogat naponta kétszer, míg a betanított és segéd munkások 41%-a (az utóbbiak 38%-a naponta egyszer).

A páciens orális egészségmagatartását (napi rutin szájhigiéné és fogorvoshoz fordulás) befolyásoló szociális háttértényezők közül legfontosabbnak az iskolai végzettség tűnik (Bánóczy és Nyárasdy 1998). A képzettség, mint protektív tényező a jövőre nézve hosszabb távon előrevetíti az orális egészségmagatartás javulásának lehetőségét a magyar társadalomban, mivel a társadalomba belépő fiatal népességcsoportok edukációs szintje egyértelműen emelkedik. Vannak azonban súlyosan lemaradó rétegek is, amelyek népességi aránya nagyon jelentős.

Felmerül az iskolai végzettség és a jövedelem kapcsolata is az orális egészségmagatartással. A páciens társadalmi státusán belül közvetlen összefüggésben a napi rutin szájhigiénével és a fogorvoshoz fordulással – ezen keresztül a fogászati státussal – azonban nem annyira a jövedelem, mint inkább az iskolai végzettség áll. Nemcsak a páciens, hanem az ő szüleinek az iskolai végzettsége is jelentős motiváló háttértényező a páciens orális egészségmagatartásában.

1.4. A fogorvoshoz fordulás egyenlőtlenségei

Skóciában országos reprezentatív mintán vizsgálták az orvoshoz fordulási szokásokat. Abból indultak ki, hogy a caries és a fogágybetegségek előfordulása fordítottan arányos a szociális réteghellyel: a magasabb foglalkozási osztályoknál alacsonyabb, az alacsony foglalkozási osztályoknál magasabb. Ennek egyik lényeges magyarázata a fogorvoshoz fordulás eltérő szokásaiban keresendő (Eddie és Davies 1985).

A magasabb társadalmi csoportok tagjai kétszer olyan gyakran járnak rendszeresen fogorvoshoz, mint az alsóbb osztályok tagjai. Ezért további külön vizsgálat tárgyává tették „a fogorvoshoz fordulás szociális szabályszerűségeit”, abból a célból, hogy milyen összefüggések mutathatók ki a fogorvoshoz fordulásban megjelenő orális egészségmagatartás és a fogazat, illetve fogágy állapota között.

A 4000 főre terjedő alapmintából egy külön 420 fős „népességi almintát” hoztak létre (25–54 évesek), akiknél a fogorvoshoz fordulást tanulmányozták. A következő magatartáskategóriákat különböztették meg:

1. „Gyakran fordult fogorvoshoz”: az alapvizsgálatot megelőző 5 év során legalább ötször volt fogorvosi kezelésen, és az egymás utáni két kezelés között nem telt el 18 hónapnál hosszabb idő; 2. „Ritkán fordult fogorvoshoz” az, aki az 5 év során kevesebb mint ötször kereste fel a fogorvost, és/vagy 18 hónapnál több idő telt el a két kezelés között. 3. „Nem fordult fogorvoshoz” kategóriába azok estek, akik 5 év alatt nem voltak fogorvosnál.

A vizsgálat első eredményei szerint szoros kapcsolat tapasztalható a foglalkozási osztály és az orvoshoz fordulás között: a „gyakran” orvoshoz fordulók az I. osztályban (diplomás szellemi foglalkozásúak) 33%, az V. osztályban (szakképzetlen fizikai dolgozók) 8% arányban fordultak elő; az „orvoshoz nem fordulók” aránya az I. osztályban 13%, az V. osztályban 62%. Szignifikáns különbségek voltak az orvoshoz fordulási két kategória tekintetében a III. Sz. (szellemi beosztottak) és a III. F. (fizikai beosztottak) foglalkozási csoport között az előbbiek javára, akiknek orvoshoz fordulási szokásai közelítettek az I. és II. csoport magatartásmintájához. Végül is a kutatók úgy látták, hogy tendenciájában egy szellemiekre és egy fizikaiakra jellemző orvoshoz fordulási magatartásminta érvényesül.

Elemezték azt is, hogy az egyes orvoshoz fordulási kategóriákon belül milyen arányban fordul elő a szuvas, az eltávolított és a tömött fog, valamint mennyi a meglévő fogak száma. Azt találták, hogy az egyes orvoshoz fordulási kategórián belül a fogazat állapotában nem volt nagy különbség a szociális osztálykategóriák között.

Végül is a vizsgálatból két fontos következtetést vontak le. 1. Kezelésen azonos gyakorisággal megjelent páciensek fogászati státusa között nincs szignifikáns különbség alsó és felső osztályok tekintetében. 2. Az orvoshoz fordulási igény tekintetében azonban szignifikáns különbség van a szociális osztályok között, a magasabb státusrétegek javára.

Hasonló eredményt kaptunk a Budapest vizsgálatban. E szerint az orvoshoz fordulás gyakoriságát legnagyobb mértékben az iskolai végzettség befolyásolja. A 8 osztály alatti végzettséggel rendelkezők 10%-a kereste fel a fogorvost félévente, a felsőfokú végzettségűeknek pedig 27%-a. Csak fájdalom esetén fordult fogorvoshoz a 8 osztály alattiak 45%-a, a felsőfokú végzettségűek 29,5%-a. A különbség minkét esetben szignifikáns.

A foglalkozási státus (beosztás) hatását az iskolai végzettséghez hasonlónak találtuk. Rendszeresen (félévente) fordul fogorvoshoz a vezető állásúak, értelmiségiek 26%-a, a betanított és segédmunkások 12%-a, fájdalom esetén fordul fogorvoshoz a felső foglalkozási réteg 28%-a, az alsó csoport 55%-a.

Vizsgáltuk azt is, hogy a fogorvos felkeresésének gyakorisága mérsé-

kelte-e a különbséget a különböző iskolai végzettségű és foglalkozási csoportok fogászati státusát illetően. Saját vizsgálataink szerint azonban a fogorvoshoz járás gyakorisága az orális státus tekintetében nem csökkentette olyan mértékben a társadalmi rétegek között meglévő egyenlőtlenségeket, ahogyan azt a skót vizsgálat megállapította.

1.5. Attitűdök az orális egészségmagatartásban

Hiedelem-modell és preventív egészségmagatartás

A „hiedelem” laikus attitűdszint. Forrásai: pontatlan megfigyelés, túlátlánosítás, szelektív észlelés, hozzáköltés, illogikus okoskodás, misztifikáció, ideológiák, elfogultság (érdek) a megértésben.

A hiedelem pszichés összetevői: alacsony ismeretszint, emocionális szintű attitűd, szubkultúra, előítéletek (téveszmék). A szakismereti szint emelkedésével a hiedelem erőssége csökken.

A hiedelem másik értelmezése – mely széles körben elterjedt a szociológusok körében – a „téveszmével” szemben hangsúlyozza, hogy a hiedelem is „valóság”, és alkalmas arra, hogy az emberek a mindennapi életben cselekvéseiket, magatartásukat ez alapján vezessék.

Preventív egészségmagatartás: az egyének – akik egészségesnek hiszik magukat – azon aktivitása, hogy megelőzzék a betegséget, megtartsák egészségüket egy szimptómák előtti állapotban (Rosenstock 1974).

Az egészséggel kapcsolatos hiedelmeket a Health Belief Model alapján vizsgálják a fogászati szociológiában (Quah 1985; Rosenstock 1974). Ennek négy eleme: 1. a betegség megértése, mielőtt az megjelenne, 2. a személyes fogékonyság felismerése a betegségre, 3. a beavatkozás érdekében igénybe vehető eszközök ismerete, 4. a beavatkozás akadályainak tudatosodása. A hiedelmek ezek síkján jelennek meg.

A kutatók a modell alapján eljutottak a „szegénység kultúrájához”, amely a hiedelem szociális gyökere, vagyis ebből a kultúrából nő ki a hiedelem. Mások szerint a „strukturális létfeltételek” – a társadalmi struktúra – erősebb szerepet játszanak a hiedelmek kialakulásában, mint a szubkulturális elemek. E szerint minden társadalmi rétegnél megtalálhatók a hiedelmek.

A hiedelem-moddellel kapcsolatos vizsgálatok főleg a különböző etnikumok körében bontakoztak ki. Kimutatták, hogy bár a különböző etnikumok többnyire modern gazdasági, szociális és politikai környezetben élnek, az egészséggel kapcsolatos tradicionális hiedelmek erősen tartják magukat és meghatározzák egészségmagatartásukat.

Etnikai kisebbségek orális attitűdjei

A Health Belief Model felhasználásával az orális egészséggel kapcsolatos ismereteket, előítéleteket vizsgálták a kutatók az Egyesült Királyságban élő kínaiak körében, interjúk segítségével (Kwan és Williams 1999; Shetty és Johnson 1999). A válaszolók többsége (69%-a) kortól és nemtől függetlenül úgy vélte: teljesen természetes, hogy az emberek öregkorban fogakat elveszítik („fatalisztikus attitűd”). Csak kevesen gondolták, hogy a fogazat (egy része) öregkorban is megtartható. Azt is kevesen vallották, hogy a fogászati betegségek megelőzhetők: a caries, a parodontopathia és a fog elvesztés etiológiáját alig értették meg. A személyes felelősség a száj és a fogazat egészségi állapotáért szinte teljesen ismeretlen volt körükben. A tradicionális előítéletek egyértelműen uralkodtak: a fogbetegségekkel kapcsolatban „laikus etiológiát” alakítottak ki, amely fatalisztikus attitűdhez vezetett.

A kutatók az orális attitűd alakulásában az iskolai végzettséget tartották a legfontosabb faktornak: az ismeretszint emelkedése redukálta a hiedelmek erősségét. A fiatal – már az angol iskolarendszerben nevelkedett – generáció véleménye e tekintetben erősen különbözött az időskorúakétól.

Orális hiedelmek a magyar lakosság körében

Az esetelemzések szerint a magyar lakosság körében is meglehetősen általános az a vélemény, hogy a fogak elvesztése az életkor növekedésével, a középső életszakasztól természetes biológiai folyamat eredménye, amely különösen az öregkorral jár együtt. Ez a fatalisztikus nézőpont erősen él a magyar társadalomban, nemcsak az alacsony státusú rétegeknél. Sokan még a magas státusúak közül sem látják az egyén lehetőségeit a fogak megtartásában, nincsenek tisztában azzal, hogy a fogászati betegségek megelőzhetőek, a fogak elvesztés helyett gyógyíthatók.

1.6. Orális egészség és életminőség

Angol kutatók (Grath és mtsai 2000; Kressin 1999) vizsgálták a lakosság körében, hogy a személyes orális státus milyen hatást gyakorol az életminőségre, és az egyén milyen módokon keresztül érzékeli azt. A vizsgálatban részt vevők több tényezőt is megemlíthettek. A megkérdezettek reprezentálták az Egyesült Királyság népességét.

A megkérdezettek 75%-a úgy látta, hogy az orális státus erősíti vagy gyengíti életminőségét, vagyis hatást gyakorol az életminőségre. A legtöbben úgy érzékelték, hogy annak hatása főleg az étkezésre, a komfort-

1. táblázat. Az orális státus hatása az életminőségre (az említések gyakoriságában)

	Negatív hatás (%)	Pozitív hatás (%)
Étkezés	25	25
Komfortérzés	28	13
Megjelenés	8	16
Általános jól-lét/egészség	7	14
Magabiztosság	12	4
Szorongásmentesség	7	9
Beszéd	7	5
Kedélyállapot	6	4
Egyéb (mosoly, nevetés, lélegzés, munkaképesség, romantikus kapcsolat)	11	15

érzésre és a megjelenésre terjed ki, de több más hatást is említettek (1. táblázat).

A szociodemográfiai különbségek ezen a téren is megnyilvánultak. A felső SES-rétegbe tartozók szerint az orális státus erősebb befolyást gyakorol az életminőségre, mint ahogy azt az alacsony szocioökonómiai státusú csoportba tartozók látták. A nők szerint az orális státus negatívabb hatást gyakorolhat az életminőségre, mint a férfiak szerint. A fiatal és középkorú népességcsoportok az orális státus életminőségre kifejtett hatását erősebbnek tartották, mint a 65 év felettiek.

1.7. Materiális szükségletek, szubkultúra és orális igények

Az orális egészség az egyén társadalmi háttérének jellegzetességeiben gyökerezik (pl. különböző szocioökonómiai csoportok a társadalomban, alacsony és magas státusú rétegek). A társadalmi státuson belül alapvető szerepet játszik a jövedelem nagysága.

A jövedelem szintje természetesen befolyásolja a szükségletek kielégítésének módzatait a különböző társadalmi csoportoknál. Alapvető szociológiai megállapítás, hogy a szükségletek a kultúrán keresztül jutnak kifejezésre az emberi viselkedésben (Malinowski 1944). A szociológia megfogalmazta a szükségletek kielégítésének hierarchikus rendjét is (magyar vonatkozásban Losonczi 1989) – a lakás, az élelmezés, a ruházkodás pl. megelőzi a kulturális igények kielégítését. A szociálisan hátrányos helyzetű társadalmi csoportok esetében az anyagi életfeltételek megteremtéséért folytatott napi harc az egyén számára háttérbe szorítja a szájhigiéne fontosságát. A magyar népesség mintegy 15%-a a létminimum alatt él,

35%-a a létminimum körül, közel 20%-a alsó középosztály (Kolosi és mtsai 1998). Ebből a léhelyzetből következik, hogy a fogazat állapotával nagy létszámú társadalmi csoportok csak keveset törődnek, s csak végső esetben fordulnak fogorvoshoz. A fogak esztétikai értékével kapcsolatos motiváló tényezők magasabb anyagi és kulturális szinten jelentkeznek. A napi rutin szájhigiénével és a fogorvoshoz fordulás alacsony gyakoriságával kapcsolatos eredmények magyarázata főleg itt keresendő a magyar társadalomban.

Az esetelemzések egyértelműen bizonyítják, hogy a szegénység, illetve a jólét szoros kapcsolatban van a szájhigiénével és a fogorvoshoz fordulással. A lakosság igénye az egészséges fogazat iránt a társadalmi státus függvénye: a szociális helyzet emelkedésével nő az igény az egészséges fogazat iránt. Kíváncsi lenne, hogy a magasabb rétegek igényeit az alacsonyabb státusú rétegek is elsajátítsák.

Figyelembe kell venni azt is, hogy a státuscsoportok kialakítják a maguk sajátos szimbólumrendszerét (Weber 1967), amellyel megkülönböztetik magukat a többi csoporttól, és a magas státusú rétegek a saját szimbólumrendszerüket társadalmi erőnné emelik. E szituáció a száj és fogazat tekintetében is jelentkezik.

Az esetelemzések szerint a társadalmi jólét egyik mutatója az ápolat fogazat. Ez státusszimbólumként is megjelenik: a drága fogorvos ugyanúgy presztízstényező, mint a márkás öltöny és a luxusautó. A magasan képzett rétegeknél nagyobb gyakorisággal fordul elő az, hogy a fogazat ápoltsága a foglalkozási karrierben jelentős tényezővé válik. Az esztétikai igény főleg azoknál jelentkezik, akik munkájuk révén emberekkel kerülnek kapcsolatba.

A fogazat szimbolikus értéke már fiatal korban is jelentkezik, gyakran társadalmi státustól függetlenül. Ennek magyarázata, hogy az edukáltság szintje a fiatal generáció körében – meglehetősen általánosan – emelkedik. Mindez az orális egészségmagatartás szociális kiegyenlítődésének irányába mutat.

2. A FOGORVOS

2.1. A fogorvosi pályaszocializáció

Az orvosi szocializáció az orvossá válás folyamatát jelenti, a szakmai értékek (attitűdök) és viselkedésmódok elsajátítását. Ennek főbb szakaszai a következők:

- a pályaválasztás motivációi (altruizmus, tudományos érdeklődés, adott orvosi szakterület iránti érdeklődés, kereseti lehetőség stb.),

- az elméleti alapképzés az orvosegyetemen,
- a klinikai képzés és szakági orientációk,
- a szakorvosi képzés megszerzése.

Az orvossá válás folyamata – követéses vizsgálatokkal – pszichoszociális (szociológiai) módszerekkel mérhető.

Ezen a területen a legjelentősebb empirikus vizsgálat egy kaliforniai felmérés, amelynek során több fogorvosi karon elemezték a hallgatók etikai attitűdjeit a képzés kezdetétől a diploma megszerzéséig (Morris és Sherlock 1971). A vizsgálat a következő témakörökre terjedt ki:

- Az orvoslás egyetemes standardjai: szabályok, követelmények, melyeket be kell tartani a kollégák és páciensek esetében egyaránt.
- A hivatások standardjai. Minden hivatás megköveteli a szakismertet állandó fejlesztését az életpálya egészén, valamint az adott hivatás szabályainak betartását és betartatását.
- Az altruizmus, a szolgálat attitűdje, ennek kialakítása az orvosképzés során.
- A páciens érdekeinek védelme: nem lehet a betegeket kihasználni, az erre utaló szituációkat kerülni kell.
- A kollégák védelme a kompetencia érdekében, a laikus beavatkozással szemben.
- Az orvosi etika betartása és betartatása a kollégákkal.
- A mindennapi viselkedés standardjai: a hivatáshoz méltó viselkedés (öltözködés, nyelvhasználat, nyilvános viselkedés).

A témakörökön belül felvázoltak szituációkat, amelyekről a hallgatók állásfoglalását kérték: a) mit kellene tennie a fogorvosnak az egyes szituációkban, b) ténylegesen mit tesznek a fogorvosok, c) mindezt hogyan értékeli a hallgató.

Az eredmény: magas etikai pontot ért el az I. éves hallgatók $\frac{2}{3}$ -a, a III. éves hallgatók több mint fele, az utolsó éves hallgatók kevesebb mint $\frac{1}{5}$ -e. A kutatók az attitűd ilyen változását az idealizmus (az altruizmus) elvesztésének, az attitűd hanyatlásának, a cinizmus erősödésének nevezték.

A folyamatot befolyásoló szociológiai tényezők:

- a tanulmányi eredmény szerepe csekély volt;
- a szülői háttér alapján a magas jövedelmű, magas társadalmi státusú csoportba sorolt („elit”) hallgatók alacsony etikai pontszámot kaptak, az alacsony státusúak magas pontszámot;
- az egészségügyben dolgozó családokból származók pontszáma alacsony volt;
- a kari környezet hatása alacsonyabb volt, mint az otthonról hozott társadalmi státus hatása.

Kíváncsi lenne ilyen hazai vizsgálatok kifejlesztése annak egzakt megismerésére, hogy e folyamat a hazai fogorvosképzésben is végbemegy-e, hogy a diploma megszerzése után, a fogorvosi hivatás kezdetén milyen erős attitűd a páciens szolgálatának eszméje, továbbá, hogy milyen erős a hivatási munkavégzés pénzügyi motivációja, és hogy a kezdő fogorvosok milyen arányban tudják egyeztetni a személyes anyagi jólét megteremtésének igényét (ami természetes igény) a páciens szolgálatának eszméjével (a humán szempontokkal).

2.2. A fogorvosi pályaattitűd területei, összetevői

Különböző empirikus vizsgálatok a fogorvosok szakmai attitűdjeit az alábbi területeken mérték (Baldwin és mtsai 1999; Atkinson és mtsai 1991; Wilson és mtsai 1998):

a) *A fogorvosi pálya választása hozzájárul-e a fogorvos személyiségének fejlesztéséhez* (új készségek kialakítása, a képességek és képzettség kihasználása, képességein felül kell-e dolgoznia)?

b) *A fogorvosi hivatás választásával kapcsolatban*

- választással való elégedettség,
- a szakmai jövő alakulásával kapcsolatos aggodalom,
- a fogorvoslással járó felelősség érzése,
- a munkavégzéssel járó feszültség, és ennek gyakorisága,
- a változatosság/rutin jelentkezése a munkavégzés során,
- túlterhelés a munkavégzésben,
- a munkaidő hosszának értékelése.

c) *A kollégákkal való kapcsolat*

- a kollégákkal való megbeszélés lehetősége (munkavégzéssel kapcsolatos konzultációk, személyes jellegű problémák megbeszélése),
- kihasználják-e az idősebb kollégák a fiatalokat a munkavégzés során?
- fennáll-e a nemi diszkrimináció a fogorvosi hivatás ellátása során?

d) *Kapcsolat a betegekkel*

- túl sokat követelnek-e a betegek?
- nehezedik-e nyomás a fogorvosra, hogy több beteget lásson el?
- műhibaperektől való félelem.

Mindezek vizsgálatára különböző tulajdonformákban (állami szektor, magánszektor) dolgozó fogorvosoknál, különböző nagyságú fogorvosi rendelőkben (kollégák száma a rendelőkben), különböző családi háttérű fogorvosnál (egyedül élő, családos, többgyermekes stb.) került sor (Tidman és Brown 1987; Helminen és mtsai 1999).

2.3. A fogorvosok kiégettség- (burnout-) szindrómája

A kiégettség a hivatás gyakorlásával összefüggő stressz egyik területe, válasz a krónikus emocionális megterhelésre.

A kiégettség-szindrómát a Burnout Inventory Scale alapján mérik (Osborne és Croucher 1994). Ennek szubskálái, vagyis a kiégettség összetevői, területei: emocionális kimerültség, deperszonalizáció, teljesítményvesztés. A felmérés során azt vizsgálják, hogy a fogorvos milyen erősségűnek érzékeli ezt a három jelenséget. A mért pontszámok alapján mindhárom csoporton belül alacsony, közepes és magas fokozatot különböztetnek meg.

Egy angliai felmérés során a megkérdezett fogorvosok közel 11%-ánál találtak „magas kiégettséget”. Ez magasabb, mint egy korábbi, USA-ban lebonyolított vizsgálat eredménye (Osborne és Croucher 1994).

Az angol kutatók az eredmény magyarázatát a következőkben látták:

- A magas heti rendelési idő és az ellátott páciensek magas száma.
- Gyakoribb a kiégettség a kis rendelőkben (1-3 fogorvos) dolgozók körében, mint a nagy rendelőkben és a klinikákon. A kiégettséget fokozta, ha a fogorvos az állami alapellátás mellett magánrendelőben is gyógyított.
- A kiégettség a nem házas fogorvosok körében magasabb volt, mint a házasok körében. Ezt a kutatók a feszültségoldás társas lehetőségeinek kedvező hatásával magyarázták.

Hazai esetelemzések szerint a fogorvosok kiégettségének okai két területen keresendők. Az egyik – a középkorú és idős fogorvosoknál – a több évtizeden keresztül rutinból és megszokásból végzett munka, a mindennapok egyhangúsága. Eszerint a kiégettség fő oka a fáradtság, a szürke hétköznapiok, a megszokottság, amely a látókör beszűkülését, a munka unalmassá válását, a motiváció hiányát eredményezi. Ezt ellensúlyozhatja a szakmai továbbképzés: az új ismeretanyagok elsajátítása kihívást, ösztönzést, új feladatokat jelenthet. Továbbá: minél inkább körül van véve a munkáját végző fogorvos fiatal kollégákkal, új arcokkal, annál kevésbé valószínű a kiégettségre utaló tünetek jelentkezése. A kiégettség jelentkezésének másik magyarázata az esetelemzések szerint a fogorvosok króni-

kus emocionális megterhelése. Ez elsősorban azoknál jelentkezik, akik közalkalmazottak és egyben magánpraxist is folytatnak (a fogorvosok mintegy 30%-a 1998-ban). Emellett a krónikus emocionális megterhelés az ügyeletet gyakran vállaló fogorvosoknál jelentkezik, akik fokozottan vannak kitéve a váratlan helyzeteknek, amelyekben magukra kell hagyatkozniuk.

2. 4. A fogorvosok társadalmi státusa

A társadalmi státus szociológiai fogalma az egyén helyét fejezi ki a modern társadalmak szociális rétegződésében. Összetevői: az iskolai végzettség, a szakképzettség és foglalkozás, a jövedelem nagysága (szegények, középrétegek, gazdagok); vagyon (ingatlan és ingó, értékpapír és pénzvagyon, nemesfém és műtárgy stb.) birtoklása, lakóhely, lakásnagyság és minőség, közéleti pozíció és befolyás. A státusinkongruencia azt jelenti, hogy az egyén a különböző státusdimenziókban eltérő pozíciókat foglal el (pl. magas szakképzettségi szinttel alacsony jövedelem). Ez a magyar társadalomban sokak státusának egyik lényeges jellemzője, és megtalálható a fogorvosok körében is.

Egy hazai felmérés szerint (Molnár és mtsai 2000a, 2000b) a fogorvosok társadalmi státusának jellemzői 1998-ban a következők voltak:

a) Foglalkozási státus

- közalkalmazott 13%,
- közalkalmazott és magánpraxist folytat 30%,
- magánrendelőben alkalmazott 7%,
- kizárólag magánpraxist folytat 47%.

b) Társadalmi státus önbesorolás

Ötfokozatú rétegződési séma alapján (felső osztály, jómódú középosztály, közepes helyzetű középosztály, alacsony helyzetű középosztály, alsó osztály) a megkérdezettek 13%-a a jómódú középosztályba, 61,5%-a a közepes helyzetű középosztályba, 20%-a az alacsony helyzetű középosztályba sorolta magát.

c) Annak megítélése, hogy melyik társadalmi rétegbe tartoznak a fogorvosok

A válasz szerint a jómódú középosztályba 26%, a közepes helyzetű középosztályba 64%, az alacsony helyzetű középosztályba 4,5%. Ez lényegesen kedvezőbb értékelés, mint az önbesorolás.

Esettanulmányok szerint a magyar fogorvos társadalom ettől erősebben polarizálódik: a felső osztályba többen tartoznak (legalább 10%), az

alacsony helyzetű középosztályba is körülbelül ugyanannyi. Utóbbiak főleg az önkormányzati rendelőkben dolgozók közül és az Erdélyből áttelepült fogorvosok közül kerülnek ki.

A magyar fogorvosok társadalmi státusával kapcsolatos nyitott kérdések tisztázására országos reprezentatív adatgyűjtésre lenne szükség. Ennek során kívánatos lenne kitérni arra is, hogy a státuskülönbségek megjelennek-e a szakmai attitűdökben, az orvos–beteg kapcsolatban.

3. AZ ORVOS-PÁCIENS INTERAKCIÓ

3.1. Újabb vizsgálati szempontok

Az orvos–beteg találkozás értelmezésében az utóbbi évtizedben megerősödött az interaktív szemlélet, amely a szociálpszichológiából vett kölcsönösségi modellre épül. A kölcsönösségi modell az emberi kapcsolat kétirányúságát és egymástól való függését fejezi ki, amelynek tartalma az együttműködés, illetve szembenállás, az interakció. Az interakcióban szereplő két személy humán státusa egyenlő: feltételezi a személyiség autonómiájának és méltóságának tiszteletben tartását. Az orvos–beteg kapcsolatban az ún. „kölcsonös részvétel” modelljének kell érvényesülnie (Freeman 1999a, 1999b, 1999c, 1999d; Zimmermann 1988).

Az orvos–beteg interakció vizsgálatai magukban foglalják:

- a beteg személyiségének és attitűdjeinek, az orvos személyiségének és attitűdjeinek önálló figyelembe vételét, fontosságaik hangsúlyozását,
- a „compliance” újraértelmezését,
- a kommunikáció fokozott jelentőségét a kapcsolatban,
- a „jó orvosi ellátás” kritériumainak meghatározását (a szolgáltatás helyes értelmezését),
- a páciens elégedettségének megnövekedett szerepét.

3.2. A fogászati szorongás szociológiája

A szorongás visszatartó szerepe

Általános vélemény, hogy a szorongás a legfontosabb közvetlen tényező, ami magyarázza, hogy a páciensek nem jelennek meg, illetve nem időben jelennek meg a fogászati rendelőkben. Ez univerzális magatartásnak minősíthető. Szociológiai kutatási eredmények azonban arról tanúskodnak, hogy ez összetettebb jelenség (Freeman 1999h).

A „szorongás” lényege a kontrollvesztés. A veszélyesnek minősített

helyzet megoldására nem érezzük képesnek magunkat, nem tudjuk, hogy milyen aktivitással oldhatnánk meg az érzelmileg negatív, kínzó helyzetet; a megoldáshoz nem rendelkezünk elégséges információval (Kopp és Fóris 1993; Kopp 1994).

A „fóbia”, irracionális félelem egy szituációtól vagy objektumtól, olyan attitűd, amely a szituáció vagy az objektum elkerülésére irányul. A „dentális fóbia” nem egyszerűen a páciens jelenlegi szorongására épül, hanem korábbi fogászati élményeinek történéseire is. Mindezek eredménye a páciens ellenállása.

Kutatók finn tapasztalatok alapján úgy vélik, hogy a népesség 5–10%-a elmulasztja a fogászati ellátást a félelem és szorongás miatt (Murtomaa 1999).

A dentális félelemre vonatkozó vizsgálati eredmények

Toronto város népességére vonatkozó reprezentatív felmérés során azt találták, hogy a felmérés előtti 4 héten belül a népesség nagy részénél jelentkezett valamilyen fájdalom. Ezen belül fogászati patológiával összefüggő (enyhe, közepes, vagy jelentős) fájdalmat a megkérdezettek 35%-a jelzett (Newsome és Wright 1999a, 1999b; Murtomaa 1999).

A kutatók megállapították, hogy a fájdalom mértéke és a fogorvoshoz fordulás között nincs szoros korreláció: a fájdalom nem gyakorol erős hatást az orvoshoz fordulási magatartásra. Sok személy szenved orális fájdalomtól, de számos más ok miatt nem kér segítséget fájdalmának enyhítésére. Sokan hetekig, hónapokig szenvednek, és nem fordulnak orvoshoz. Gyakran öngyógyítást alkalmaznak.

A dentális félelmet (szorongást) tanulmányozták Seattle-ben (USA) 1986-ban (Newsome és Wright 1999a, 1999b). A felmérés során megállapították, hogy a nők 25%-a, a férfiak 16%-a mutatott dentális félelmet. A félelem forrása: 1. orális injekció, 2. fogfúrás, 3. fogtisztítás (fogkő eltávolítás stb.). Az első kettőtől szinte minden páciens félt, a harmadiktól mintegy 40%.

Finnországban és az USA-ban megkérdeztek olyan egyéneket is, akik cariesmentesen nőttek fel, akik soha nem kaptak orális injekciót, illetve nem tapasztaltak fájdalmas fogászati kezelést – közülük is sokan féltek a fogorvostól (Helminen és mtsai 1999; Murtomaa 1999).

A félelem megelőzése (anticipáció)

Felmérések és klinikai tapasztalatok egyaránt azt mutatják, hogy ahogyan közeledik a fogorvossal találkozás időpontja, úgy fokozódik a szorongás mértéke is.

Nagy a valószínűsége, hogy akiknél a dentális félelem magas fokú, azok

más fóbiákkal is rendelkeznek (klausztrófóbia, magasságtól való félelem stb.) (Newsome és Wright 1999a, 1999b).

A szorongásskála hazai adaptációja

A Dental Anxiety Scale 1969-es első publikálása volt a kezdete a dentális szorongás tudományos mérésének. Később ezt több vonatkozásban továbbfejlesztették (Davies és Ware 1981). A DAS-skála hazai bevezetése Fábián és mtsai (1998) nevéhez fűződik.

A fogászati szorongásskála tételei az alábbiak (minden kérdésen belül 5 altétel van):

1. Ha holnap fogorvoshoz kellene mennie, hogyan érezné magát?
2. A fogorvosi váróban a kezelésre várva mit érez?
3. Mit érez a fogorvosi székben ülve, mialatt a fogorvos készül elkezdni fúrni a fogát?
4. Ül a fogorvosi székben, hogy megtisztítsák fogait. Mit érez, mialatt a fogorvos előkészíti a műszereket, amelyekkel végigkaparja a fogait az íny körül?

A kérdésekre adott válasz alapján meghatározható a DAS-érték, amely maximum 20, minimum 4 pont lehet.

A vizsgálat eredménye alapján a kutatók megállapították, hogy a mérőeszköz a magyar fogászati páciensek körében is jól alkalmazható. A hazai vizsgálatban nyert értékek magasabbak az amerikai adatoknál. Ennek lehetséges magyarázatai: a magyar felmérés a fogászati váróban történt, ahol a szorongás szintje magasabb; az alacsony jövedelem és alacsony iskolai végzettség általában magasabb szorongást eredményez: a hazainál jobb szociális helyzet az USA-ban kedvezőbb hatást gyakorolhatott a kapott értékekre; elképzelhető, hogy az amerikai skála magyarra fordított változata az eredetitől eltérő hatást vált ki. A fogorvostan-hallgatók értékei közelebb álltak a nemzetközi adatokhoz, sőt alacsonyabbak azoknál.

3.3. A fogorvos–páciens kommunikáció

A fogorvosi hivatás fontos jellegzetessége – a technikai-fizikai szolgáltatással együtt – a holisztikus ellátás nyújtása. Ennek során számolni kell a páciens szorongásaival, méltányolni kell a páciens érzéseit az ellátás során, és támogatni kell őt önbizalmának erősítésében.

A fogorvosnak egyrészt objektívnek, másrészt empátikusnak kell lennie. Ez a kettős jellegzetesség előfeltétele a hatékony kommunikációnak.

Kutatások szerint a fogorvos és a páciens közötti kommunikáció kétfarmada nonverbális jellegű. A hatékony kommunikációnak így fontos

feltétele a páciens nonverbális kommunikációjának helyes értelmezése és figyelembe vétele (Freeman 1999e, 1999f, 1999g).

A fogorvos–páciens közötti kommunikáció négy fő stratégiai eleme:

1. A meghallgatás. A fogorvos ún. „aktív hallgatásának” célja az, hogy bátorítsa a páciens elbeszéléseit.

2. A páciens megnyerése. Bátorítani kell a páciens, hogy szabadon beszéljen, és biztosítani kell, hogy a fogorvos megértette gondolatait és félelmeit. A páciens megnyerését szolgálja a kezelés menetének megbeszélése.

3. A kezelés során a páciens érzéseinek és gondolatainak méltányolása és nyugtázása.

4. A kezeléssel kapcsolatos információk összefoglalása a páciens számára. Ezt olyan módon, olyan nyelvezeten kell megtenni, hogy azt az adott szubkultúrához tartozó beteg képes legyen megérteni.

A kommunikáció során tanácsadás, meggyőzés, az orális egészségmagatartás alakítása valósul meg, többek között ún. „motivációs interjú” alkalmazásával (Freeman 1999h).

3.4. A fogászati páciens elégedettsége

Az „elégedettség” témakörét a szociológia, a pszichológia, a marketing, valamint az egészségügyi management is tanulmányozza. A fogyasztói elégedettséggel foglalkozó első tanulmány az 1960-as években jelent meg, majd 1980 után e témakörben tudományos publikációk és kereskedelmi cikkek tömege látott napvilágot.

A „fogyasztói elégedettség” az egészségügyben is nagy jelentőségű, befolyásolja a páciens együttműködési készségét az orvossal (compliance), és fontos mutatója az egészségügyi ellátás minőségének. A páciens elégedettsége azonban lényegesen különbözik a marketingmodellben megjelenő „fogyasztói elégedettség”-től (Kay 1999).

A fogorvosi ellátással kapcsolatos elégedettség mérésének egyik eszköze a Dental Satisfaction Questionnaire, amely a páciens elégedettségének kognitív faktorait elemzi a fogorvos szemszögéből, másik mérőeszköze pedig a Dental Visit Satisfaction Scale, amely a páciens véleményében megjelenő affektív, kognitív és viselkedési tényezőket – az elégedettséget befolyásoló faktorokat – elemzi (Corah és mtsai 1984; Burke és Crouser 1996, Freeman 1999h).

A páciens elégedettségét befolyásoló tényezők (a fogorvosi ellátás kvalitatív attribútumai, ahogyan azokat a páciens érzékeli) (Burke és Crouser 1996; Corah és mtsai 1984):

– *A fogorvos technikai kompetenciája*

Ez a páciens elégedettségének kulcskérdése, de figyelembe kell venni, hogy a páciens nincs abban a helyzetben, hogy pontosan értékelje a technikai kvalitást, ezért nagyobb súlyt helyez az ellátás humán és pszichológiai aspektusaira.

– *Interperszonális faktorok*

Az elégedettséget leginkább a fogorvos kommunikációja, az általa nyújtott gondosság és információ befolyásolja, amely függ a fogorvos szakmai attitűdjétől is. A fogorvos gondosságát és figyelmét a megkérdezettek 90%-a, míg a fájdalomkontrollt, a páciens helyzetének könnyítését és biztonságtudatának kialakítását a megkérdezettek 73%-a tartotta „nagyon fontos”-nak. Lényegesnek tartották a fogorvos reakcióit a páciensek ilyen percepcióira, különösen gyermekek esetében.

A fogorvost rendszeresen felkereső páciensek esetében a kommunikációnál nagyobb jelentőségű az ellátás minősége. Ugyanakkor a rendelőben ritkán megjelenő betegnél fontosabb a kommunikációs faktor.

– *A szolgáltatás kényelme (komfortja)*

A kommunikációs faktornál kisebb jelentőségű, de fontos. Ide tartozik: a rendelési idő, várakozási idő, a fogorvosi székben eltöltött idő. Ide sorolják a rendelő területi elhelyezkedését, és a parkolási lehetőséget stb. is.

– *Költség (a szolgáltatás díja)*

Bár gyakran ezt tartják a legfontosabbnak a páciens elégedettsége tekintetében („tudja-e előre a fogorvosi ellátás díját?”, „úgy véli-e, hogy a díj megfelelő lesz?”), valójában kisebb a súlya, mint az erről kialakult és elterjedt véleménynek: a szolgáltatás díjának mértéke nem befolyásolja lényegesen a fogorvos kiválasztását. A díj nagysága a páciensek szerint inkább az ellátás kvalitásának mutatója. Azok a páciensek, akik az ellátásért fizetett díjat túl magasnak tartották, elégedetlenek voltak a szolgáltatással (az elégedetlenség relációjában tartották túl magasnak).

– *A rendelő komfortja*

A rendelő elegáns jellege, a várószoba komfortja, folyóiratok-újságok között válogatási lehetőség, a háttérzene stb. is befolyásolja a páciens elégedettségét.

A páciens elégedettségét befolyásoló szociodemográfiai faktorok a következők (Burke és Crouser 1996; Corah és mtsai 1984):

– *Életkor*

A 60 éven felüliek elégedettebbek a fogorvosi ellátással, mint a fiatalabb páciensek, de a kommunikációval kevésbé elégedettek, mint a fiatalabbak. Egy másik vizsgálat azonban a fiatalabbak magasabb elégedettségét említi, amely a fogazat jobb állapotával magyarázható.

– *Nemi különbségek*

A nők általában elégedettebbek a fogorvosi ellátással, mint a férfiak. Ezt feltehetőleg alacsonyabb elvárásaik határozzák meg.

– *Gazdasági státus*

Az alacsony jövedelmű csoportok nagyon eltérő attitűdöt és elégedettséget mutatnak saját fogorvosi ellátásukkal kapcsolatban, egészében mégis alacsonyabb az elégedettségi szintjük a jómódúakénál.

– *A páciens korábbi ellátási tapasztalatai*

A korábbi tapasztalatok nagy súllyal esnek latba az elégedettségénél. Az aktuálisan bekövetkezett ellátási problémákat gyakran nem befolyásolható és sporadikus jelenségnek minősítik.

– *A fogorvos rendszeres, illetve rendszertelen felkeresése*

A kutatások egyértelműen pozitív korrelációt állapítottak meg a fogorvoshoz fordulás gyakorisága tekintetében: a rendszeresen fogorvoshoz fordulók elégedettebbek, mint a ritkán fogorvoshoz fordulók.

– *Aggódás a fogorvosi beavatkozástól*

Kimutatták, hogy az aggódó típusú emberek elégedetlenebbek nem aggódó társaiknál.

A fogászati páciensek elégedettségéről több hallgatói esetelemzés született (gyermekek, fiatal felnőttek, felnőttkorúak, öregkorúak elégedettsége a fogászati ellátással). Az eredmények szerint minden beteg igényli a precíz, pontos fogorvosi munkát, szociális helyzettől függetlenül. Az elégedettség azonban főleg arról szól, hogy a páciensek hogyan értékelik a fogorvosi ellátás kvalitatív attribútumait.

Mivel a páciens mint laikus nem tudja lemérni az elkészült tömés, pótlás stb. minőségét, kénytelen az orvosban bízni. A minőségből annyit érzékel, hogy az elkészült munka mennyire esztétikus, mennyire illeszkedik fogaihoz, hogyan tudja megszokni, viselni stb.

A páciensek olyan fogorvossal elégedettek, aki nemcsak a szájuk belsőjével és fogaikkal foglalkozik, hanem a pácienssel mint emberrel is törődik, vagyis aki „nem csak a fogaikat látja”. Az emberséges bánásmód egyik követelménye, hogy a fogorvos jól tudjon kommunikálni a betegével. A kommunikáció fontosabb, mint a szolgáltatás díja.

A fiatal páciensek körében megfigyelhető a kezeléssel kapcsolatos nagyfokú kíváncsiság. Nagy arányban igénylik, hogy a fogorvos pontosan ismertesse a kezelés lehetőségét, lépéseit, anyagait. A szolgáltatás kényelme, komfortja iránti igény magasabb, mint az idős pácienseknél. Az idősebb korosztály jobban rábízza fogorvosára a szakmai ellátást.

A betegek olyan rendelőbe szeretnek járni, ahol keveset kell várakozni: a megbeszélte időpontban beülhetnek a fogorvosi székbe. Lelkileg fel-

készültek a „megpróbáltatásokra”, és nem szeretik a várakozással fokozni a stresszt.

3.5. A „jó fogorvosi ellátás” kritériumai

Burke és Crouser 1996-ban végzett vizsgálatának a célja annak a felmérése volt, hogy a fogorvosok, illetve a páciensek milyen mutatók síkján minősítik a fogorvosi ellátást jónak; milyen különbségek jelentkeznek a fogorvosok attitűdjei és a páciensek attitűdjei között. A vizsgálat során 30 fogorvost és 30 pácienszt kérdeztek (NHS-en belül) a „jó fogorvosi ellátás” kritériumairól. Mindkét csoport válasza alapján 8-8 kritériumot alakítottak ki.

A két kritériumrendszer alapján kérdőívet állítottak össze: abban a 8-8 téma olyan módon szerepelt, hogy minden válaszlehetőséget minden válaszlehetőséggel kombináltak. Így létrejött 64 válaszlehetőség, amit párosával tártak a megkérdezettek elé: az egyik fogorvosi kritérium, a másik páciensi kritérium volt. A 64 választ (választást) az értékelésnél „nyerő” (rászavazás), illetve „vesztő” (ellene szavazás) kóddal illették.

A felmérés során 344 pácienszt kérdeztek meg: nemek, korcsoportok, a fogorvosi rendelésen való megjelenés gyakorisága és a megkérdezett szociális státusa szerint.

A páciensek „szavazatai”:

1. A fogorvosok által preferált listára (a pozitív szavazatok százaléka):

- fájdalommentes ellátás: 60%
- barátságos személyzet: 51%
- a sürgősségi ellátásról való gondoskodás: 51%
- az ellátás nem magas költsége: 48%
- hatékony adminisztráció: 38%
- a készülékek, műszerek naprakész szintje: 38%
- kellemes dekoráció, környezet: 26%
- jó praxis-kép (image): 21%

2) A páciensek által preferált listára (a pozitív szavazatok százaléka):

- a rendelő higiéniája, sterilizáció: 70%
- az ellátási folyamat elmagyarázása: 70%
- a fogorvos szakmai gyakorlottsága: 69%
- a fogorvos gondoskodása a páciensről: 68%
- a rendelés állami (NHS) szektora: 59%
- a fogorvos kvalifikációja: 54%
- a páciensek jó fogadása: 44%
- a gyermek páciensek megértő kezelése: 40%

Az eredmények különbségei szociodemográfiai mutatók szerint:

- Nemek: a fájdalommentes fogászati ellátásra szignifikánsan több férfi szavazott, mint nő. A nők nagyobb jelentőséget tulajdonítottak a rendelő berendezésének, dekorációjának, környezetének, mint a férfiak.
- Korcsoportok: A fiatalabb korcsoportok hangsúlyozták a higiéne/sterilizációnak, az ellátási procedúra elmagyarázásának, a fogorvos szaktudásának és gondoskodásának jelentőségét. A legidősebb korcsoport a fájdalommentes beavatkozást emelte ki.
- A fogorvos felkeresésének gyakorisága: a rendszeresen orvoshoz fordulók a fogorvos gondoskodását hangsúlyozták, a sürgősségi páciensek a fájdalommentes beavatkozás és a gondos sürgősségi ellátás jelentőségét.
- Társadalmi státus: mind a szellemi, mind a fizikai csoport a higiéne/sterilizáció jelentőségét emelte ki, a foglalkozással nem rendelkezők a fogorvosi rendelő állami szektorhoz (NHS) tartozását ítélték kiemelten fontosnak.

A vizsgálat konklúziója: a páciensek a fogorvoslás szakmai színvonala mellett főleg az ellátás humán összetevőinek fontosságát hangsúlyozták.

Irodalom

- Antoft, P., Rambusch, E., Antoft, B., Cristensen, H. W. (1999): Caries experience, dental health behaviour and social status – three comparative surveys among Danish military recruits in 1972, 1982 and 1993. *Community Dental Health*, 16: 85–92.
- Atkinson, J. M., Millar, K., Kay, E. J., Blinkhorn, A. S. (1991): Stress in dental practice. *Dent. Update*, 18 (2): 60–64.
- Baldwin, P. J., Dodd, M., Rennie, J. S. (1999): Young dentists – work, wealth, health and happiness. *British Dental Journal*, 186: 30–36.
- Bánóczy J. (szerk.) (1986): *Preventív fogászat*. Medicina, Budapest.
- Bánóczy J., Nyárasdy I. (szerk.) (1998): *Preventív fogászat*. Medicina, Budapest.
- Boross É., Molnár L. (1995): Cariesintenzitás és szájhigiéne budapesti felnőtt pácienseknél. *Fogorvosi Szemle*, 88: 95–102.
- Boross É., Solymosi Gy., Gyurkovics Cs., Molnár L. (1994): 14–18 éves budapesti (VIII. kerületi) középiskolások fogazati állapota 1991-ben. *Fogorvosi Szemle*, 87: 3–12.
- Bourgeois, D. M., Doury, J., Herscot, P. (1999): Periodontal conditions in 65–74 year old adults in France, 1995. *International Dental Journal*, 49: 182–186.
- Burke, L., Crouser, R. (1996): Criteria of good dental practice generated by general dental practitioners and patients. *International Dental Journal*, 46: 3–9.
- Corah, N. L., O'Shea, R. M., Pace, L. F., Seyrek, S. K. (1984): Development of a patient measure of satisfaction with the dentist. The dental visit satisfaction scale. *Journal of Behavioral Medicine*, 7 (4): 367–373.
- Davies, A., Ware, J. (1981): Measuring patient satisfaction with dental care. *Social Science and Medicine*, 15: 751–760.

- Davis, P. (1987): Introduction to the Sociology of Dentistry. University of Otago Press, New Zealand.
- Dombi Cs., Czeglédy Á., Gyurkovics Cs., Freisleben A., Sári K. (1994): Stomatológiai szűrővizsgálatok Budapest III. kerületében. *Fogorvosi Szemle*, 87: 45–48.
- Eddie, S., Davies, J. A. (1985): The effect of social class on attendance frequency and dental treatment received in the General Dental Service in Scotland. *British Dental Journal*, 159: 370–373.
- Fábián T. K., Kelemen P., Fábián G. (1998): A Dental Anxiety Scale („Fogászati szorongásskála”) hazai bevezetése. Magyar populáción végzett fogászati szorongás epidemiológia vizsgálatok. *Fogorvosi Szemle*, 91: 43–52.
- Freeman, R. (1999a): A psychodynamic understanding of the dentist–patient interaction. *British Dental Journal*, 186: 503–506.
- Freeman, R. (1999b): Reflections on professional and lay perspectives of the dentist–patient interaction. *British Dental Journal*, 186: 546–550.
- Freeman, R. (1999c): The determinants of dental health attitudes and behaviours. *British Dental Journal*, 187: 15–18.
- Freeman, R. (1999d): Barriers to accessing and accepting dental care. *British Dental Journal*, 187: 81–84.
- Freeman, R. (1999e): Barriers to accessing dental care: patient factors. *British Dental Journal*, 187: 141–144.
- Freeman, R. (1999f): Barriers to accessing dental care: dental health professional factors. *British Dental Journal*, 187: 197–200.
- Freeman, R. (1999g): Communicating effectively: some practical suggestions. *British Dental Journal*, 187: 240–244.
- Freeman, R. (1999h): Strategies for motivating the non-compliant patient. *British Dental Journal*, 187: 307–312.
- Grath, C., Bedi, R., Gilthorpe, M. S. (2000): Oral health related quality of life – views of the public in the United Kingdom. *Community Dental Health*, 17: 8–13.
- Heinrich, R., Kunzel, W., Vágó, P., Orschel, H., Gluckner, A. (1995): Egy magyar nagyváros (Győr) időskorú lakosságának fogászati státusa és kezelési szükséglete (I). *Fogorvosi Szemle*, 88: 11–29.
- Helminen, S. E., Vehkalahti, M., Lammi, R., Ketomaki, T. M., Murtomaa, H. (1999): Dentist decisions as to mode of preventive treatment in adolescents and young adults in Finland. *Community Dental Health*, 16: 256–261.
- Irigoyen, M. E., Maupome, G., Mejia, M. (1999): Caries experience and treatment needs in a 6- to 12-year-old urban population in relation to socioeconomic status. *Community Dental Health*, 16: 245–249.
- Kay, E. J. (1999): Milyen gyakran keressük fel a fogorvost? *British Medical Journal*, Magyar kiadás, 319: 204–205.
- Kolosi T., Tóth I. Gy., Vukovich Gy. (1998): *Társadalmi riport 1998*. TÁRKI, Budapest.
- Kopp M. (1994): *Orvosi pszichológia*. Budapest, 45–46.
- Kopp M., Fóris N. (1993): *A szorongás kognitív viselkedésterápiája*. Végeken sorozat, Budapest.
- Kressin, N. R. (1999): The oral health related quality of life measure. In Slade, G. D. (ed.): *Measuring Oral Health Related Quality of Life*. Chapel Hill, University of North Carolina, Dental Ecology.
- Kwan, S., Williams, S. (1999): Dental beliefs, knowledge and behaviour of Chinese people in the United Kingdom. *Community Dental Health*, 16: 40–44.

- Losonczi Á. (1978): *Az életmód a tárgyakban és az értékekben*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 319–321, 371, 511.
- Losonczi Á. (1989): *Ártó-védő társadalom*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 253–259.
- Madlén M., Gábris K., Nagy G., Márton S., Gál N., Keszthelyi G., Bánóczy J. (2001): Összehasonlító caries epidemiológiai vizsgálatok serdülőkorú fiatalokban. *Fogorvosi Szemle*, 94: 21–25.
- Malinowski, B. (1944): *A Scientific Theory of Culture*. The Univ. of North Carolina Press, Chapel Hill.
- Molnár L. (1993): Az orális egészségmagatartás vizsgálatának szociológiai lehetőségei. *Lege Artis Medicinae*, 3 (11): 1081–1101.
- Molnár L. (2003): *Fogászati-szociológiai előadások és gyakorlatok*. Oktatási segédanyag. Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar, Budapest.
- Molnár L., Ádám Sz., Lázár A., Gerle J. (2000a): A szakvizsgázott fogorvosok társadalmi státusának változásai a privatizáció során. *Magyar Fogorvos*, 9 (2): 64–69.
- Molnár L., Ádám Sz., Lázár A., Gerle J. (2000b): Szakvizsgázott fogorvosok társadalmi státusának változásai a privatizáció során. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 2 (3–4): 31–36.
- Molnár L., Boross É., Mályusz G. (1996): A cariesintenzitást és a szájhigiénét befolyásoló szociális és magatartási tényezők budapesti felnőtt pácienseknél. *Fogorvosi Szemle*, 89: 17–28.
- Morris, R. T., Sherlock, B. J. (1971): Decline of ethics and the rise of cynicism in dental school. *Journal of Health and Social Behavior*, 12: 290–299.
- Murtomaa, H. (ed.) (1999): *Dental fear*. Yliopistopaino, Helsinki.
- Newsome, P. R. H., Wright, H. (1999a): A review of patient satisfaction. 1. Concepts of satisfaction. *British Dental Journal*, 186: 161–165.
- Newsome, P. R. H., Wright, G. H. (1999b): A review of patient satisfaction. 2. Dental patient satisfaction – an appraisal of recent literature. *British Dental Journal*, 186: 166–170.
- Osborne, D., Croucher, D. (1994): Levels of burnout in general dental practitioners in the south-east of England. *British Dental Journal*, 177: 372–377.
- Pan-European Taskforce on Dental Health (1998): *Dental Health in Europe. A Problem for Disadvantaged Groups*. European Parliament, Brussels.
- Peterson, P. E. (1990): Social inequalities in dental health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 18: 153–158.
- Quah, S. R. (1985): The Health Belief Model and preventive health behaviour in Singapore. *Social Science and Medicine*, 21 (3): 351–363.
- Rosenstock, I. M. (1974): Historical Origins of the Health Belief Model. In Becker, H. H. (ed.): *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Charles B. Slack, Thorofare, 42–50.
- Scheff, T. (1995): Single-case analysis in the health sciences. *Eur. J. Public Health*, 5: 72–74.
- Schuller, A. A. (1999): Better oral health, more inequality-empirical analysis among young adults. *Community Dental Health*, 16: 154–159.
- Shetty, K. V., Johnson, N. W. (1999): Knowledge, attitudes and beliefs of adult South Asians living in London regarding risk factors and signs for oral cancer. *Community Dental Health*, 16: 232–235.
- Singer, J. E. (1981): Some themes, perspectives, and opinions on a National Research Conference on Oral Health Behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 4 (3): 349–357.

- Sweeney, P. C., Gelbier, S. (1999): The dental health of pre-school children in a deprived urban community in Glasgow. *Community Dental Health*, 16 (1): 22–25.
- Szöke, J., Petersen, P. E. (2000): Evidence for dental caries decline among children in an East European Country (Hungary). *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28: 155–160.
- Tidman, S. J., Brown, J. B. (1987): What makes a dental practice grow? *British Dental Journal*, 162: 201–203.
- Vágó P., Deák J., Bruncsics Z., Szabó J. (2000): A fogazat egészségi állapotának regionális epidemiológiai vizsgálata. *Fogorvosi Szemle*, 93: 53–59.
- Weber, M.: (1967): *Gazdaság és társadalom*. KJK, Budapest.
- WHO (World Health Organisation) (1977): *Oral Health Surveys. Basic Methods*. World Health Organisation, Geneva.
- WHO (World Health Organisation) (1985): *Oral Health Care Systems: An International Collaborative Study*. Quintessence, London.
- Wilson, R. F., Coward, P. Y., Capawel, J., Laidler, T. I., Rigby, A. C., Shaw, T. J. (1998): Perceived sources of occupational stress in general dental practitioners. *British Dental Journal*, 184 (10): 499–502.
- Zimmermann, R. S. (1988): The dental appointment and patient behavior. *Medical Care*, 26 (4): 403–414.

A szerző örülne, ha tanulmánya e folyóirat hasábjain megvitatásra kerülne. Várja és köszönettel fogadja a hozzáértő megjegyzéseket, javaslatokat.

MOLNÁR, LÁSZLÓ

AN OUTLINE OF THE SOCIOLOGY OF DENTISTRY

This study is an outcome of a two-decade investigation. It undertakes to outline the main fields of the sociology of dentistry, on the ground of – mainly foreign – scientific psychosocial dental literature.

At the Semmelweis University (Budapest) after the foundation of the Institute of Behavioural Sciences (1994) favourable conditions emerged that enabled researchers to elaborate the sociology of dentistry. In the second half of the 1990s, a systematic investigation and synthesis of scientific literature started on the field of dental epidemiology, sociology and psychology.

On the ground of these studies, it is possible to outline the main fields of sociology of dentistry:

1. The dental patient. Inequalities of dental status and its explanation on the basis of socio-economic status. The oral health behavior (social regularity of daily routine, oral hygiene, etc.). The social inequalities of dental check-ups and other visits to the dentist. Attitudes of the dental health behaviour (health belief model and quality of life).

2. The dentist. The psychosocial regularities of professional socialization of dental students (motivations, etc.). Main fields and components of professional attitudes of the dentists. The burnout syndrome among dentists. The social status of dentists, especially in Hungary (effects of privatization).

3. Dentist–patient interaction. The psychosocial model of mutual participation. The sociology of dental anxiety (dental fear). Main regularities of dentist–patient communications. Patient satisfaction and its psychosocial indicators. The criteria of “good dentist behaviour”.

Keywords: dental status inequalities, oral health behaviour, oral health attitudes and beliefs, professional attitudes of dentists, occupational stress and burnout of dentists, dental patient satisfaction, social status of dentists