

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

A fogászati félelem és szorongás lélektana, megelőzése és kezelése

GULYÁS Judit

ÖSSZEFOGLALÁS

A fogászati félelem és szorongás jelentősen növekvő előfordulást mutat az elmúlt évtizedekben. Az említett jelenségek nagy terhet róhatnak a fogászati szakemberekre és pácienseikre, determinálva ezzel a fogászati együttműködést és a kezelések sikerességét, kimenetelét. Több szakirodalom civilizációs jelenségeként tartja számon, hiszen már olyan páciensek is tapasztalhatják, akik még korábban sosem kapcsolódtak fogászati ellátással, érintve itt akár a klasszikus kondicionálást, utánpótlást vagy modellkövetést. Nem beszélve a saját, múltbéli negatív tapasztalatok relevanciájáról a fóbia vagy szorongás kialakulásában, progressziójában.

Gyors felismerésük adekvát cselekvési lehetőséget nyújt a pszichológiai ismeretekkel rendelkező fogászati szakember számára, csökkentve ezzel a páciens és saját diszkomfortját, amely tényező a burn-out szindróma etiológiájában is szerepet kap. A jelenségek szempontjából releváns rizikótényezőket, hajlamosító faktorokat, korábbi meghatározó tapasztalati elemeket könnyen kiszűrhetjük, amely lehetőséget teremthet a prevencióra.

Kulcsszavak: fogászati félelem, szorongás, odontophobia, megelőzés, pszichológia

The Psychology, Prevention, and Management of Dental Fear and Anxiety

Judit GULYÁS

SUMMARY

The prevalence of dental fear and anxiety has shown a marked increase over recent decades. These phenomena impose a considerable burden on both dental professionals and their patients, fundamentally influencing treatment cooperation, success, and overall outcomes. Several studies conceptualize dental anxiety as a phenomenon of modern civilization, as it may also appear among individuals who have never previously encountered dental care. Such cases may be linked to mechanisms of classical conditioning, imitation, or observational learning. Furthermore, personal negative dental experiences play a crucial role in the development and progression of dental fear or phobia.

Early recognition of these conditions enables the psychologically informed dental professional to take appropriate action, thereby reducing discomfort for both patient and clinician- an aspect also relevant to the etiology of burnout among dental practitioners. The identification of relevant risk factors, predisposing conditions, and significant prior experiences provides an opportunity for effective prevention and early intervention strategies.

Keywords: dental fear, anxiety, odontophobia, prevention, psychology

GULYÁS Judit dentálhigiénikus (BSc), pszichológushallgató, szakmai tanár, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport
ORCID-azonosító:
0009-0006-1076-2924

Levelező szerző
(corresponding author):
GULYÁS Judit
E-mail: gulyas.judit@szte.hu

Beérkezett: 2025. október 30.
Elfogadva: 2026. január 22.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.39.0003> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

Turbulencia a repülőn? Az autó meghibásodása vezetés közben? Időpont a fogászatra? Habár korábbi emlékeink, hiedelmeink és a média szerepvállalása nagyban befolyásolja, hogy miként gondolunk az első három kérdés kimenetelére, sok esetben hasonló eredetű fiziológiai, kognitív, affektív vagy viselkedéses változásokat regisztrálhatunk az érintett egyéneken vagy akár saját magunkon.

A félelem, szorongás vagy akár fóbia kifejezések nemcsak a laikus számára összemosódó fogalmak, sokszor szakmai beszámolókbán, publikációkban is kihívás, hogy hogyan differenciáljuk a definíciókat és jelenségeket. Ennek oka, hogy mindhárom etiológiájában a kontrollvesztés, bizonytalanság, bejósolhatatlanság fontos szerepet töltenek be.

A fogászati félelmet és szorongást sokszor a XX-XXI. századi társadalom civilizációs jelenségeként emlegetik, amelynek kialakulásában valóban kima-

gasló szerepe lehet a szociokulturális hatásoknak is. A jelenség komoly kihívást okozhat egy fogászati kezelés kapcsán, mind a páciens, mind a fogászati team tagjai számára.

Félelem, szorongás és fóbia, ezek fogászati vonatkozásai

A félelem egy fizioológiai stresszválasz valamilyen észlelt veszélyre, veszélyhelyzetre, amelyben a kiváltó tényező könnyen azonosítható, például tű vagy a turbina hangja (Skaret & Soevdsnes, 2005). *Ekman és munkatársai* (1999) szerint a hat emberi alapérzelem közül a félelem az egyik, amely meghatározó (volt) az evolúció szempontjából is. Kulcsa az egyén szubjektív észlelése. Az adaptív félelmi válasz előmozdíthatja az analitikus gondolkodást és szemléletet, fokozott figyelmet és aktivitást eredményezhet (Schwarz & Clore, 1983). A félelem azonban nemcsak egydimenziós, hanem egy érzelmi válasz szindrómaként értelmezhető (Armfield, 2010).

A szorongás centrumában szintén a félelmi válasz áll, de ha behaviorista, viselkedéstanulmányozó nézőpontból szemléljük, az inger-válaszreakció viszony aránytalan, az egyén viselkedése sokszor túlzó, irreális. Itt az állapot egy vélt vagy elővételezett stimulushoz köthető (Armfield, 2010). Heurisztikáinkat, gondolati folyamatainkat és tudásunkat alkalmazva képesek vagyunk az inger jelenlétének hiányában is következtetni a jelenre vagy a jövőre. Ennek mentén jellemzők az egyénre a katasztrófizáló gondolatok, a borús felfogás vagy a negatív öninstrukciók az önkontrollban. Eredménye lehet elégtelen megküzdés, diszkomfort vagy kellemetlenség (Skaret & Soevdsnes, 2005).

A fóbia egy mentális zavar, amely pszichiáter vagy pszichológus által diagnosztizálható, és meghatározott kritériumokkal rendelkezik a legtöbb klinikai diagnosztikai és klasszifikációs rendszerben, például a DSM-ben is (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM). Kulcseleme az intenzív, észszerűtlen és sokszor oktalan szorongás és a fluktuáló, hullámzó, önmarcangoló üss-vagy-fuss válasz. A DSM rendszerében az *odontophobia* vagy *dentophobia* egy speciális kontextusban értelmezhető, perzisztens fóbia (Armfield & Heaton, 2013; Cianetti et al., 2017; Paiva et al., 2025; Skaret & Soevdsnes, 2005).

A fenti jelenségek behatárolása egyfajta kontinuum mentén működhet, amelynek elején az enyhe félelem, végén pedig a súlyos, debilizáló vagy elbutító fóbia áll (Armfield & Heaton, 2013; Cianetti et al., 2017).

Ha a fogászati páciens egyáltalán nem vagy nem úgy kooperál, ahogyan az adekvát lenne, viselkedés-

kezelési problémáról is beszélhetünk. Ennek legfontosabb kockázati tényezője a félelem és szorongás. A fogászat kapcsán regisztrálható stresszválasz háttere multifaktoriális, nagyon sokszor a fájdalomtól való félelem és az annak való kitettség áll. Emellett kiemelendő a sérüléstől és vértől való félelem. Sokszor vannak jelen kora gyermekkori, negatív tapasztalatok vagy a klasszikus kondicionálás, amelynek értelmében a gyermek képes úgy átvenni a jelenséget környezetétől, hogy még sosem volt fogászat. Befolyásolhatják kialakulását és előfordulását szociodemográfiai tényezők (életkor, nem – női felülreprezentáltság, iskolázottság, szociális státusz), a fogászat látogatásának gyakorisága, hiedelmek és az orális állapot. Továbbá ki kell emelni az első fogászati találkozás meghatározó szerepét, a gyermek személyiségét és a szülők fogászati félelmét. A jelenség bázisa kontrollhiány vagy kontrollvesztettség és a bejósolhatatlanság. Érdekességként, az érintett pácienseknél sokszor megfigyelhető a magasságtól és a repüléstől való félelem (l.: *The Seattle System, 3. pont*), és sokszor mentális komorbiditással is számolnunk kell (Armfield, 2010; Armfield & Heaton, 2013; Cianetti et al., 2017; Skaret & Soevdsnes, 2005).

A fogászati helyzet egyedisége, hogy egy, a páciens számára általában ismeretlen egyén egy idegen környezetben, fehér köpenyben az intim szférájában, sőt a szájában dolgozik. A fekvő, alárendelt, kiszolgáltatott helyzetben a páciens nem látja, hogy mi történik, csak érzi és hallja azt. Hiába informálják, a folyamat közben sokszor csak a saját gondolataira hagyatkozhat. Ez önmagában egy rendkívül bizonytalan helyzet. Sokszor azonban ehhez még hozzátársul a zsidbadás érzése, a fájdalom, az orális diszkomfort, fáradság vagy az esetleges korábbi saját vagy külső tapasztalatok a fogászati ellátások kapcsán. Ha mindehhez még azt is hozzávesszük, hogy az ember egy társadalmilag determinált lény és sokszor az okoz kellemetlenséget, hogy milyennek látnak minket mások, akkor a szakember várható vagy vélt megítélése is sok terhet ró a páciens elméjére (Armfield & Heaton, 2013). Embert próbáló szituáció – mindkét fél számára.

A szájhygiénés szokások és a fogászati látogatások frekvenciája nagyban összefüggenek az énhatékonysággal, koherenciaérzettel és saját sebezhetőségünk észlelésével. Kiemelkedően fontos, hogy az egyén hogyan értékeli a fogászati helyzetet: vajon az kontrollálhatatlan, kiszámíthatatlan, esetleg veszélyes? Ez a kognitív veszélyeztetettségi séma alapja, ami a fogászati félelem egy fontos prediktora, előrejelzője (Carrillo-Diaz et al., 2015).

A helyzet súlyosbodása könnyen eredményezheti, hogy a páciens saját mentális és fizikális tünetei miatt

nem megy el a fogászatra, ami csökkenti a korai diagnosztika és kezelés esélyeit. Ennek következtében nemcsak a félelem és szorongás, hanem orális állapota, betegsége is progrediál, amely már invazívabb, idő-, energia- és pénzigényesebb kezeléseket indikál. Szakirodalmi evidenciák vannak arra vonatkozóan, hogy az érintett alanyok DMFT-indexe (DMF-T: egy, a World Health Organization [WHO] által felállított fogászati mérőszám, amely alkalmas egy adott populáció orális egészségének leírására), parodontális (fogágyi) állapota és szájhygiénéje jóval rosszabb képet tár elénk szemben a kontrollcsoportéval. Beszámolóikból kiderül, hogy körükben alacsonyabb az életminőség, gyakoribb a táppénz és magasabb a munkanélküliség (Apró & Németh, 2021; Armfield & Heaton, 2013; Skaret & Soevdsnes, 2005). Könnyen felismerhető a folyamat jellegzetes motívumaiból, hogy a páciens egy örögi körbe kerül a mentális jelenségek és a szájüregi állapot kölcsönhatásában (Apró & Németh, 2021; Armfield, 2010, 2013; Armfield & Heaton, 2013; Carillo-Diaz et al., 2015; Silveira et al., 2021). Sok esetben ilyenkor a negatív élmények dominálnak, értve itt a fogászati érzéstelenítés nehézségeit, komplikációit, az elhúzódó kezeléseket, a hangosabb műszerek, eszközök és a már említett invazívabb eljárások alkalmazását. A páciens ebben a kontextusban könnyen a negatív tényezőket társítja a fogászathoz, és ez csak fokozza a bázist képező félelem és szorongás mértékét, megerősítve ezzel az elkerülő attitűdöt (Armfield & Heaton, 2013). Ennek óriási szerepe lehet már a gyermekfogászati prevencióban is, ezért fontos, hogy a szülők, pedagógusok, nevelők edukációját időben, adekvátan végezzük, hiszen a gyermekkori rendszeres szűrés, a problémák mihamarabbi kiszűrése és kezelése fontos tényezőket eliminál a fogászati félelem, szorongás vagy fóbia etiológiájából, tekintve, hogy ezek nagyon sokszor gyermekkori traumá(k)ból fakadnak (Carillo-Diaz et al., 2015).

Az elkerülő, passzív attitűd, már ha a páciens egyáltalán eljut a rendelőbe, a fogászati team számára jelentős emocionális és fizikális fáradtságot hozhat, komoly stresszor. Az expozíciót tekintve felvetődik a kiegészítés veszélye, amely egyéni és társadalmi szintű felelősséget, megfontolt prevenciót, monitorozást vagy adekvát intervenciót követel a fogászati szakma tagjaitól (Armfield & Heaton, 2013).

A fogászati félelem és szorongás klasszifikációja

Számtalan klasszifikációs rendszer ismert a szakirodalomban, íródjon az bármelyik szakterületnek. Esetünkben a klasszifikáció, a prevenció és intervenció mindig multidiszciplináris tudást és készségeket igényel.

Egy fogászati szakember számára ugyanis elengedhetetlen az alapvető pszichológiai tájékozottság és egy kevés viselkedéstudományi jártasság.

A *The Seattle System* (Locker et al., 1999) négy fő típust különböztet meg a jelenséggel küzdő páciensek tipizálásában.

1. Egyének, akik félnek egy specifikus ingertől

Esetükben könnyen azonosítható a félelem konkrét objektuma, például injekció, hangok, szagok, látvány vagy egy fogászati fájdalom emlékképe.

2. Egyének, akik félnek egy orvosi, egészségügyi katasztrófától

A félelem arra irányul, hogy a páciens félti életét és tart egy lehetséges egészségügyi krízistől kezelése kapcsán, például szívinfarktus, fulladás, allergia.

3. Generalizált fogászati szorongók

Ezen páciensektől van néhány gyakran hallott mondat; ilyen például: „Az egész fogászat szörnyű!”, „A kezelés előtt már aludni sem tudtam az idegességtől!”

Számukra a szorongás tárgya általában mondhatni indifferens, a lényeg, hogy álljon valami a fókuszában, ami kezelésükkel kapcsolatos (például szakember megítélése a viselkedéséről és orális állapotokról, kezelés kimenetele, sikeressége, saját szorongásuk kezelhetősége, megküzdésük). Sokszor félnek a repüléstől, víztől és magasságtól is. Ezen pácienscsoport gyakran arról számol be a kezelés végére, hogy mind mentálisan, mind fizikálisan teljesen kimerült.

4. Egyének, akik nem bíznak a fogászati szakemberben

Nem érzik a szakember részéről sem kontrolláltan saját kezelésüket, anamnézisükben sokszor drámaian rossz fényben tüntetnek fel egy korábbi fogászati szolgáltatót. Ők gyakran szarkasztikus megjegyzésekkel, vicces áruhába öltöztetve illetik a szakember munkáját, annak anyagi vonzatát, attitűdjét. Igyekeznek ezen szilárd fellépéssel kompenzálni belső bizonytalanságukat, vészjelzéseiket.

Tünettan, klinikai manifesztáció

A páciensen indirekt és direkt jelek figyelhetők meg főként három dimenzióban; fiziológiai (emelkedett arousal vagy szervezeti éberségi állapot: fokozott szívverés, emelkedett vérnyomás, szapora légzészám), viselkedéses és kognitív (szűkülő gondolkodás és figyelem, romló memória-előhívás, negatív gondolatok) (Armfield, 2010; Paiva et al., 2025; Skaret & Soevdsnes, 2005). Az egyén aggodalmat, indulatosságot, idegességet, lehangoltságot és veszélyeztetettséget érezhet és ez kihathat a körülötte lévő világ észlelésére, percepciójára (Armfield, 2010).

I. táblázat: A kontroll biztosításának lehetséges módjai. Armfield & Heaton (2013) és az American Academy of Pediatric Dentistry (2024) nyomán (a szerző saját munkája)

Technikai megnevezése	Lényege	Alkalmazási köre
Mondd-mutasd-csináld!	Folyamat ismertetése elméleti síkon. Demonstráció az eszközzől, tevékenységről. Végrehajtás.	Mindenkinél alkalmazható ellenjavallat nélkül, főként gyermekeknek készült.
Magyarázd-kérdezd-mutasd-csináld!	Fokozottabb a kooperáció, mint a mondd-mutasd-csináld-nál. Külön teret adunk a páciens esetleges kérdéseinek megvitatására.	Főként felnőtteknél.
Szünetek beiktatása	Mivel a páciens nem mindig meri jelezni, érdemes előre betervezett szüneteket is beiktatni szorongó pácienseknél. A tervezett szüneteket ismertessük előre!	Mindenkinél.
Saját jelrendszer alkalmazása	Közös, általában kézjelzés a kommunikációra a munkafolyamat alatt, például bal kéz felemelése → STOP!; bal mutatóujj mutatása → nyálszívás!	Jelhasználat adaptálása az egyén igényeinek, állapotának megfelelően, ennek mentén mindenkinél alkalmazható.

Prevalencia, előfordulás

Armfield és Heaton (2013) szerint a fogászati kontextusban értelmezhető félelem és szorongás minden harmadik egyénből egyet érint. A fogászati fóbia előfordulása a fiatalabbaknál magasabb, míg a kor előrehaladta fordítottan arányos a fóbia előfordulásával, prevalenciájával, de előfordulása ekkor sem elhanyagolható (Skaret & Soevdsnes, 2005). A fiatalabb gyermekeknél a prevalencia extrém kiugrást mutat, amelynek egyik oka sokszor a gyermek maladaptív, éretlen megküzdésében keresendő (Cianetti et al., 2017). *Silveira* és munkatársai (2021) munkájában az előfordulás igen széles palettán mozog (42–50%), azonban a fentebb részletezett multifaktoriális etiológiát látva ez nem meglepő.

Fogászati szakemberek szerepe a megelőzésben, kezelésben

Skaret és Soevdsnes (2005) munkájukban felvázolják, hogy sokszor, főként az északi államokban, a higiénikusok az elsők, akik találkoznak ezen pacien-túrával is. Fontos, hogy a fogászati megelőzés ne csak a fogászati népbetegségek prevenciójára irányuljon, hanem törekedjünk az egyes pszichoszomatikus kór-képek, félelem, szorongás vagy fóbia kialakulásának megelőzésére is pácienseink körében. A jelenségekkel történő harc egyéni és kollektív szinten determinált munkavégzésünk és annak hatékonysága érdekében, a lehető legjobbat adva ezzel pácienseinknek. Armfield és Heaton (2013) három fő lépésben határozza meg azt, hogy hogyan is érdemes jelen problémákhoz viszonyulnunk:

1. Felismerni a páciens aggodalmait és szorongását.
2. Megismerni ezek alapjait, okait.
3. Kooperáció a pácienssel a szorongás csökkentése és a kezelés érdekében.

Fontos, hogy a folyamatot mindvégig megfelelő feed-back kövesse mind a páciens, mind a szakember részéről.

A prevenció és intervenció szempontjából elengedhetetlen a jó kommunikáció, a megfelelő informálás, az empátia és a türelem. Kiemelendő a bizalmi kapcsolat kiépítése, az aktív, bevonódó együttműködés és a kontroll biztosítása a páciens számára (Armfield & Heaton, 2013; Kong et al., 2024). Az **I. táblázat** összefoglalja, hogy a kontroll biztosítását milyen technikákkal érhetjük el pácienseinknél.

Fontos a rapport, amely a szolgáltatásban lévő felek kölcsönhatására alkalmazott fontos, főként pszichológia definíció. Jelentősége számunkra főként az anamnéziszfelvételnél lehet, ahol kimagaslóan fontos, hogy kellemes, elfogadó, mégis objektív kontextust biztosítsunk az együttműködésre (Armfield & Heaton, 2013).

A félelem és szorongás detektálásához és méréséhez számos validált kérdőív vagy skála áll rendelkezésünkre, ezekből néhány: *Dental Anxiety Scale* (rövidítve: *DAS*) vagy annak módosított változata (*M-DAS*), *Dental Fear Scale* (*DFS*), *Dental Anxiety Inventory* (*DAI*) vagy annak rövidített változata (*DAI-S*), *Index of Dental Anxiety and Fear* (*IDAF-4C*). Gyermekek félelmének mérésére a *Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale* (*CFSS-DS*), a *Modified Child Dental Anxiety Scale* (*MCDAS*) és a *Facial Image Scale* (*FIS*) jó választás lehet (Armfield,

II. táblázat: Alkalmazható prevenció és intervenció technikák. Armfield & Heaton (2013) és az American Academy of Pediatric Dentistry (2024) nyomán (a szerző saját munkája)

Technika neve	Lényege
Figyelemelterelés	A páciens figyelme nem a stresszorra irányul, hanem egy teljesen más történetre, modellálásra vagy feladatra. Például VR szemüvegek, videóvetítés televízión keresztül, kéz-láb emelés, matematikai számolások. Lehetséges eredmények: csökkenő pulzus, vérnyomás, légzésszám és fájdalomérzékelés.
Pozitív megerősítés	Megerősíteni kívánt viselkedés jutalmazására.
Rekesz- vagy relaxációs légzés	Egyszerre lehetetlen hasból lélegezni és ott tenziót, feszülést is érezni. Milgrom et al. (2009): lassú, mély lélegzeteket kell venni, amelyek mindegyikét bent kell tartani 5 másodpercig; lassú kilégzés. Mindezek ismétlése 2-4 percen keresztül. Ackley (2003): a páciens lélegezzen annyira gyengén, hogy ha képzeletben egy toll van az orra alatt, az sem be-, sem kilégzésnél nem mozdulhat meg.
Progresszív izomrelaxáció	Relaxáció kialakulása az izomban egy feszítést követő elernyesztési fázissal. Javasolt: Adott izom 75%-os megfeszítése 5-10 másodpercig, majd 10 másodperces relaxáció. A technika alatt fokozott figyelemmel kell monitorozni az izom feszült, majd relaxált állapotát, annak érzését. Lehetséges eredmények: csökkenő pulzus, vérnyomás, légzésszám.
Vezetett imagináció	Képzeletbeli látogatás egy, a páciens számára kedves, biztonságot nyújtó, kellemes helyre, emlékebe.
Kognitív átstrukturálás	Lényege, hogy a páciens figyelmét nem el-, hanem rátereljük a fogászati tényezőre, azonban egy pozitív perspektívából. Fontos, hogy a negatív, katasztrófizáló gondolatokat azonosítsuk és jóval realiztikusabb, jelenre vonatkozó gondolatokkal, érzésekkel helyettesítsük azokat. Vezetéséhez tréning és szupervízió szükséges.
Szisztematikus deszenzitizáció	A páciens csak fokozatosan tesszük ki az ingernek. Minden kitétséget valamilyen relaxációs technika követ, és ezt fogja párosítani az ingerhez. Főként az injekcióktól való félelem leküzdésére hozták be a fogászatba.
Hipnózis	Módosult tudatállapotot idézünk elő, amelyben befolyásoljuk az egyén gondolatait, érzékelését, érzéseit és viselkedéseit. Ha nem jól alkalmazzuk, pont az ellenkezőjét érjük el vele! Alkalmazásához képzés, tapasztalat kell.
Hangkontroll	Lényege, hogy a figyelmet az ingerrel a saját hangunkra vonjuk vagy azzal, hogy mélyen, határozottan instruáljuk a páciens, vagy azzal, hogy suttogva beszélünk hozzá.

2010; Armfield & Heaton, 2013). A páciens szorongásának vizsgálatához, rizikóelemzéshez alkalmazhatunk olyan kérdőíveket, leltárakat is, amelyek az adott egyén személyiségéből fakadó szorongást is képesek felmérni (például *STAI-T*) (Paiva et al., 2025). A kérdőívek alkalmazása azonban a klinikai környezetben idő-, tudás- és tapasztalat-, valamint energiaigényes, a páciensek pedig nem feltétlenül szeretik, ha kérdőívekkel, formálisan analizáljuk őket, így főként saját megfigyeléseinkre és a páciensek önbeszámolóira kell hagyatkoznunk (Armfield & Heaton, 2013; Silveira et al., 2021). Továbbá a szakirodalom felveti a fiziológiás válaszelemzést is, amely alapulhat például a nyálban regisztrálható kortizol szintjének mérésére (Cianetti et al., 2017).

Armfield és Heaton (2013) szerint az esetek ke-

zelése függ a szorongás és félelem mértékétől és az indokolt fogászati kezelés súlyosságától és akut jellegétől. A legadaptívabb szakemberi megküzdés, ha a páciens félelmét nem a fogászati székben, hanem az intézmény egy kellemesebb, azonban mégis kellően diszkrét helyiségében oldjuk, elimináljuk. Nonfarmakológiai megoldás lehet a figyelemelterelés, aromaterápia (narancs és levendula), a relaxáció vagy valamilyen kognitív-viselkedéses intervenció (**II. táblázat**). Fokozottan féltő, szorongó pácienseinknél érdemes az időpont-egyeztetés kapcsán a délelőtti, reggeli időpontokat választani és amennyiben ez elősegítheti az alkalmat, kérhető a páciens számára egy biztonságos kísérő, hozzátartozó jelenléte. Fontos, hogy kétirányú kommunikációt alkalmazzunk, tiszteljük a páciens aggodal-

III. táblázat: Az explicit informálás tényezői. Armfield & Heaton (2013) nyomán (a szerző saját munkája)

Informálás típusa	Átadott információ jellege
Szenzoros	főként észlelési és érzékelési komponensek Mit fog érezni, érzékelni?
Procedurális	események, fázisok és főbb jellemzők a folyamatban, információk annak lefolyására, felépítésére vonatkozóan Mi fog történni? Mi vár rá?

mait és igényeit, monitorozzuk saját és páciensünk nonverbalitását. *Armfield és Heaton* (2013) felveti, hogy a megfelelő hangtónus és hangnem, annak tudatos alkalmazása egy úgynevezett *iatroszedatív eljárást* követhet ki, amelynek bázisa a megértés, bizalom és a biztonság köteleke. Az explicit, egyértelmű informálás is kulcsfontosságú, ahol az információ átadásának formáit a **III. táblázat** mutatja be. Súlyosabb esetekben azonban a páciens fizikális, eszközös stabilizálása, medikáció, szedáció vagy akár a generális anesztézia is szóba jöhet. Ez a megoldás azonban csak a fogászati, akut tényező kezelésében lehet adaptív, nem választandó elsőként (*Armfield & Heaton*, 2013)!

A prevencióban nem elégséges csak a fájdalom megelőzése (például érzéstelenítő zselé, spray alkalmazása vagy injekció), menedzselése, sokszor ugyanis, a lokális anesztézia pont egy komoly félelmet kiváltó tényező lehet. Fontos, hogy a megelőzés részeként, gyanú esetén végezzünk rizikóelemzést (mentális zavaroknak való kitettség!) az anamnéziszfelvételt követően (*Armfield*, 2010; *Armfield & Heaton*, 2013).

Az intervencióban fontos, hogy visszahozzuk egyéneinket a mérhető jelenbe, oszlássuk el a katasztrófizált lehetséges jövő gondolatát. Ebben apró lépésekkel kell haladnunk a szolgáltatási cél felé, aktívan bevonva a páciens saját kezelésébe, an-

nak megtervezésébe. Ellenjavallott megoldás a gyakran páciensektől hallott: „*Minél kevesebb alkalommal, minél gyorsabban essünk túl rajta!*” Ez ugyanis a páciens határainak drasztikus feszegetésével és komplex kimerülésével járhat (*Armfield*, 2010; *Armfield & Heaton*, 2013).

Szarkasztikus, bizalmatlan páciens számára is a legjobb, ha visszaadjuk számára a kontrollt. Ezt elérhetjük informálással és engedélykéréssel az egyes kezelési vagy vizsgálati fázisok lefolytatásához. A kezelést végezhetjük akár úgy megítélésünk szerint, hogy a páciens egy kézi tükör háttérben tartásával figyelemmel követi, hogy mi történik a szájában (*Armfield & Heaton*, 2013).

Összegzés, szakmai javaslatok

A fentiekben számos megközelítésről szó esett, amely adaptív megküzdést tud kínálni egy szakember számára szorongó, féltő páciens esetében. Elhanyagolhatatlan azonban, hogy miképpen két páciens szája sem egyforma, úgy ezen metódusok sem standardizálhatók minden páciensre. Fontos, hogy működésünket tekintve széles palettával rendelkezünk, legyünk flexibilisek, proaktívok és ahogy fogászati szolgáltatásainkat is, úgy a jelen témára vonatkozó attitűdünket is mindig szabjuk az adott páciensre, individualizáljunk!

A prevenciót nem lehet elég időben elkezdni, fontos, hogy edukáljuk a szülőket arról, hogy a fogászati szocializáció a gyermek szempontjából hatványozottan fontos, ne csak akkor vigyék a gyermeket fogászatra, amikor fájdalom, nagyobb probléma van jelen, hiszen a gyermek ezt fogja társítani a fogászati környezethez.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekeltségek: A szerzőnek nincs érdekeltége.

Irodalomjegyzék

- Ackley, D. C. (2003). Dental fear. Aren't you tired of it? *Dentistry Today*, 22(1), 96–102.
- American Academy of Pediatric Dentistry (2024). Behavior guidance for the pediatric dental patient. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 358–378. https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_behavguide.pdf
- Apró, Z., & Németh, A. (2021). Gyermek temperamentumának és szülei fogászati félelmének hatása a saját fogászati félelmük kialakulására és mértékére. *Nővér*, 34(4), 10–17.
- Armfield, J. M. (2010). How do we measure dental fear and what are we measuring anyway? *Oral Health & Preventive Dentistry*, 8(2), 107–115.
- Armfield, J. M. (2013). What goes around comes around: revisiting the hypothesized vicious cycle of dental fear and avoidance. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 41(3), 279–287. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12005>
- Armfield, J. M., & Heaton, L. J. (2013). Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Australian Dental Journal*, 58(4), 390–407. <https://doi.org/10.1111/adj.12118>

- Carrillo-Diaz, M., Crego, A., Armfield, J. M., & Romero, M. (2015). Dental fear-related cognitive vulnerability perceptions, dental prevention beliefs, dental visiting, and caries: a cross-sectional study in Madrid (Spain). *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 43(4), 375–384. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12166>
- Cianetti, S., Lombardo, G., Lupatelli, E., Pagano, S., Abraha, I., Montedori, A., ... & Salvato, R. (2017). Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 18(2), 121–130. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2017.18.02.07>
- Ekman, P., Dalglish, T., & Power, M. (1999). Basic emotions. *San Francisco, USA*. <https://www.paulekman.com/wp-content/uploads/2013/07/Basic-Emotions.pdf>
- Kong, X., Song, N., Chen, L., & Li, Y. (2024). Non-pharmacological interventions for reducing dental anxiety in pediatric dentistry: a network meta-analysis. *BMC Oral Health*, 24(1), 1151. <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04919-x>
- Locker, D., Liddell, A., Shapiro, D. (1999). Diagnostic categories of dental anxiety: a population-based study. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 25–37. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00105-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00105-3)
- Milgrom, P., Weinstein, P., Heaton, L.J. (2009). *Treating fearful dental patients: a patient management handbook*. 3rd edn. Seattle, W A: Dental Behavioral Resources
- Paiva, A. C. F., Gallagher, J. E., Paiva, S. M., & Bendo, C. B. (2025). Dental fear and dental anxiety: bibliometric analysis of the 100 most frequently cited papers. *Acta Odontológica Latinoamericana*, 38(1), 246–255. <https://doi.org/10.54589/aol.38/1/59>
- Schwarz, N., & Clore, G. L. (1983). Mood, misattribution, and judgments of well-being: informative and directive functions of affective states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(3), 513–523. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.45.3.513>
- Silveira, E. R., Cademartori, M. G., Schuch, H. S., Armfield, J. A., & Demarco, F. F. (2021). Estimated prevalence of dental fear in adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*, 108, 103632. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2021.103632>
- Skaret, E., & Soevdsnes, E. K. (2005). Behavioural science in dentistry. The role of the dental hygienist in prevention and treatment of the fearful dental patient. *International Journal of Dental Hygiene*, 3(1), 2–6. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2004.00109.x>



Az ápolók felhatalmazása a jövő egészségügyének kulcsa

Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa (International Council of Nurses, ICN) Florence Nightingale születésének évfordulója tiszteletére 1974-ben választotta május 12-ét az Ápolók Nemzetközi Világnapjának.

A Tanács bejelentette a 2026-os Ápolók Nemzetközi Napjának kiemelt témáját, amely „A mi ápolóink. A mi jövőnk. A felhatalmazott ápolók életüket mentenek” mottó köré épül. A választott irányvonal nem csupán egy ünnepi szlogen, hanem sürgető felhívás a döntéshozók felé: az ápolói munkaerőben rejlő életmentő potenciál csak akkor teljesezhet ki, ha az egészségügyi szakdolgozók valódi döntési jogkört, méltányos munkakörülményeket és vezetői szerepet kapnak.

A bejelentés rávilágít arra a kritikus helyzetre, amelyben a globális egészségügy jelenleg szembesül. A súlyos munkaerőhiány, a növekvő lakossági igények, valamint a klímaváltozás és a fegyveres konfliktusok okozta krízisek közepette az ápolók jelentik a rendszerek stabilitásának alapkövét. Ennek ellenére munkájuk elismerése és támogatása világszerte elmarad a kívánt szinttől. José Luis Cobos Serrano, az ICN elnöke hangsúlyozta, hogy hivatali idejének kulcsszava a „felhatalmazás” (empowerment). Ez a gyakorlatban a szakmai fejlődést gátló akadályok lebontását, a hangjuk felerősítését, valamint a tudásukhoz méltó erőforrások és döntési szabadság biztosítását jelenti.

A 2026-os kampány szerves folytatása az elmúlt évek stratégiájának, amely korábban az ápolás gazdasági erejére (2024) és az ápolói munkaerőbe való befektetés megtérülésére (2025) fókuszált. Az idei év újdonsága a hangsúly eltolódása az ápolók kezében lévő közvetlen erő felé, amellyel biztonságosabbá és hozzáférhetőbbé tehetik az ellátást mindenki számára.

Az ICN a nap alkalmából egy átfogó, bizonyítékokon alapuló jelentést is közread majd. Ez a dokumentum konkrét javaslatokat fogalmaz meg a kormányoknak a munkaerő toborzása és megtartása érdekében, kiemelve a méltányos bérezés, a folyamatos továbbképzés és a vezetői lehetőségek fontosságát. A jelentés célja, hogy az ápolók ne csupán végrehajtói, hanem aktív formálói legyenek az egészségügyi eredmények javítása és a bizalom alapuló, személyközpontú alapellátás biztosítása során.

(Forrás: <https://www.icn.ch/news/icns-call-international-nurses-day-2026-empower-nurses-save-lives>)