



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Το Βίωμα του Πόνου της Οδοντιατρικής Τεχνικής
και η διασύνδεσή του με το Φόβο του Πόνου στα
πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής
Φροντίδας»**

Χριστίνα Ψήμμα
Οδοντίατρος

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μαίρη Γκούβα, Αν. Καθ. Ψυχολογίας -ΤΕΙ Ηπείρου
Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Καθ. Νοσηλευτικής -ΤΕΙ Θεσσαλίας
Έλενα Δραγκιώτη, Ψυχολόγος MSc, Νοσοκομείο «Σωτηρία»

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Μέλος τριμελούς Επιτροπής
Μέλος τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2014



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



**“The Experience of Pain in the field of Dentistry
and its association with the Fear of Pain within the
frame of Primary Dental Care”**

Copyright © Χριστίνα Ψήμμα, 2014

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τμήματος Ιατρικής (Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας). Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους της Ιατρικής Σχολής.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Ευχαριστίες

Επιθυμώ να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην καθηγήτρια κ. Μαίρη Γκούβα, καταρχάς για την καινοτόμο σκέψη της και το επιστημονικό έργο που προσέφερε. Για την εμπιστοσύνη, κατά δεύτερο λόγο, που μου έδειξε, καθώς και για τις ανεκτίμητες παρατηρήσεις και την καθοδήγησή της. Το στέρεο ακαδημαϊκό της υπόβαθρο και η αναλυτική της προσέγγιση μου προσέφεραν θεμελιώδη στήριξη για την επιτυχή εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και το σύντροφο της ζωής μου Γιώργο, για την υπομονή και την υποστήριξή τους. Χωρίς τη δική τους ενθάρρυνση και αφοσίωση δε θα ήμουν σε θέση να ολοκληρώσω αυτή την εργασία.

Αυτή η εργασία αφιερώνεται στην αδερφή μου Ζωή

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη	8
Summary in English	9
Εισαγωγή	10
Φόβος και Ανθρώπινη Συμπεριφορά	12
Ο Ρόλος του Φόβου στην Υγεία και στην Οδοντιατρική	15
Ο Φόβος του Πόνου στην Οδοντιατρική	19
Αιτιολογικοί παράγοντες	28
ΜΕΡΟΣ ΙΙ	39
1. Σκοπός	40
Ερευνητικές υποθέσεις	40
2. Υλικό και Μέθοδος	40
Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία	41
Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου	41
Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων	42
Στατιστική επεξεργασία	42
3. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης	44
3.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων	44
4. Περιγραφή των ερωτώμενων	44
4.1. Κοινωνικο-Δημογραφικά χαρακτηριστικά των Οδοντιατρικών Ασθενών	45
4.2. Στάσεις – Συμπεριφορές και Χαρακτηριστικά ως προς τα Οδοντιατρικά Προβλήματα των Ερωτώμενων	48
5. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων	52
5.1. Κλίμακες που μελετήθηκαν	52

5.2 Διαφοροποιήσεις μεταξύ οδοντιατρικών ασθενών ανδρών και γυναικών ως προς το Φόβο του Πόνου	52
5.3 Διαφοροποιήσεις μεταξύ κληρονομικότητας οδοντιατρικού προβλήματος και Φόβου του Πόνου	53
5.4 Διαφοροποιήσεις μεταξύ συνύπαρξης του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος με τον πατέρα και του Φόβου του Πόνου	55
5.5 Διαφοροποιήσεις μεταξύ συνύπαρξης του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος με τη μητέρα και του Φόβου του Πόνου	56
5.5 Διαφοροποιήσεις μεταξύ συνύπαρξης του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος με τον/την αδελφό/ή και του Φόβου του Πόνου	57
6. Συζήτηση	58
Οριοθετήσεις	60
Το προφίλ των οδοντιατρικών ασθενών του δείγματος	60
Στάσεις – Συμπεριφορές και Χαρακτηριστικά ως προς τα Οδοντιατρικά	
7. Συμπεράσματα - Προτάσεις	63
Βιβλιογραφία	65

Έχει τεκμηριωθεί επαρκώς στη διεθνή βιβλιογραφία ότι ο οδοντιατρικός φόβος αποτελεί πρόβλημα με παγκόσμιες διαστάσεις και το βασικότερο εμπόδιο στην αναζήτηση από τους ασθενείς υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης.

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διασύνδεση της σχέσης του συναισθήματος του φόβου του πόνου με την οδοντιατρική εμπειρία. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων και ειδικότερα του φόβου πόνου στα άτομα που φοβήθηκαν κατά το βίωμα της οδοντιατρικής πράξης και σε αυτά που δεν φοβηθήκαν.

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας από τον Φεβρουάριο του 2013 έως τον Ιούνιο του 2014.

Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: α) το Ερωτηματολόγιο του Φόβου του Πόνου (Fear of Pain – FPQ-III) και ακόμη ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων και ερωτήσεων στάσης και αυτοαναφερόμενων στοιχείων του οδοντιατρικού φόβου.

Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση εφαρμόσθηκε για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, από την οποία προέκυψε, ότι ο φόβος του οδοντιατρικού πόνου συσχετίζεται με τον οδοντιατρικό πόνο καθώς και οι συσχετίσεις μεταξύ οικογενειακού οδοντιατρικού ιστορικού και φόβο του ιατρικού πόνου.

Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε, ότι τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, παρά τους εύλογους περιορισμούς της, οδηγούν σε επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων αναφορικά με το φόβο του οδοντιατρικού πόνου καθώς και τις ανάγκες που δημιουργούνται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο και πρέπει να απαντηθούν.

It has been well documented in numerous studies that dental fear is a world-wide problem and the main barrier to oral health care services.

The overall objective of this study was the association of the emotion of fear of pain with dental experience. More specifically, the purpose of this study was to investigate certain psychological aspects, and especially the fear of people experiencing dental anxiety and the fear in those who were not dentally anxious.

This research was conducted as a part of the Graduate Program " Primary Health Care ", in the School of Medicine University of Thessaly from February 2013 until June 2014. The research tools used were: the Questionnaire Fear of Pain (Fear of Pain - FPQ-III) and another questionnaire regarding sociodemographic factors, questions of attitude and self-reported data of dental fear.

Univariate and multivariate analysis was applied for the statistical analysis of data, which showed that the fear of dental pain is associated with dental pain and revealed the correlations between family dental history and the fear of medical pain. We could argue that the results of this study, despite their reasonable limits, lead to reappraisal of perceptions concerning the fear of dental pain, as well as dental needs met at primary level.

Πολλές είναι οι μελέτες τα τελευταία χρόνια, οι οποίες με τα σημαντικά αποτελέσματά τους οδηγούν στο συμπέρασμα ότι τα πρωτογενή και δευτερογενή συναισθήματα με την αρνητική και θετική λειτουργία τους μπορούν να προκληθούν και να διαμοιραστούν στα μέλη μιας κοινωνίας (Jarymowicz & Bar-Tal, 2006). Επιπλέον έχει αναδειχθεί ότι τα ίδια φυσιολογικά σημάδια μπορούν να συνδεθούν με περισσότερα από ένα συναισθήματα και ότι ο ρόλος του πλαισίου μπορεί να επηρεάσει την πραγματικά βιωμένη συνείδηση (Levine, 2007). Τα εμπειρικά στοιχεία σχετικά με τη σχέση των συναισθημάτων του φόβου συχνά αναμιγνύονται (Cooper, et al., 2007).

Ο φόβος και ο θυμός, πολλές φορές, αποτελούν τις δύο όψεις του ίδιου νομίσματος και όταν ένα άτομο παρενοχλείται, είτε αποκρίνεται με το θυμό και την επίθεση είτε με το φόβο και τη φυγή (Stemmler, et al., 2007 - Lazarus, 1991). Άλλωστε και το κύκλωμα του φόβου και το κύκλωμα του θυμού βρίσκονται στο ίδιο σημείο στον εγκέφαλο, και συγκεκριμένα εδράζουν στην αμυγδαλή (amygdala). Οι έρευνες έχουν δείξει ότι ζημία στην αμυγδαλή σχετίζεται με ελλείμματα στην αντίληψη των εκφράσεων του προσώπου στο φόβο. Τελευταία γίνονται έρευνες για τα ελλείμματα στην αντίληψη και άλλων συγκινήσεων ταυτόχρονα, όπως ο θυμός, αν και τα ελλείμματα στην αντίληψη των μικτών συναισθηματικών καταστάσεων δεν έχουν, ακόμα, καθιερωθεί οριστικά (Grahama, et al., 2007).

Το συναίσθημα του φόβου οδηγεί σε διάφορα αποτελέσματα και συνδέεται με μια μεγάλη ποικιλία άλλων συναισθημάτων, όπως μια παρατεταμένη εμπειρία φόβου ευαισθητοποιεί τον οργανισμό και το γνωστικό μας σύστημα με τέτοιο τρόπο που η έκφραση του αλληλεπιδρά στην παλέτα των άλλων συναισθημάτων και συμβάλλει στην ανάδυση του θυμού, της οργής, της ενοχής, της περιέργειας, αλλά και της ελπίδας. Η διασύνδεση του φόβου με το θυμό είναι πλέον ξεκάθαρη. Και οι δύο αυτές συναισθηματικές απαντήσεις αποσκοπούν στην ίδια κατεύθυνση, οδηγούν στην αποφυγή μιας αποτυχίας ή στην πρόκληση ζημίας (Stemmler, et al., 2007). Σε αιφνίδια ή έντονη εγρήγορση τόσο η αντίδραση του φόβου, όσο και η αντίδραση του θυμού μπορούν να ενεργοποιηθούν ταυτόχρονα (Le Doux, et al., 1990). Συνδεδεμένος με την επιθετικότητα, ο θυμός παρακινεί μια κατηγορηματική απάντηση όταν απειλούνται σημαντικοί στόχοι (Kuppens, et al., 2003). Αν και έχουν την ίδια αρνητική βάση, η κινητήρια κατεύθυνση είναι τελείως διαφορετική. Ο θυμός και η οργή στοχεύουν στην προσέγγιση του στόχου με σκοπό την άρση του εμποδίου

μέσω της επίθεσης, ενώ ο φόβος αποσκοπεί περισσότερο στη διαφυγή της απειλής (Stemmler, et al., 2007). Ακόμη, ο φόβος συνδέεται άμεσα με το συναίσθημα της αποστροφής. Η αποστροφή μπορεί να λειτουργήσει ομοίως με το φόβο, επειδή η διαφυγή ή η αποφυγή του ερεθίσματος ολοκληρώνει το αρνητικό συναίσθημα του φόβου (Woody, et al., 2005). Η αποστροφή συνδεδεμένη με την λειτουργία της αντίσπασης, παρακινεί την αποφυγή της μόλυνσης (Olatunji & Sawchuk, 2005), είτε τη φυσική (π.χ., λαμβάνοντας τα επιβλαβή τρόφιμα), είτε τη συμβολική (π.χ., ένα πρόσωπο, μια ιδέα, ή ένα αντικείμενο) (Rozin, et al., 1999). Αν και η αποστροφή φαίνεται να αφορά περισσότερο τις αυτό-αναφορές γύρω από τα φοβικά αντικείμενα, οι Thorpe και Salkovskis υποστηρίζουν ότι η σχέση αυτή είναι περισσότερο συσχετιστική, παρά λειτουργική (Thorpe & Salkovskis, 1998).

Αρκετές μελέτες αντιπαραβάλλουν το συναίσθημα του φόβου με αυτό της περιέργειας, επειδή θεωρούν και τα δύο ως αντιπασσόμενες και αντιμαχόμενες κινητήριες δυνάμεις. Σχετικά νωρίς στην ιστορία της ψυχολογίας, ο William James, τόνισε ότι η περιέργεια υπαγορεύει στους ανθρώπους να εξερευνήσουν το περιβάλλον τους, ενώ ο φόβος οδηγεί στην αποφυγή των κινδύνων που συνδέονται με αυτή την εξερεύνηση (James W., 1890/1981). Οι Maner & Gerend (2007), υποστηρίζουν ότι ο φόβος και η περιέργεια συνδέονται με διαδικασίες λήψης αποφάσεων που θα μπορούσαν να διευκολύνουν την αποφυγή του κινδύνου και την επιδίωξη του κινδύνου, αντίστοιχα. Επιπλέον, η εκλεκτική υπόθεση κρίσης προβλέπει ότι ενώ η περιέργεια μπορεί να συνδεθεί εντονότερα με τις κρίσεις των θετικών εκβάσεων από τις κρίσεις των αρνητικών, ο φόβος μπορεί να συνδεθεί εντονότερα με τις κρίσεις των αρνητικών εκβάσεων από τις κρίσεις των θετικών (Maner & Gerend, 2007).

Στο συμπεριφοριστικό επίπεδο, ο φόβος οδηγεί στην εύκολη και γρήγορη ανάκληση των αμυντικών ή/ και επιθετικών συμπεριφορών, που έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενο χρόνο, ενώ η ελπίδα απαιτεί την εξεύρεση και ανακάλυψη νέων συμπεριφορών για να επιτύχει τον επιθυμητό, θετικά πολύτιμο στόχο και προσπαθεί να τον πραγματοποιήσει. Κι αυτό είναι κάτι που δεν γίνεται εύκολα κάτω από συνθήκες πίεσης (Jarymowicz & Bar-Tal, 2006).

Φόβος και Ανθρώπινη Συμπεριφορά

Ο φόβος δεν είναι κάτι το φοβερό που φωλιάζει στις ψυχές των ανθρώπων, το οποίο μπορούμε να το διαχειριστούμε περισσότερο ή λιγότερο επιτυχώς. Ο φόβος (Lang, 1970) αποτελείται από τρία συστατικά:

1. από μια φυσιολογική διέγερση,
2. από μια υποκειμενική ικανότητα άμεσης αντιδράσεως, και
3. από μια συμπεριφορά αποφυγής.

Ο Rachman (2004) υποστήριξε ότι αυτά τα συστατικά συνδέονται μεταξύ τους αόριστα και ότι δύναται να λειτουργήσουν το ένα ανεξάρτητα από το άλλο. Επίσης, πρόσφατα υποστηρίχθηκε ότι ο φόβος δεν είναι μόνο μια αντίδραση στον κίνδυνο, αλλά ότι συνοδεύεται και από γνωστικές αντιλήψεις για τον έλεγχο, την προβλεψιμότητα, και την αποστροφή οι οποίες αποτελούν κρίσιμους καθοριστικούς παράγοντες της απάντησης φόβου ενός ατόμου (Armfield, 2007). Με άλλα λόγια, στην περίπτωση του φόβου φαίνεται να υπάρχει ένα καλά καθιερωμένο φυσιολογικό σχέδιο της απάντησης. Το ερώτημα όμως παραμένει και είναι το πώς αντιδρούν οι άνθρωποι απέναντι στο συναίσθημα του φόβου και στα ερεθίσματα που τον προκαλούν (Tudor, 2003). Οι ασθενείς με διαταραχή πανικού και κοινωνική φοβία επιδεικνύουν μια συμπεριφορά υψίστου θάρρους κάθε φορά που πραγματοποιούν μια από τις ασκήσεις τους δοκιμάζοντας τον ακραίο αυτό φόβο τους (Rachman, 2004). Αρκετοί ερευνητές και θεωρητικοί έχουν προσπαθήσει να σκιαγραφήσουν τη σχετιζόμενη με το φόβο συμπεριφορά. Σε περιπτώσεις, μάλιστα, φοβικής ιδιοσυγκρασίας, πολλαπλοί συμπεριφοριστικοί δείκτες έχουν μελετηθεί: κινητήριες πτυχές (π.χ., απόσυρση, αποφυγή, και παρεμπόδιση), διάφορες επικοινωνιακές συμπεριφορές (π.χ., οι εκφράσεις του προσώπου), αντιδραστικές απαντήσεις (π.χ., πάγωμα και ξάφνιασμα), και κοινωνικές εκδηλώσεις (π.χ. η συστολή) (Buss, et al., 2004). Ωστόσο, η πιο συνηθισμένη απέναντι στο φόβο συμπεριφορά είναι η αποκαλούμενη συμπεριφορά αποφυγής (avoidance behavior). Οι Foa & Kozak υποστηρίζουν ότι αν «δούμε» το φόβο ως ένα πρόγραμμα αποφυγής του κινδύνου, σύμφωνα με τις απόψεις του Lang, τότε η συνακόλουθη αναμενόμενη συμπεριφορά συνδέεται με προφανείς πράξεις όπως η αποφυγή ή η διαφυγή (Foa & Kozak, 1986). Η συμπεριφορά αποφυγής αναφέρεται σε ένα σχέδιο της συμπεριφοράς, όπου μέσω

καθυστερήσεων ή αναβολών τα άτομα αποφεύγουν μια ανεπιθύμητη κατάσταση ή μια εμπειρία (Wall, 1978). Ο φόβος, δηλαδή, κινητοποιεί την επιθυμία της διατήρησης της ασφάλειας μέσω της διαφυγής ή της αποφυγής, οι οποίες μειώνουν στη συνέχεια το φόβο, ενισχύοντας όμως σε δεύτερο χρόνο την διαδικασία της αποφυγής (Woody, et al., 2005).

Ειδικότερα, η συμπεριφορά αποφυγής έχει αναγνωριστεί από καιρό ως αυθόρμητη και προσαρμοστική απάντηση στον οξύ τραυματισμό και στον πόνο (Wall, 1978). Στην πραγματικότητα, η συμπεριφορά αποφυγής αποτελεί μια δυναμική αμυντική συμπεριφορά με σκοπό την επιβίωση (Βαϊδάκης, 2008), και χαρακτηρίζεται από αυτό που είναι γνωστό ως «αμυντική απόσταση» (Corr & Perkins, 2006). Όπως τόνισαν και οι McNaughton και Corr, για ένα ιδιαίτερο άτομο σε μια ιδιαίτερη κατάσταση, η αμυντική απόσταση εξισώνεται με την πραγματική απόσταση αλλά, σε μια πιο επικίνδυνη κατάσταση, η αντιληπτή αμυντική απόσταση μικραίνει (McNaughton & Corr, 2004). Με άλλα λόγια, μια αμυντική συμπεριφορά (π.χ., ενεργός αποφυγή) θα αποσπαστεί σε μια μεγαλύτερη (αντικειμενική) απόσταση με ένα ιδιαίτερα επικίνδυνο ερέθισμα (που αντιστοιχεί στη σύντομη αντιληπτή απόσταση), σε σύγκριση με την ίδια συμπεριφορά με ένα λιγότερο επικίνδυνο ερέθισμα (Corr & Perkins, 2006).

Ο Rachman (2004), προτείνει ότι αν εκλάβουμε το φόβο ως μια κατασκευή ελλιπώς συνδεδεμένων συστημάτων αντίδρασης, μπορεί τελικά, να μας οδηγήσει σε μια νέα ιδέα σε σχέση με τις προκαλούμενες συμπεριφορές, που μπορεί να είναι η επίδειξη θάρρους (Courage) ή και η αφοβία (fearless). Η έννοια του θάρρους μπορεί να πάρει διαφορετικές μορφές με την έννοια ότι οι τύποι θάρρους μπορούν να διαφοροποιηθούν ευρέως από την άποψη του είδους του φόβου που πρέπει να αντιμετωπιστεί και ο στόχος που πρέπει να επιτευχθεί (Putman, 1997). Με άλλα λόγια, ένα πρόσωπο μπορεί να είναι πρόθυμο να πλησιάσει ένα φοβογόνο αντικείμενο ή μια κατάσταση παρά το αίσθημα ενός υψηλού βαθμού υποκειμενικού φόβου και δυσάρεστων σωματικών αισθήσεων (Rachman, 2004). Αυτό ο Rachman το χαρακτηρίζει ως «εμμονή μιας συμπεριφοράς προσέγγισης» και συνώνυμο του θάρρους. Υποστηρίζει επίσης, ότι υπάρχει μια ποικιλία παραγόντων που μπορεί να καθορίζουν αυτή τη θαρραλέα συμπεριφορά, όπως η αυτοπεποίθηση ή και η κατοχή ενός υψηλού επιπέδου κινήτρου εξαρτώμενο από την αποκαλούμενη "περιστασιακή απαίτηση" (π.χ. πόλεμος) (Rachman, 2004). Ο Hollander επίσης, θεωρεί ότι μια άλλη κατάλληλη λέξη που χαρακτηρίζει τη συμπεριφορά στο φόβο, που προέρχεται από ένα είδος «έλλειψης» αυτού του αρχέγονου μηχανισμού, δεν είναι άλλη από τη λέξη «αφοβία». Η αφοβία και η τόλμη είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα των ηρωικών φιγούρων (Hollander, 2004), ενώ ο φόβος και ο πανικός ανευρίσκεται κυρίως στις γυναίκες, στα παιδιά και τους

γέροντες. Απότοκος του φόβου η δειλία θεωρείται γνώρισμα του αδύναμου ψυχικά ανθρώπου (Πολυμέρου- Καμηλάκη & Καραμανές, 2006).

Ο Ρόλος του Φόβου στην Υγεία και στην Οδοντιατρική

Ο φόβος, όπως ήδη έχουμε αναφέρει στο προηγούμενο κεφάλαιο, αποτελεί ένα από τα πιο βασικά ανθρώπινα συναισθήματα, που η λειτουργία του συνίσταται, κατά κύριο λόγο, στην προφύλαξη/ επιβίωση του οργανισμού από τα απειλητικά ερεθίσματα (Jones, 2005, Armfield, 2006, Hamm, 2005). Εκτός από αυτή τη λειτουργική διάσταση του φόβου, φόβος φαίνεται να διαμεσολαβεί σε πλείστες άλλες καταστάσεις και πέρα της προστασίας. Οι φόβοι μπορεί να είναι πολύ προσωπικοί -όπως φόβος της αρρώστιας, φόβος της ανεργίας, φόβος του καρκίνου, φόβος της ανικανότητας, φόβος της μοναξιάς, φόβος του θανάτου, καθώς και κοινωνικοί όπως φόβος της παγκόσμιας αύξησης της θερμοκρασίας λόγω του φαινομένου του θερμοκηπίου, της καταστροφής του περιβάλλοντος, της τρομοκρατίας, ή του πολέμου (Kelsall, 2007).

Στο πλαίσιο της υγείας, ο φόβος και το άγχος, φαίνεται, να διαμεσολαβούν σε όλα τα επίπεδα. Ο φόβος κάνει τους ανθρώπους να αντιλαμβάνονται τον κόσμο ως απειλητικό και να βρίσκονται συνεχώς σε μια κατάσταση επαγρύπνησης για τις αρνητικές εκβάσεις της υγείας. Αυτού του είδους, οι φοβο-εξαρτώμενες αξιολογήσεις των υπηρεσιών υγείας, παράγουν και τα ανάλογα αποτελέσματα στην αντίληψη, την κρίση και στη λήψη απόφασης πάνω στα θέματα υγείας (Campos, et al., 2004). Πολλοί προσωπικοί και κοινωνικοί φόβοι έχουν τις ρίζες τους σε ένα διάχυτο συναίσθημα ανησυχίας σε σχέση με την υγεία. Μερικοί από αυτούς τους φόβους φαίνονται ασήμαντοι, όμως μπορούν να έχουν πολύ μεγαλύτερο αντίκτυπο. Παραδείγματος χάριν, πολλές γυναίκες φοβούνται την ταλαιπωρία της εξέτασης κατά Παπανικολάου (Kelsall, 2007). Έρευνες δείχνουν ότι ο σχετικός φόβος γύρω από την υγεία συνδέεται, επίσης, με τη συχνή χρησιμοποίηση πηγών τηλε-πληροφορίας (online information sources) (Eastin & Guinsler, 2006).

Αποτελέσματα πολλών ερευνητικών μελετών οδηγούν στο συμπέρασμα περί εμπλοκής του άγχους και του φόβου στις καρδιακές παθήσεις, καταδεικνύοντάς τα ως αιτιακό παράγοντα στις βιολογικές απαντήσεις του άγχους στον ανθρώπινο οργανισμό (Kubzansky et al., 2006). Σύμφωνα με τον Cox, η σχετική ένταση του άγχους ενός ατόμου που αφορά ένα αντικείμενο φόβου, μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας ατομικής διαφοροποίησης, με την έννοια ότι αυξημένα επίπεδα άγχους πρωταρχικά παράγονται όταν

πυροδοτούνται από συγκεκριμένα φοβικά ερεθίσματα, τα οποία είναι παρόμοια και πιο κοντά στους δικούς τους φόβους. Υπάρχουν μάλιστα ισχυρές ενδείξεις, για παράδειγμα, ότι η ειδικότητα του άγχους που σχετίζεται με αντικείμενα/καταστάσεις φόβου αποτελεί σημαντικό παράγοντα στον καθορισμό της συχνότητας και της έντασης του άγχους που εκλύεται κατά τη διάρκεια βιολογικών προκλήσεων (Cox, 1996). Ο Rainville και οι συνεργάτες του, σε μια πρόσφατη μελέτη, έδειξαν μάλιστα, ότι ο φόβος μπορεί να συνδεθεί και με αυξημένο ποσοστό καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας που απεικονίζεται μέσω των ποικίλων συνδυασμών των συμπαθητικών και παρασυμπαθητικών αλλαγών (Rainville, et al., 2006).

Μπορούμε να αντιληφθούμε ότι ο φόβος συνδέεται με την υγεία ποικιλοτρόπως. Μια άλλη σχέση του φόβου συναντάμε σε περιπτώσεις όπου ασθενείς, μετά το πέρας της θεραπείας περνούν μια μακρά περίοδο φόβου και αγωνίας, νιώθουν απροστάτευτοι, επειδή ελλοχεύει ο κίνδυνος της επανεμφάνισης της αρρώστιας. Αυτός ο φόβος είναι κατανοητός και δικαιολογήσιμος λαμβάνοντας υπόψη τον επίμονο κίνδυνο της επανάληψης για ορισμένες ασθένειες όπως ο καρκίνος (Harbeck & Haidinger, 2007). Μια πρόσφατη ανάλυση κατέδειξε τον αυξανόμενο κίνδυνο επανάληψης της ασθένειας κατά τη διάρκεια του χρόνου που οι ασθενείς αντιμετώπιζονταν με ψευδοφάρμακο (placebo), μετά τη διακοπή της θεραπείας τους. Όπως ήταν αναμενόμενο, επομένως, οι ασθενείς μπορούν να είναι πρόθυμοι να λάβουν μια μακροπρόθεσμη θεραπεία, για να αποτρέψουν την επανάληψη, υπό τον όρο ότι τα οφέλη ξεπερνούν τους κινδύνους σε βάρος τους και η ποιότητα ζωής τους διατηρείται (Harbeck & Haidinger, 2007).

Το συναίσθημα του φόβου είναι δυνατό να αποδιοργανώσει, να «μπλοκάρει» δηλαδή τις αισθήσεις. Μια έρευνα υποστήριξε ότι τα άτομα με υψηλό άγχος υγείας, αναπτύσσουν ένα τέτοιο σχέδιο (pattern) γνωστικής επεξεργασίας της παρέμβασης που προδιαθέτει στην ερμηνεία των σωματικών αισθήσεων με καταστροφικούς όρους. Για παράδειγμα, ενώ το άγχος για την κατάσταση υγείας συνδέεται με μεγαλύτερη ευαισθησία στο σωματικό πόνο, τα αγχώδη άτομα αποδεικνύονται πραγματικά ακατάλληλα στην ακριβή διάκριση των φυσικών συμπτωμάτων (Marcus, et al., 2007). Σε αρκετές περιπτώσεις, μάλιστα, η ανησυχία και η επιθυμία να ρυθμιστούν τα φοβικά και αγχώδη συναισθήματα, συνδέονται τακτικά με επιβλαβείς συμπεριφορές για την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης των τσιγάρων (Patton, et al., 1996) του οίνοπνεύματος (Kushner, et al., 1994) και ουσιών (Pagano, et al., 2007), των επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών (Crepaz & Marks, 2001) και είτε της αύξησης της όρεξης σε μορφή υπερφαγίας (Polivy, et al., 1994), είτε καταστέλλοντας την όρεξη μέσω αυτόνομων απαντήσεων (Macht, 2008).

Στις ψυχικές παθήσεις όπως οι ψυχώσεις, από την άλλη μεριά, ο φόβος δημιουργεί πολλαπλά κοινωνικά προβλήματα, αλλά εδώ «λάμπει» δια της απουσίας της η δυνατότητα

έκφρασή του. Ο Fowles (1980), πρότεινε το μοντέλο του «χαμηλού» φόβου (the low-fear model) και υπέθεσε ότι η φτωχή κοινωνικοποίηση των ψυχικά ασθενών (psychopaths) είναι το αποτέλεσμα της μειωμένης ικανότητάς τους να εκφράσουν το φόβο τους. Κατά συνέπεια, παρουσιάζουν μια έλλειψη αναμονής απωθητικών γεγονότων και μια μειωμένη δυνατότητα να ρυθμίσουν τη συμπεριφορά τους σε σχέση με τις αρνητικές συνέπειες των αντιδράσεων της παρελθοντικής συμπεριφορά τους (Birbaumer, et al., 2005). Το συναίσθημα του φόβου επιπλέον, συνδέεται και με γενικότερες στάσεις απέναντι στην ψυχική υγεία. Από καιρό έχει αναγνωριστεί ότι οι άνθρωποι με ψυχική διαταραχή αντιμετωπίζονται με αρνητικά στερεότυπα που συνδέονται με το φόβο της ασθένειας. Παραδείγματος χάριν ο Bucknill (1860) αναφέρεται στην αδικαιολόγητη «αντιπάθεια του ευρέως κοινού στον παράφρονα» και ο Rabkin (1975) συμπέρανε ότι «...οι ψυχασθενείς έχουν πάρει τη θέση των λεπρών ως στόχους της δημόσια αποστροφής, της απέχθειας και της απόρριψης»(p. 435)(Levey & Howells, 1994). Γίνεται φανερό πως ο κύριος μηχανισμός κάτω από αυτές τις συμπεριφορές, εντοπίζεται στο φόβο που υποβόσκει.

Εκτός αυτών, φόβοι για την αρρώστια γενικώς και ιδιαίτερα για τις επιδημικές ασθένειες, τις οποίες ο άνθρωπος τις προσωποποιούσε ως δυσειδείς γυναικείες μορφές, ιδιαίτερα, στις παραδοσιακές κοινωνίες, πάντα καταδίωκαν τους ανθρώπους. Η αρρώστια ανάγεται σε ισχυρή δύναμη με κοινωνικές αλλά και κοσμικές σχέσεις. Οι άνθρωποι δεν είναι απλώς φορείς μικροβίων, αλλά άτομα που μπορούν να προκαλέσουν την ίδια την ασθένεια (Πολυμέρου- Καμηλάκη & Καραμανές, 2006). Επίσης, ο φόβος που προέρχεται από τις φυσικές καταστροφές (π.χ. τυφώνες και κυκλώνες) έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με επιπτώσεις στην υγεία και συγκεκριμένα με την ανάπτυξη της μετατραυματικής διαταραχής (post-traumatic stress disorder-PTSD)(Kar, et al, 2007). Ο φόβος όμως, μπορεί να λειτουργήσει και προστατευτικά απέναντι στην υγεία. Μέσω του χειρισμού και της παραγωγής αυτού του συναισθήματος, οι καμπάνιες γύρω από την υγεία προσπαθούν να αλλάξουν τις επιβλαβείς στάσεις και συμπεριφορές στον πληθυσμό. Αν και δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητό με ποιο τρόπο ο φόβος λειτουργεί άμεσα (κλασικός) ή έμμεσα (σύγχρονος) στις διαδικασίες της πειθούς, ωστόσο, οι εκκλήσεις φόβου είναι αρκετά δημοφιλείς στις προκλήσεις και προσκλήσεις των ιθυνόντων για την προάσπιση και θωράκιση της υγείας (Dillard & Anderson, 2004).

Επίσης, ο οδοντικός φόβος συσχετίζεται με μακροπρόθεσμες επιπτώσεις σε σχέση με την υγεία (Armfield, et al., 2007). Διάφορες μελέτες έχουν αποκαλύψει μια διασύνδεση του οδοντικού φόβου και των ιατρικών επισκέψεων και της προηγούμενης εμπειρίας των ασθενειών. Για παράδειγμα, οι Schuller και οι συνεργάτες του το 2003, σε μια έρευνά τους, έδειξαν ότι τα άτομα με πολύ φόβο πρώτον έκαναν τις λιγότερο συχνές επισκέψεις στον

οδοντίατρο και δεύτερον είχαν τα περισσότερα τερηδονισμένα και ελλείποντα δόντια. Κι άλλοι ερευνητές επιβεβαίωσαν τη διασύνδεση μεταξύ του οδοντικού φόβου και της λιγότερο συχνής οδοντιατρικής επίσκεψης, που συσχετίστηκε επιπλέον με αυξανόμενη επίσκεψη για ένα μικρό πρόβλημα και αυξανόμενη κοινωνική και λειτουργική εξασθένιση (Armfield, et al., 2007).

Ο φόβος και η αγωνία, κατά συνέπεια, είναι άλλη μια σημαντική κατηγορία συναισθημάτων, που έχουν συσχετισθεί στα πλαίσια της υγείας, και που επεξηγεί κατά κάποιο τρόπο και το εύρος του αντίκτυπου των συναισθηματικών καταστάσεων στις διαδικασίες υγείας (Consedine & Moskowitz, 2007). Σε αυτό το πλαίσιο μάλιστα, η αέναη διαμάχη ανάμεσα στο φόβο και το άγχος δείχνει να εκμηδενίζεται. Ο φόβος και η ανησυχία φαίνεται να λειτουργούν με τον ίδιο τρόπο, ανεξάρτητα εάν η απειλή περιλαμβάνει τα ύψη, τα ζώα, το σκοτάδι, τις δημόσιες θέσεις, το χωρισμό, ή αν οι απειλές σχετίζονται με την υγεία και τον ιατρικό χώρο. Όπως και να έχει, όταν «χτυπάει» την πόρτα μας μια απειλή το μόνο συναίσθημα που εμφανίζεται αυτόματα είναι ο φόβος, που οδηγεί σε μια μετατόπιση των γνωστικών μας διεργασιών προς την αξιολόγηση της απειλής και την αποφυγή της (Consedine & Moskowitz, 2007).

Ο Φόβος του Πόνου στην Οδοντιατρική

Αρκετές μελέτες προσπάθησαν να διασυνδέσουν και να συσχετίσουν το φόβο με τον πόνο (Vowles, et al., 2006 - Rhudy & Williams, 2005). Οι δε Yerkes και Donson επινόησαν ένα μοντέλο (που το ονόμασαν «το γράφημα του φόβου») σχήματος ανεστραμμένης καμπύλης U, που δείχνει τη σχέση μεταξύ φόβου και δράσης. Σε απουσία φόβου η ενεργοποίηση είναι σχετικά μικρή, σε κάποιο βαθμό φόβου η ενεργοποίηση αυξάνεται, ενώ σε έντονο φόβο η ενεργοποίηση γίνεται πάλι μικρή (Yerkes & Donson, 1908).

Αυτό εξηγείται με το γεγονός ότι, το νευρικό μας κύκλωμα που συνδέεται με τα κίνητρα της συμπεριφοράς μας, θεωρείται ότι περιλαμβάνει τα προσαρμοστικά, σύνθετα συστήματα, που προωθούν την επιβίωση του οργανισμού με την παροχή της ανατροφοδότησης για τα επιβλαβή ερεθίσματα ή τα ερεθίσματα ενίσχυσης της υγείας (Konorski, 1967). Για παράδειγμα, οι άνθρωποι και τα ζώα δεν εστιάζουν στον σωματικό τραυματισμό τους όταν είναι τρομαγμένα και παρουσιάζουν εν μέρει αναλγησία, από τον έντονο φόβο, μέσω της διέγερσης ανασταλτικών νευρωνικών οδών (Panksssepp, 1998). Ο Ulmer θέλοντας να καταδείξει τη σχέση των συναισθημάτων με τον πόνο, τόνισε ότι τα αρνητικά συναισθήματα έχουν την τάση να εντείνουν τον πόνο, ενώ τα θετικά να τον μειώνουν, ακόμη και σε περιπτώσεις εγκαυμάτων (Ulmer, 1997).

Ο φόβος ως μια φυσική συνέπεια του πόνου και η αποφυγή ενός φοβικού γεγονότος είναι λογική για τον οξύ πόνο, αλλά μπορεί να λειτουργήσει ως εμπόδιο στην αποκατάσταση από το χρόνιο πόνο. Στο χρόνιο πόνο η σχετική με τον πόνο ανησυχία και ο φόβος μπορούν, πραγματικά να τονίσουν την εμπειρία του πόνου (Crombez, et al., 1999). Το συναίσθημα του φόβου του πόνου, ειδικότερα, εμπλέκεται ενεργά με τον πόνο, διαδραματίζοντας έναν σημαντικό ρόλο τόσο στην επώδυνη εμπειρία των ατόμων, όσο και στην απάντησή τους στον πόνο (Vowles, et al., 2006). Ωστόσο, ο φόβος του πόνου, σαν κατασκευή, έχει αρχίσει να αναπτύσσεται εννοιολογικά μόνο. Οι όροι «αλγοφοβία» (algorhobia) και «οδυνοφοβία» (odynephobia) δημιουργήθηκαν για να περιγράψουν ακριβώς αυτό το φόβο του πόνου (McNeil & Rainwater, 1998). Ο φόβος και η αναμονή του πόνου, περιλαμβάνουν γνωστικές-αντιληπτικές διαδικασίες, που δεν καθοδηγούνται αποκλειστικά από την πραγματική αισθητήρια εμπειρία του πόνου και μπορούν να ασκήσουν

έναν σημαντικό αντίκτυπο στο επίπεδο ανοχής στον πόνο (Vlaeyen & Linton, 2000). Ειδικότερα, η απάντηση στον πόνο αυξάνεται μόνο όταν εμφανίζεται ο φόβος λόγω του πόνου ή της δυνατότητας του πόνου (Weisenberg, et al., 1984).

Οι McCracken και οι συνάδελφοι έχουν δημοσιεύσει αρκετές μελέτες, που συμβάλλουν στην κατανόηση του τρόπου, με τον οποίο ο φόβος του πόνου διαδραματίζει έναν ενεργό ρόλο στην εμμονή και την ανικανότητα του πόνου σε ασθενείς με μυοσκελετικό πόνο (McCracken, et al., 1992). Αυτή η γραμμική σχέση, όπως υποστηρίζει ο Asmundson, ανάμεσα στο φόβο και τον πόνο προήλθε από τις έρευνες που έδειξαν μια υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στον χρόνιο πόνο και στη ανάπτυξη ενός μόνιμου άγχους σαν αποτέλεσμα του «εμμένοντος» του πόνου (Asmundson, et al., 2004). Αν και μερικές μελέτες έχουν καταλήξει σε αρνητικά συμπεράσματα (π.χ. , Dehghani, Sharpe, & Nicholas, 2003, Roelofs et al., 2003), υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ασθενείς με χρόνιο πόνο στρέφονται, επιλεκτικά, σε σχετιζόμενα με τον πόνο λανθασμένα συμπεράσματα και ότι αυτά τα γνωστικά σφάλματα οφείλονται στο φόβο του πόνου (Williams, et al., 2005).

Κάποιες θεωρητικές διατυπώσεις για τον πόνο έχουν συμπεριλάβει και το συναίσθημα του φόβου σαν συστατικό τους (Williams, et al., 2005) και μας βοηθούν να αντιληφθούμε την αλληλεπίδραση του φόβου και του πόνου (Vowles, et al., 2006). Για παράδειγμα, η θεωρία της πύλης ελέγχου του πόνου, του Melzack υποθέτει, εν μέρει, ότι η δραστηριότητα των κεντρικών νευρικών συστημάτων που προκύπτει από (τα αρνητικά) συναισθήματα, όπως ο φόβος, εντείνει την εμπειρία του πόνου (Melzack & Wall, 1965). Οι Bolles και Fanselow's (1980) προτείνουν ότι ο φόβος και ο πόνος αποτελούν ανταγωνιστικά κινητήρια συστήματα, τα οποία μπορεί να εμποδίσουν την έκφραση του ενός συναισθήματος έναντι του άλλου. Τέλος, η θεωρία της βιο-πληροφορίας (bioinformational theory) των συναισθημάτων, αντιμετωπίζει τον πόνο και τον φόβο από κοινού σαν ένα ενιαίο συναίσθημα (McNeil και Brunetti, 1992).

Ο φόβος του πόνου συνδέεται, επίσης, με πληροφορίες και σφάλματα γνωστικής επεξεργασίας που αναστατώνουν την προσοχή που απαιτείται για άλλους στόχους και συμβάλλουν στη συντήρηση του πόνου αλλά και των συμπεριφορών που σχετίζονται με αυτόν (Eccleston & Crombez, 2007). Συνεπώς, η αξιολόγηση του ρόλου που ο φόβος του πόνου διαδραματίζει στις σχετικές με τον πόνο συμπεριφορές και την ανικανότητα/ικανότητα αποφυγής βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος (Asmundson, et al., 1999). Οι άνθρωποι φαίνεται ότι είναι «κατασκευασμένοι» ώστε να αποφεύγουν και να δραπετεύουν από δυσάρεστες συνέπειες και να «μαθαίνουν» , κατά κάποιο τρόπο, ότι η αποφυγή των καταστάσεων και των δραστηριοτήτων που τους έχουν προκαλέσει οξεία επεισόδια πόνου, θα μειώσει την πιθανότητα του πόνου ή την πρόκληση μιας περαιτέρω φυσικής ζημιάς.

Μπορούν, με άλλα λόγια να αποκτήσουν μια υπερευαίσθησία απέναντι στο περιβάλλον τους ως συνέπεια του περιστατικού του πόνου τους (Gatchel, et al., 2007).

Ωστόσο, δεν είναι σαφές, γιατί ο φόβος του πόνου, κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης εξαφανίζεται για μερικούς, αλλά μετατρέπεται σε χρόνιο παράγοντα για άλλους. Μια εύλογη υπόθεση είναι ότι οι προνοσηρές μεμονωμένες διαφορές μπορούν να διαμορφώσουν αυτή τη διαδικασία (Turk & Okifuji, 2002). Ίσως να σχετίζεται με την πιθανή προδιάθεση μιας γενικότερης, αρνητικής ευαισθησίας απέναντι στο φόβο, τον συσχετιζόμενο με τα συμπτώματα του πόνου (Turk & Okifuji, 2002, Asmundson, 2004). Μια άλλη εξήγηση για την ανικανότητα απομάκρυνσης του συναισθήματος του φόβου, από μερικούς ασθενείς, πιθανώς, να σχετίζεται με διαφορές σε μια προγενέστερη ιστορία εκμάθησης και σε μια κανονική διοχέτευση της ευαισθησίας απέναντι στα επιβλαβή ερεθίσματα. Τα αποτελέσματα των μελλοντικών μελετών, θα μπορέσουν να μας βοηθήσουν, να καταλάβουμε καλύτερα τη μεμονωμένη παρατηρηθείσα μεταβλητότητα (Turk & Okifuji, 2002).

Οι George, Dannecker & Robinson (2006), εξέτασαν την εγκυρότητα του μοντέλου της αποφυγής του φόβου στον πόνο (Vlaeyen & Linton, 2000), με την διερεύνηση της επιρροής του φόβου του πόνου και της καταστροφολογίας του πόνου στην οξεία αντίληψη του πόνου, μέσω της σχέσης των ανωτέρω μεταβλητών με το γένος και το άγχος. Γι' αυτό το σκοπό, χρησιμοποίησαν ως δείγμα της μελέτης τους 32 άνδρες και 34 γυναίκες, που συμπλήρωσαν τα κάτωθι ερωτηματολόγια: Το State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, et al., 1980), το Fear of Pain Questionnaire, (McNeil και Rainwater, 1998), και το Coping Strategies Questionnaire (Rosenstiel & Keefe, 1983), που μετρά πεποιθήσεις καταστροφολογίας στον πόνο (George, Dannecker & Robinson, 2006). Οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε μια δοκιμασία με κρύα επιθέματα και μετρήθηκαν η ανοχή, η ένταση του πόνου και η ικανότητα άμεσου αντιδράσεως με την μέτρηση της πίεσης του αίματος (SBP reactivity). Το φύλο, το άγχος, ο φόβος του πόνου, και η καταστροφολογία εισήχθησαν ταυτόχρονα στην δοκιμασία της πολλαπλής ανάλυσης παλινδρόμησης με σκοπό να προβλέψουν τα διαφορετικά συστατικά της αντίληψης του πόνου. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η ανοχή στον πόνο δεν επηρεάστηκε από το φόβο του πόνου, την καταστροφολογία και το άγχος. Αντίθετα η ένταση του πόνου στο κατώτατο όριο και η ανοχή σε αυτόν επηρεάστηκαν σημαντικά μόνο από το φόβο του πόνου, ενώ η ικανότητα άμεσης αντίδρασης επηρεάστηκε σε σημαντικό βαθμό, μόνο από το άγχος. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο φόβος του πόνου, μπορεί να αποτελεί έναν ισχυρό παράγοντα στην οξεία ένταση του πόνου σε σύγκριση με την καταστροφολογία, ενώ κανένας από τους παράγοντες δεν έδειξε να επηρεάζει την ανοχή ή την ικανότητα άμεσου αντιδράσεως (George, Dannecker & Robinson, 2006). Ένα χρόνο, αργότερα, ο Hirsh και οι συνεργάτες του (2007), θέλησαν να εξετάσουν

τη σχέση ανάμεσα στο φόβο του πόνου συγκριτικά με την καταστροφολογία ως σημαντικούς διαμεσολαβητικούς παράγοντες στην εκτίμηση της εμπειρίας του πόνου, με στόχο να προσπελάσουν τους μεθοδολογικούς περιορισμούς των προηγούμενων μελετών, σχετικά με αυτές τις σχέσεις. Για τους σκοπούς της έρευνάς τους, πραγματοποίησαν μια follow-up μελέτη σε μια προηγούμενη έρευνα (George, Dannecker & Robinson, 2006), που εξετάζει τις σχέσεις μεταξύ του φόβου του πόνου, της καταστροφολογίας του πόνου, και της πειραματικής αντίληψης πόνου. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι ο φόβος του πόνου ήταν με συνέπεια ο ισχυρότερος προάγγελος του πειραματικού πόνου σε σύγκριση με την καταστροφολογία. Τα συμπεράσματα της μελέτης προτείνουν ότι ο φόβος του πόνου αποτελεί τον ισχυρότερο παράγοντα στην πειραματική αντίληψη του πόνου σε σύγκριση με τις καταστροφικές γνώσεις (Hirsh, et. al., 2007).

Μια άλλη έρευνα των Woby, Urmston & Watson, το 2007, έθεσε ως αίτημα να καθορίσει εάν οι πεποιθήσεις της αυτο-αποτελεσματικότητας διαμεσολαβούν στη σχέση μεταξύ του φόβου του πόνου και του πόνου, και μεταξύ του φόβου του πόνου και της ανικανότητας σε μια ομάδα σθενών με χρόνια οσφυαλγία (CLBP) που παρουσίαζαν υψηλό ποσοστό φόβου σχετικά με τον πόνο τους (Woby, et al., 2007). Ως δείγμα τους καθορίστηκαν 102 ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, σε μια συγχρονική έρευνα (cross-sectional), οι οποίοι συμπλήρωσαν μια σειρά από ερωτηματολόγια που μετρούν πεποιθήσεις για την ανικανότητα (The Roland Disability Questionnaire, RDQ; Roland & Morris, 1983), την αυτο-αποτελεσματικότητα (The Chronic Pain Self-Efficacy Scale, CPSS-PF; Anderson, et al., 1995), το φόβο του πόνου και ειδικότερα το φόβο της μετακίνησης και την καταστροφολογία (The Tampa Scale for Kinesiophobia, TSK; [Woby, et al., 2005, Miller, et al., 1991]), The Coping Strategies Questionnaire, CSQ; [Rosenstiel & Keefe, 1983]) και την ένταση του πόνου (A100 mm horizontal pain, VAS [Ogon, et al., 1996]) (Woby, et al., 2007).

Με την στατιστική δοκιμασία της πολλαπλής ανάλυσης παλινδρόμησης, οι ερευνητές θέλησαν να καθορίσουν εάν η αυτο-αποτελεσματικότητα διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ των σχετικών με φόβους πόνων και της έκβασης (πόνος ή/και ανικανότητα). Η αυτο-αποτελεσματικότητα βρέθηκε ότι μεσολαβεί όχι μόνο στη σχέση μεταξύ του φόβου του πόνου και της έντασης του πόνου, αλλά και μεταξύ του φόβου του πόνου και της ανικανότητας. Επομένως, αυτή η μελέτη προτείνει ότι όταν η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι υψηλή, ακόμα και ένας μέγιστος φόβος του πόνου δύναται να μην οδηγήσει σε υψηλά ποσοστά έντασης πόνου και ανικανότητας (Woby, et al., 2007). Εντούτοις, στις περιπτώσεις όπου η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι χαμηλή, ο μέγιστος φόβος του πόνου είναι πιθανό να οδηγήσει σε υψηλά ποσοστά έντασης πόνου και ανικανότητας. Λαμβάνοντας υπόψη αυτά τα

συμπεράσματα, οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι, αποτελεί επιτακτική ανάγκη η αξιολόγηση του φόβου του πόνου και των σχετικών παραμέτρων του σε σχέση με την ικανότητα για αυτό- αποτελεσματικότητα, κατά τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με οσφυαλγία με υψηλές προδιαθέσεις σχετικά με τους φόβους που εγείρει ο πόνος τους (Woby, et al., 2007)

Η Muñoz Sastre και οι συνεργάτες της (2006), ασχολήθηκαν, επίσης με το θέμα του φόβου του πόνου. Σε αυτήν την περίπτωση, οι συγκεκριμένοι ερευνητές είχαν ως στόχο να καθορίσουν τις διαστάσεις του φόβου του πόνου που σχετίζονται με τις ιατρικές διαδικασίες, και τις διαστάσεις του φόβου του πόνου που συνδέονται με τις ασθένειες και τα ατυχήματα, σε ένα δείγμα που περιελάμβανε άτομα νεαρής, μέσης και γεροντικής ηλικίας. Ειδικότερα οι συμμετέχοντες αποτελούνταν από 573 άτομα (ηλικίας από 26-94 ετών)(Sastre, et al., 2006). Η διαδικασία που ακολουθήθηκε αφορούσε την συμπλήρωση του Fear of Pain Questionnaire των McNeil και Rainwater (1998), σε δύο διαφορετικές εκδοχές. Τα αποτελέσματα, της έρευνας έδειξαν ότι όσον αφορά το φόβο του πόνου από τις ιατρικές διαδικασίες, προσδιορίστηκε μια δομή τεσσάρων παραγόντων: ιατρική εξέταση και ιατρική φροντίδα, ενέσεις, οδοντιατρική περίθαλψη και επεμβατικές τεχνικές. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία, συμμετέχοντες, και οι λιγότερο μορφωμένοι, μάλιστα, εμφάνισαν μεγαλύτερη τάση να φοβούνται τον πόνο που προέρχεται από τις επεμβατικές τεχνικές, από ότι παρουσίαζαν οι νεώτεροι και οι πιο μορφωμένοι (Sastre, et al., 2006).

Τελικά, ο πόνος ως συναίσθημα δεν κατανοείται μόνο δύσκολα, αλλά και δύσκολα εκτιμάται αντικειμενικά. Και αυτό, γιατί βρίσκεται περισσότερο από όλα τα συναισθήματα στα όρια της φυσιολογικής, συστηματικής λειτουργίας του εγώ (Κανελλοπούλου, 2000). Όμως, σαν ένα τέτοιο οριακό συναίσθημα εύλογα απορεί κανείς για τη σχέση του πόνου με τα άλλα συναισθήματα και ιδιαίτερα για τη σχέση του φόβου με τον πόνο. Ο φόβος του πόνου, εξάλλου, αποτελεί μια «βασική μορφή» και έκφραση του συναισθήματος του φόβου (Hollander, 2004). Μπορούμε να υποστηρίξουμε, λοιπόν, ότι όσο ζούμε θα πονάμε και όσο πονάμε θα φοβόμαστε. Διότι ο πόνος λειτουργεί σαν ένα απειλητικό ερέθισμα και φαίνεται να προκαλεί μια αντίδραση αποφυγής ως βελτιωτική απάντηση του φοβογόνου και επώδυνου ερεθίσματος. Αυτή η απειλή του πόνου δεν είναι μόνο μια προσθήκη στο αισθητηριακό μας σύστημα, ούτε προκύπτει μόνο από τις αισθητήριες λειτουργίες μας. Αντ' αυτού, αποτελεί ένα αρχικό και κεντρικό συστατικό της αναλγητικής συμπεριφοράς μας (Eccleston, 2001). Εντούτοις, μια γενικότερη στάση, πέρα από την πληθώρα των φόβων του πόνου, μπορεί να μετουσιωθεί σε ένα είδος «μετα-φόβου» (meta-fear), που δεν είναι τίποτα άλλο παρά ο φόβος του κάθε ατόμου σε σχέση με την επιδείνωση της φυσικής και ψυχικής του κατάστασης ή αυτό που ορίζει ο Frank ως ο «φόβος του κατώτατου, οριακού σημείου

αντοχής» στον πόνο (Frank, 2007). Ως μια τέτοια, οριακή κατάσταση εξασθένησης και οπωσδήποτε και αποδιοργανωτική, η αντικειμενική φυσική εξάντληση του πόνου, μπορεί να οδηγήσει στην υποκειμενική συναισθηματική απάντηση κάποιου απέναντι στον πόνο και δύναται εν τέλει να διαδραματίσει έναν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της ποσότητας της έντασης και της διάρκειας του πόνου (Crombez, et al., 1999).

Ο οδοντιατρικός φόβος

Ο φόβος και το άγχος είναι από τα πιο απαραίτητα και ευπροσάρμοστα αισθήματα στον άνθρωπο. Πρόκειται για μια κινητήριο δύναμη που μας προστατεύει από τους κινδύνους. Αν η ικανότητα να βιώσουμε το φόβο είναι μια ενστικτώδης και ορμέφυτη βιολογική λειτουργία, η αντίδρασή μας με φόβο, σε συγκεκριμένα αντικείμενα και καταστάσεις, τις περισσότερες φορές αποκτιέται με τις καθημερινές εμπειρίες (Milgrom, et al., 1995).

Οι οδοντιατρικές επεμβάσεις ανήκουν στις καταστάσεις που μπορούν να δημιουργήσουν εξαιρετικό άγχος και φόβο στους ασθενείς. Ο φόβος τους αποτρέπει τόσο από τη ζήτηση της οδοντιατρικής θεραπείας όσο κι από τους περιοδικούς οδοντοστοματολογικούς τους ελέγχους που πρέπει να γίνονται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, με σοβαρές επιπτώσεις στη στοματική τους υγεία. Όταν η ανάγκη και ο πόνος εξαναγκάσουν τον ασθενή να επισκεφτεί εν τέλει τον οδοντίατρο η οδοντιατρική ανησυχία δύναται να προκαλέσει ισχυρές βιολογικές μεταβολές έως και ανακοπή (Καλπάκογλου, 1997). Είναι προφανές ότι η μελέτη της συγκεκριμένης «συμπεριφορικής παρέκκλισης» αποτελεί σημαντικό βήμα τόσο στη βελτίωση της στοματικής υγείας των οδοντιατρικών ασθενών, όσο και στη διευκόλυνση του έργου των οδοντιάτρων. Η υπέρβαση δε του φόβου αποτελεί στόχο διεπιστημονικό, καθώς αφορά μια πληθώρα επιστημονικών πεδίων όπως η κλινική ψυχολογία, η κοινωνική ψυχολογία, η κοινωνική και η επανορθωτική οδοντιατρική.

Μέχρι σήμερα η μελέτη και η προαγωγή των σχέσεων οδοντίατρου ασθενή έχει γίνει, όπως προκύπτει βιβλιογραφικά, με τη βοήθεια κυρίως των Συμπεριφορικών Επιστημών, ιδιαίτερα της Κλινικής Ψυχολογίας, αλλά και της Κοινωνιολογίας. Το ίδιο ισχύει και για την οδοντιατρική φοβία. Οι Επιστήμες της Συμπεριφοράς μελετούν αυτή την κλινική κατάσταση από το 1960 (Corah, 1969), κυρίως σε επίπεδο ενδοατομικό (προσωπικότητα, ιδιοσυγκρασία) και διατομικό (οικογένεια, φιλικό περιβάλλον, οδοντίατρος) (Kent & Rubi, 1996). Στις προαναφερθείσες μελέτες, κύρια περιγράφεται οτιδήποτε μπορεί να παρατηρηθεί από άποψη στάσεων ή απλών αιτιολογικών παραγόντων, όπως για παράδειγμα η προηγούμενη κακή εμπειρία ή ο φόβος της οικογένειας για τον οδοντίατρο. Ωστόσο, λίγα

στοιχεία υπάρχουν για τη διασύνδεση και τη συσχέτιση της οδοντιατρικής ανησυχίας με το φόβο του πόνου, όπως αυτός διαμορφώνεται από τις αντιλήψεις του κάθε ασθενούς ξεχωριστά.

Ιστορική αναδρομή

Ο οδοντιατρικός φόβος αρχικά αποδόθηκε στην προσδοκία του πόνου. Στους προηγούμενους αιώνες αυτός ήταν ο κύριος οδηγός για την βελτίωση του ελέγχου του πόνου (Bregstein, 1923, Dinjian, 1921, McFarlane, 1938).

Στις αρχές της δεκαετίας του '50 η κλινική διαπίστωση της υψηλής οδοντιατρικής ανησυχίας και η βεβαρυμμένη στοματική υγεία του πληθυσμού, οδήγησε την Αμερικάνικη Κυβέρνηση να προσλάβει Κοινωνικούς Επιστήμονες, οι οποίοι πέτυχαν την αποδοχή της οδοντιατρικής θεραπείας, τη βελτίωση του συστήματος οδοντιατρικής περίθαλψης και τη συνεχή επιμόρφωση των οδοντιάτρων (Milgrom et al., 1995).

Το 1960, στον Καναδά, ο οδοντίατρος Grand Phipps, μετά την εκπόνηση της διδακτορικής του διατριβή στην Κλινική Ψυχολογία, ιδρύει στο Πανεπιστήμιο του Pittsburg το πρώτο τμήμα Συμπεριφορικών Επιστημών, μέσα στην Οδοντιατρική Σχολή του ιδρύματος, ενώ το 1964, ιδρύει το αντίστοιχο τμήμα στο πανεπιστήμιο του Buffalo. Στο τμήμα του Buffalo προσλαμβάνεται ο καθηγητής Norman Corah, ο οποίος το 1969 θεσπίζει το ερωτηματολόγιο DAS (Dental Anxiety Scale, Ερωτηματολόγιο Οδοντιατρικού Άγχους), το οποίο χρησιμοποιείται με επιτυχία στην έρευνα μέχρι σήμερα. Λίγο καιρό αργότερα, στα Πανεπιστήμια Harvard, Tufts, New York City πραγματοποιούνται ερευνητικές εργασίες που ανιχνεύουν τη συσχέτιση της οδοντιατρικής ανησυχίας με γενικά νοσήματα, ψυχοσωματικές εκδηλώσεις και αντίστοιχες κοινωνικές επιπτώσεις.

Τη δεκαετία του '70 η νέα τάση προσέγγισης της οδοντιατρικής ανησυχίας μέσω των συμπεριφορικών επιστημών, τόσο στην έρευνα όσο και στην προπτυχιακή εκπαίδευση, επεκτείνεται στην Ευρώπη και την Ασία. Πρωτοπόροι είναι η Αγγλία, η Ιρλανδία, η Ολλανδία, οι Σκανδιναβικές χώρες, η Ιαπωνία και τελευταία το Ισραήλ.

Τη δεκαετία του '80 κάνουν την εμφάνισή τους ειδικές κλινικές αντιμετώπισης του οδοντιατρικού φόβου. Το 1995 υπήρχαν παγκόσμια 15 κλινικές, εξειδικευμένες στη διαχείριση του οδοντιατρικού άγχους, πάντα συνδεδεμένες με κάποιο Πανεπιστήμιο ή Νοσοκομείο.

Από όλα αυτά προκύπτει ότι ο οδοντιατρικός φόβος εμφανίζει μεγάλη έκταση και έχει ερευνηθεί ευρύτατα σε πολλές χώρες του κόσμου, εδώ και πολλά χρόνια.

Γενικά

Ο οδοντιατρικός φόβος ευθύνεται για την παραμέληση της στοματικής υγείας, για δυσλειτουργίες του στοματογναθικού συστήματος και για το μεγάλο ποσοστό υποτίμησης που αισθάνονται οι ασθενείς για τον εαυτό τους, αναφορικά με τους φόβους τους. Ο φόβος που αισθάνονται οι άνθρωποι για τον οδοντίατρο έχει ερευνηθεί ευρύτατα, αφενός λόγω της έκτασης που παρουσιάζει η συγκεκριμένη κλινική κατάσταση παγκοσμίως, αφετέρου λόγω της μεγάλης σημασίας του άγχους και των συσχετίσεών του με τη γενική υγεία. Παρά όμως τις καινοτομίες στον έλεγχο του πόνου παγκοσμίως, η επικράτηση του φόβου για τον οδοντίατρο βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα και αυτό αποτελεί σημαντικό φραγμό για την οδοντιατρική περίθαλψη σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού.

Ο φόβος του πόνου και το άγχος για τον οδοντίατρο έχουν απασχολήσει πολλούς ερευνητές οι οποίοι τα περιέγραψαν ως οδοντιατρικό φόβο (dental fear), οδοντιατρική ανησυχία ή οδοντιατρικό άγχος (dental anxiety) και οδοντιατρική φοβία (dental phobia) (Gatcel, et al., 1983, Milgrom, et al., 1988, Doerr, et al., 1998, Chanpong, et al., 2005, Armfield, et al., 2007, Armfield, et al., 2008). Στις αμιγώς οδοντιατρικές μελέτες δε φαίνεται να υπάρχει σαφής διάκριση μεταξύ οδοντιατρικού φόβου και άγχους, αφού αναφέρεται ότι έχουν κοινά συμπτώματα και συνέπειες. Υποστηρίζεται ωστόσο, ότι η διαφορά μεταξύ οδοντιατρικού φόβου και οδοντιατρικής φοβίας είναι ότι στην πρώτη περίπτωση αν και τα άτομα φοβούνται επισκέπτονται τελικά τον οδοντίατρο έστω μια φορά κάθε δύο χρόνια (Gatcel, et al., 1983, Milgrom, et al., 1988, Armfield, et al., 2007, Armfield, et al., 2008, Locker & Lidell, 1992). Στην περίπτωση της οδοντιατρικής φοβίας η πλήρης αποφυγή της οδοντιατρικής θεραπείας, επομένως και του φοβικού ερεθίσματος δείχνει να συμφωνεί με τα διαγνωστικά κριτήρια για τη φοβία της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Ένωσης (Armfield, et al., 2007, Armfield, et al., 2008).

Ο οδοντιατρικός φόβος όμως αποτελεί αντικείμενο μελέτης και των Εφαρμοσμένων Συμπεριφορικών Επιστημών όπως είναι η Κοινωνιολογία και η Κλινική Ψυχολογία. Τα επιστημονικά αυτά πεδία διαχωρίζουν τις έννοιες του φόβου, του άγχους, της ανησυχίας, του στρες και της φοβίας. Οι ορισμοί των όρων αυτών δίνονται παρακάτω.

➤ **Ο Φόβος, το άγχος και η ανησυχία**

Φόβος είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που δημιουργείται ως απάντηση σε εξωτερικό πραγματικό κίνδυνο ή απειλή. Η ένταση και η διάρκεια του φόβου είναι ανάλογη

προς τον κίνδυνο ή την απειλή και ο φόβος υποχωρεί όταν το άτομο αναλάβει δράση (Μάνου, 1988, WHO, 1992). Ο φόβος προκαλεί βιολογικές, γνωστικές συμπεριφορικές αντιδράσεις και μεταβολές. Άγχος αντίθετα, είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα έντασης, φόβου ή ακόμα και τρόμου ως απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι άγνωστη ή σε μεγάλο βαθμό μη αναγνωρίσιμη (Μάνου, 1988,WHO, 1992). Ως προς την περιγραφή τους από τον πάσχοντα το άγχος περιγράφεται ενσυνείδητα, αόριστα κι έχει χρόνια διάρκεια, ενώ ο φόβος περιγράφεται ασυνείδητα, πολύ συγκεκριμένα κι έχει βραχεία εντόπιση . Σε κατάσταση φόβου, το άτομο είναι σε θέση να οργανώσει την άμυνα του διότι η αιτία που τον προκαλεί είναι γνωστή και συγκεκριμένη, αντιθέτως στο άγχος αυτό δεν είναι εφικτό, επειδή ο κίνδυνος είναι εσωτερικός (Αθανασίου et al., 2007). Η ανησυχία τέλος, προκαλεί αντιδράσεις φόβου για κάποιο επικείμενο μελλοντικό λόγο, αλλά σε ελαφρύτερη μορφή. Πολλοί συγγραφείς δε διαχωρίζουν τις δύο έννοιες. Η ανησυχία ορίζεται σαν κάτι το αόριστο και νεφελώδες, ενώ ο φόβος αφορά κάτι συγκεκριμένο. Ο ασθενής π.χ. αισθάνεται γενικά ανησυχία για την οδοντιατρική επίσκεψη, όμως φοβάται τις εξαγωγές.

➤ **Το στρες**

Το στρες ή αλλιώς ψυχολογική ένταση ορίζεται ως «μια ιδιαίτερη σχέση του ατόμου με το περιβάλλον η οποία εκφράζεται με την εκτίμηση του ότι η κατάσταση που αντιμετωπίζει επιβαρύνει σημαντικά ή και υπερβαίνει τα ψυχικά αποθέματά του κι έτσι θέτει σε κίνδυνο την ψυχική του ισορροπία». Το στρες σχετίζεται με περιβαλλοντικούς παράγοντες που συναντώνται στην καθημερινότητα. Κάθε άνθρωπος δύναται να το βιώσει ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου, μόρφωσης ή κοινωνικής τάξης ως απάντησή του σε εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα . Παρόλα αυτά, υπάρχει στις μέρες μας η αντίληψη της ατομικής προδιάθεσης στην αντίδραση του ατόμου σε συνθήκες στρες, καθώς διαφορετικά άτομα που εκτίθενται σε ίδιες αιτίες στρες, αντιδρούν με διαφορετικό τρόπο. Οι έννοιες του «άγχους» και του «στρες» χρησιμοποιούνται ως συνώνυμες τόσο από την επιστημονική κοινότητα όσο κι από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο. Στην πραγματικότητα το στρες αποτελεί μια σύνθετη ψυχοβιολογική διεργασία η οποία προκαλείται από ένα ερέθισμα (στρεσογόνο ερέθισμα). Το ερέθισμα αυτό δημιουργεί την αντίληψη μιας απειλητικής κατάστασης προκαλώντας άγχος στο άτομο. Το στρες δεν οδηγεί σε πλήρη αμηχανία ούτε συνδέεται με εσωτερικές συγκρούσεις . Περιορίζεται σε συγκεκριμένη περίπτωση με μικρή χρονική διάρκεια. Το άγχος είναι αντίδραση προς το στρες. Βιώνεται ως δυσάρεστο συναίσθημα και απαιτεί αντιμετώπιση

από το άτομο. Κοινό χαρακτηριστικό γνώρισμα των δυο είναι οι σωματικές εκδηλώσεις και η συναίσθηση της πίεσης από το άτομο (Αθανασίου, et al., 2007) .

➤ **Η Φοβία**

Η φοβία δημιουργείται για πράγματα ή καταστάσεις που δεν ερμηνεύουν λογικά την υφιστάμενη κατάσταση, παρεμβαίνοντας και επηρεάζοντας την κοινωνική δραστηριότητα και την λειτουργικότητα του ατόμου (Αράβου, 2001). Αποτελεί μια ειδική κατηγορία παράλογου φόβου, δυσανάλογα έντονη σε σχέση με το γεγονός που την προκάλεσε, η οποία δεν μπορεί να εξηγηθεί ή να θεμελιωθεί λογικά, βρίσκεται υπεράνω του εκούσιου ελέγχου και οδηγεί σε αποφυγή της καταστάσεως από την οποία προέκυψε. Οι ασθενείς που πάσχουν από φοβία, συνήθως αναγνωρίζουν ότι οι φόβοι τους δεν είναι βάσιμοι και πως οι άλλοι άνθρωποι δικαιολογημένα δε φοβούνται τα ίδια πράγματα. Οι φοβικοί δεν είναι ικανοί να εξηγήσουν τη φοβία τους, παρ' όλες τις ορθολογικές εξηγήσεις που μπορεί να προβάλλονται για αυτήν (Αράβου, 2008).

Αιτιολογικοί παράγοντες

Η ανησυχία για την οδοντιατρική πράξη μελετάται και από άποψη αιτιολογικών παραγόντων (Kent & Croucher, 1998, Humphris & Ling, 2000, Kent, 1999). Το άγχος και ο φόβος για την οδοντιατρική μπορεί να προκαλούνται από διάφορα ερεθίσματα, ενώ συγκροτούνται από επιμέρους στοιχεία, όπως είναι ο φόβος του πόνου και της προσμονής του πόνου, ο φόβος της απώλειας ελέγχου, ο φόβος του άγνωστου, ο φόβος της εισβολής και ο φόβος της προδοσίας (Chapman & Kirby-Turner, 1999).

Αναλυτικότερα, η σημαντικότερη αιτία οδοντιατρικού άγχους είναι ο φόβος του πόνου. Ως πόνος ορίζεται η δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με εγκατεστημένη ή επαπειλούμενη ιστική βλάβη ή περιγράφεται σε σχέση με τέτοια βλάβη. Η συχνότερη τραυματική εμπειρία είναι ο αιφνίδιος πόνος, τον οποίο ατυχώς ο οδοντίατρος δεν μπορεί να αποτρέψει πάντα.

Άλλη σημαντική αιτία του οδοντιατρικού φόβου είναι η αίσθηση της απώλειας ελέγχου του ασθενούς. Στην οδοντιατρική έδρα (καρέκλα) ο ασθενής πρέπει να μένει

ακίνητος. Το γεγονός αυτό του δημιουργεί ένα άγχος το οποίο ενισχύεται με τη δυσκολία του να κατανοήσει τι συμβαίνει ή να προβλέψει τι πρόκειται να τον πονέσει.

Η ανησυχία πολλές φορές χαρακτηρίζεται ως ο «φόβος του άγνωστου». Το ίδιο συμβαίνει και με τους οδοντιατρικά ανήσυχους ασθενείς. Δεν γνωρίζουν την πορεία, την εξέλιξη, την έκβαση της οδοντιατρικής πράξης, με αποτέλεσμα να αισθάνονται φόβο. Η Αράβου αναφέρει χαρακτηριστικά: Η οδοντιατρική πράξη, παραπέμπει σε παγίδα. Ο ασθενής αισθάνεται παγιδευμένος, ενώ ο γιατρός τοποθετεί στη στοματική του κοιλότητα οξύαιχμα εργαλεία. Ένας άγνωστος οδοντίατρος επίσης δημιουργεί ανησυχία, διότι δεν είναι γνωστό πόσο «άγριος» μπορεί να είναι στους χειρισμούς του. Ίσως αυτό να εξηγεί την ευρύτητα στην επικράτηση της οδοντιατρικής ανησυχίας (Αράβου, 2008).

Η αμηχανία είναι ακόμη μια σημαντική αιτία άγχους και φόβου. Το στόμα αποτελεί μια ιδιαίτερη περιοχή του ανθρώπινου σώματος και ο ασθενής είναι δυνατόν να αισθάνεται άβολα και αμήχανα όταν ο γιατρός κοιτάζει μέσα σε αυτό (φόβος της εισβολής). Ταυτόχρονα η οδοντιατρική θεραπεία απαιτεί φυσική επαφή. Κατά τη διάρκεια της ο οδοντίατρος βρίσκεται λίγα εκατοστά από το πρόσωπο του ασθενούς, γεγονός που μπορεί να τον φέρει σε δύσκολη θέση και να του προκαλέσει άγχος.

Τέλος, πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η προηγούμενη οδοντιατρική εμπειρία του ασθενούς, τόσο όσον αφορά στην συχνότητα με την οποία επισκέπτεται τον οδοντίατρο, όσο και στο πόσο επίπονη ήταν η προηγούμενη εμπειρία. Όσο συχνότερα κάποιος επισκέπτεται τον οδοντίατρο τόσο λιγότερο άγχος του προκαλεί η ιδέα μιας επόμενης συνεδρίας. Το γεγονός αυτό συνδέεται συχνά, με την απουσία από το στόμα του σημαντικών αλλοιώσεων, εφόσον ακολουθεί ένα τακτικό πρόγραμμα επισκέψεων και την κατά συνέπεια απουσία εμπειρίας του οδοντικού πόνου. Επίσης, όσο πιο επίπονη είναι η προηγούμενη εμπειρία ενός ατόμου από την αντιμετώπιση κάποιου οδοντιατρικού προβλήματος, τόσο πιο αγχωμένο/φοβισμένο πρόκειται να είναι στην επόμενη επίσκεψή του. Στη βιβλιογραφία η προηγούμενη τραυματική εμπειρία και ειδικά κατά την παιδική ηλικία, φέρεται ως υπεύθυνη σε ποσοστό μέχρι και 84% για την αποφυγή της οδοντιατρικής φροντίδας (dental avoidance) (Moore, et al., 1991). Παρατηρείται τέλος, ότι εάν έχουν προηγηθεί ανώδυνες επισκέψεις και ακολουθήσει επίσκεψη όπου ο ασθενής αισθάνεται πόνο, δεν αναπτύσσονται τα ίδια μακροχρόνια αποτελέσματα φοβικής αντίδρασης που δίνει η ύπαρξη της πρώτης επώδυνης εμπειρίας. Αυτό είναι γνωστό σαν λανθάνουσα αναχαιτιστική υπόθεση (Milgrom, et al., 1997).

Άλλες αιτίες που προκαλούν άγχος/ φόβο στον ασθενή είναι η πεποίθηση ότι η οδυνηρή θεραπεία είναι αναπόφευκτη ή υποθάλπουν ένα γενικό φόβο για το άγνωστο. Ακόμη, αν έχουν βιώσει την έκθεση σε τρομακτικά πορτρέτα οδοντιάτρων στα μέσα μαζικής

ενημέρωσης, ή αν έχουν μεταβιβαστεί σε αυτούς δυσάρεστες εμπειρίες από διηγήσεις γνωστών. Ειδικότερα, η ανησυχία στην οικογένεια (έμμεση εμπειρία), έχει αποδειχθεί μέσα από πολλές εργασίες, από το 1954 έως σήμερα, ότι έχει σημαντικό μερίδιο ευθύνης. Η οικογένεια λειτουργεί ως πρότυπο συμπεριφοράς για τα παιδιά αναφορικά με τον οδοντιατρικό φόβο. Φοβισμένες μητέρες έχουν παιδιά που φοβούνται τον οδοντίατρο τουλάχιστον στην πρώτη επίσκεψη. Στη συνέχεια αλλάζουν τα πράγματα και τα παιδιά λειτουργούν βάσει της προσωπικής τους εμπειρίας (Kent & Croucher, 1998, Freeman, 1999, Humphris & Ling, 2000).

Τέλος, σε κάποιες περιπτώσεις, οι ασθενείς φοβούνται ότι μπορεί να γελοιοποιηθούν με τις αντιδράσεις τους στις καταστάσεις που μπορεί να προκύψουν κατά την επίσκεψή τους στον οδοντίατρο και για το λόγο αυτό αναβάλλουν τις προγραμματισμένες επισκέψεις τους.

Επιπρόσθετα, η γενίκευση αφορά φοβίες με την ιατρική πράξη που επεκτείνονται και στον οδοντίατρο, όπως η λευκή μπλούζα, η ένεση και οι τραυματικές εμπειρίες παιδιών από νοσοκομειακή περίθαλψη. Μερικές φορές όμως, οι άνθρωποι δημιουργούν λανθασμένες συνδέσεις, αποδίδοντας και μεταβιβάζοντας πράγματα και καταστάσεις σε εσφαλμένη κατεύθυνση, με αποτέλεσμα να γίνονται παρερμηνείες. Αυτή η εξήγηση αποτελεί μία ψυχοδυναμική ερμηνεία της οδοντιατρικής φοβίας (Freeman, 1998).

Η ύπαρξη οδοντιατρικής ανησυχίας μπορεί να οφείλεται σε βιολογικές διαφορές των ατόμων, τα οποία εμφανίζουν χαμηλό ουδό πόνο ή ακόμα και υψηλά ποσοστά διέγερσης συγκριτικά με κάποιους άλλους ανθρώπους. Η ιδιοσυγκρασία, η οποία αποδίδεται στην κληρονομικότητα, ενέχει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της οδοντιατρικής φοβίας (Kent & Croucher 1998, Kent, 1999). Το ταμπεραμέντο, προσδίδει έντονη διεγερσιμότητα και αντίληψη του πόνου (Kent & Croucher 1998, Σαββάκη, 1997, Dess & Edelheit 1998). Στο παρελθόν, κάποιοι ερευνητές διατύπωσαν την άποψη ότι η οδοντιατρική ανησυχία προέρχεται από τη σύμφυτη ευπάθεια ορισμένων ατόμων σε ψυχολογικές παρεκκλίσεις (Weiner & Sheehan, 1990, Locker, et al., 1999). Τέλος, δύο πρόσφατες έρευνες δίνουν ενδείξεις για μια γενετική προδιάθεση των ατόμων στην οδοντιατρική ανησυχία (Ray, et al., 2010, Vassend, et al., 2011).

➤ **Εκλυτικά ερεθίσματα**

Ανεξάρτητα από την αιτιολογία που προκαλεί την οδοντιατρική ανησυχία, πρέπει να αναφερθεί ότι οι εξαγωγές κατέχουν την κορυφή στην κλίμακα των στρεσογόνων ερεθισμάτων, ακολουθούμενες από την ένεση και το τρόχισμα, ενώ η στίλβωση των

δοντιών προκαλεί το μικρότερο φόβο. Αναλυτικότερα αναφέρεται στη βιβλιογραφία ότι οι ενέσεις δημιουργούν φόβο σε ποσοστό 25% για τους εξής τέσσερις λόγους:

- Πόνος από την έμπαρση της βελόνας
- Σωματικός τραυματισμός
- Μετάδοση ασθενειών
- Ανεπαρκής αναισθητοποίηση (Milgrom, et al., 1997).

Οι οσμές που αναδίδει το οδοντιατρείο αποτελούν μία άλλη παράμετρο που μπορεί να προκαλέσει ανησυχία για την οδοντιατρική πράξη. Οι οσμές όπως είναι γνωστό προκαλούν γνωστική, συμπεριφορική και συναισθηματική διέγερση (Robin, et al., 1998). Η χρήση αιχμηρών εργαλείων, η θέα του αίματος, τα φωτεινά ερεθίσματα από τον προβολέα, τα ακουστικά ερεθίσματα από τα κοπτικά εργαλεία, τα γευστικά ερεθίσματα από τα διάφορα φάρμακα και υλικά που χρησιμοποιούνται έχουν επίσης καταγραφεί ως εκλυτικοί παράγοντες άγχους και φόβου (Μπογοσιάν, et al., 2005).

Επιπτώσεις του οδοντιατρικού φόβου

Έχει τεκμηριωθεί επαρκώς στη διεθνή βιβλιογραφία ότι ο οδοντιατρικός φόβος αποτελεί πρόβλημα με παγκόσμιες διαστάσεις και το βασικότερο εμπόδιο στην αναζήτηση από τους ασθενείς υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης (Locker, 2003, Hägglin, et al., 2000, Skaret, et al., 2000). Πολλοί ερευνητές κάνουν λόγο για έναν φαύλο κύκλο που δημιουργείται μεταξύ οδοντιατρικού φόβου και αποφυγής της οδοντιατρικής φροντίδας από τους ασθενείς (dental avoidance) (Klepac, et al., 1982, Berggren & Meynert, 1984, Buoma, et al., 1987, Armfield, et al., 2007, Armfield, et al., 2013). Για παράδειγμα, σε μια διαπολιτισμική έρευνα Δανών και Κινέζων το 1995, διαπιστώθηκε ότι ο φόβος οδηγεί σε παραμέληση της στοματικής υγείας και στην αποφυγή της οδοντιατρικής φροντίδας (Schwarz & Birn, 1995). Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία, σε γυναίκες με ηλικία μεταξύ 38 και 84 ετών, έδειξε ότι υψηλά ποσοστά οδοντιατρικού φόβου συσχετιζόνταν με λανθασμένη συμπεριφορά χρήσης οδοντιατρικής φροντίδας (Hägglin, et al., 2000), ενώ σε ένα δείγμα Νορβηγών ενηλίκων ο φόβος αναφερόταν ως ο κύριος λόγος για την ακύρωση ή την απώλεια οδοντιατρικών συνεδριών (Skaret, et al., 2000). Σύμφωνα με τον Milgrom, η συνεχής αναβολή των οδοντιατρικών επισκέψεων είναι υπεύθυνη για την πιο επιθετική οδοντιατρική θεραπεία, στην οποία υποβάλλονται οι ασθενείς, όταν τελικά προσέλθουν στο οδοντιατρείο (Milgrom, et al., 1995).

Ο οδοντιατρικός φόβος και οι δυσμενείς του επιπτώσεις στη στοματική υγεία των ασθενών έχουν αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης μελέτης. Γενικά, ο φόβος σχετίζεται με

τη βεβαρυμμένη κατάσταση στοματικής υγείας (Stouthard & Hoogstraten, 1990). Άλλοι ερευνητές σημειώνουν πως οι άνθρωποι με υψηλά ποσοστά φόβου παρουσιάζουν μεγαλύτερο αριθμό τερηδονισμένων επιφανειών και δοντιών και σαφώς μεγαλύτερη και ταχύτερη απώλεια δοντιών (Schuller, et al., 2003). Ήδη από το 1987 ο Buoma υποστήριζε ότι η τελική συνέπεια του οδοντιατρικού φόβου οδηγεί τελικά στην απώλεια όλων των δοντιών (Buoma, et al., 1987). Σε μία άλλη μελέτη, οι McGrath και Bedi αναφέρουν ότι οι άνθρωποι με φτωχή στοματική υγεία βρίσκονται συνήθως ανάμεσα σε αυτούς με τα μεγαλύτερα ποσοστά φόβου (McGrath & Bedi, 2004) .

Η οδοντική φθορά οδηγεί τελικά σε απώλεια δοντιών, η οποία μειώνει την ικανότητα πρόσληψης ισορροπημένης και θρεπτικής τροφής, την απόλαυση του φαγητού και συνακόλουθα την ποιότητα της ζωής (McGrath & Bedi, 2004, Samorodnitzky, 2005, Αγγελόπουλος, 2009). Παράλληλα, η φτωχή στοματική υγιεινή μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρά προβλήματα γενικής υγείας, όπως η πνευμονία, οι φλεγμονές του ουροποιητικού συστήματος, ο πυρετός, τα εκτεταμένα περιακρορριζικά αποστήματα και η ιγμορίτιδα (Hollister & Weintraub, 1993).

Επιπρόσθετα ο οδοντιατρικός φόβος έχει αντίκτυπο στην ψυχολογία του ασθενούς, προκαλώντας χαμηλή αυτοεκτίμηση και μειωμένο ηθικό. Τα άτομα αυτά βιώνουν συχνά αισθήματα θυμού, ενοχής, ντροπής και κατάθλιψης (Berggren, et al., 2000, De Jongh, et al., 2011). Ο φοβικός ασθενής συχνά βιώνει αποδοκιμασία από το οικογενειακό περιβάλλον λόγω της στοματικής του κατάστασης. Επιπλέον η κοινωνική δραστηριότητα του ατόμου ζημιώνεται, καθώς αποφεύγει να συναντά ανθρώπους λόγω της κατάστασης των δοντιών του (Kent, et al., 1996, Humphris & Ling, 2000). Η κακή εμφάνιση, η αδυναμία μάσησης σκληρών τροφών, η κακοσμία και η συνύπαρξη ισχυρού πόνου και παραμόρφωσης λόγω αποστημάτων ωθεί τους φοβικούς ασθενείς σε αντικοινωνική συμπεριφορά (Αράβου, 2008). Άλλες έρευνες αποδεικνύουν ότι αγχώδεις οδοντιατρικοί ασθενείς τείνουν να αντιμετωπίζουν περισσότερα ψυχολογικά ή κοινωνικά προβλήματα και αναφέρουν ισχυρότερες αρνητικές κοινωνικές συνέπειες (Berggren, et al., 2000, Abrahamsson et al., 2002, Locker, 2003). Από τα ανωτέρω καταδεικνύεται ότι η οδοντιατρική φοβία είναι μία ειδική φοβία με σοβαρές κοινωνικές προεκτάσεις (specific phobia) (Kent, 1999).

Τέλος, η έρευνα αποδεικνύει ότι ο χειρισμός του δύσκολου φοβικού ασθενή είναι εξαιρετικά επίπονος για τον οδοντίατρο, ο οποίος βιώνει εργασιακό άγχος. (Ayer, et al., 1983, Milgrom, et al., 1995, Woolfolk, et al., 1999).

Αντιδράσεις σε συνθήκες οδοντιατρικού φόβου

Ο φόβος για την οδοντιατρική πράξη εκδηλώνεται με μια πληθώρα αντιδράσεων και μεταβολών, οι οποίες διακρίνονται σε βιολογικές, συμπεριφορικές και γνωστικές.

Οι ψυχοφυσιολογικές ή βιολογικές αντιδράσεις στο άγχος σχετίζονται με την αύξηση της δραστηριότητας του συμπαθητικού κλάδου του αυτόνομου νευρικού συστήματος προκαλώντας αλλαγές στο καρδιαγγειακό σύστημα (αυξημένη αρτηριακή πίεση και καρδιακό ρυθμό) (Brand, et al., 1995, Boorin, 1995, Winer, 1982), στους ιδρωτοποιούς αδένες (αυξημένη παραγωγή ιδρώτα και ηλεκτρική αγωγιμότητα του δέρματος), στους μύες (αυξημένος μυϊκός τόνος, σπασμωδικές κινήσεις, μυϊκός τρόμος), στο αναπνευστικό σύστημα (άπνοια, αναστεναγμοί, δύσπνοια) (Boorin, 1995, Barsby, 1997) και στο πεπτικό σύστημα (ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, έκκριση ορμονών του στρες στα ούρα) (Brand, et al., 1995, Winer, 1982). Από το πεπτικό παρατηρούνται επίσης μεταβολές της κορτιζόλης του σάλιου ιδιαίτερα κατά τις εξαγωγές (Miller, et al., 1995). Τέλος, σε αγχώδεις ασθενείς οι οποίοι χαρακτηρίζονται από έντονο ταμπεραμέντο, παρατηρούνται διαφορές στην αίσθηση του γλυκού, του πικρού και του ήχου (Dess & Edelheit, 1998).

Οι συμπεριφορικές αντιδράσεις εκδηλώνονται με άρνηση, δηλαδή αναβολή του ραντεβού στον οδοντίατρο ή απαίτηση ολοκλήρωσης της θεραπείας σε μία συνεδρία και τέλος με απόδραση από την κατάσταση που προκαλεί ανησυχία (Αράβου, 2008).

Οι γνωστικές αντιδράσεις μπορεί να αφορούν αδυναμία συγκέντρωσης, διαταραχές στη μνήμη για συγκεκριμένα πράγματα συγκέντρωσης, υπερκινητικότητα και φαντασία καταστροφικών καταστάσεων (Μπακάλη, 2010).

Προσδιορισμός του οδοντιατρικού φόβου

Η ακριβής αξιολόγηση της οδοντιατρικής ανησυχίας είναι απαραίτητη για την παροχή της σωστής κι αποτελεσματικής οδοντιατρικής φροντίδας (Moore, et al., 1993, Aartman, et al., 2000, Zuniga, 2000). Ο προσδιορισμός του άγχους και του φόβου είναι μια δύσκολη διαδικασία και σχετίζεται με την αντίδραση του υποκειμένου το οποίο εξετάζεται. Η αξιολόγηση της οδοντιατρικής ανησυχίας πραγματοποιείται είτε με μέτρηση των εκδηλωμένων σωματικών συμπτωμάτων, είτε μέσω συμπεριφορικών μετρήσεων, ή μέσω προφορικών ή γραπτών αναφορών των ασθενών.

➤ Μετρήσεις των εκδηλωμένων σωματικών συμπτωμάτων

Ένας από τους κύριους σκοπούς της ψυχολογίας είναι η εύρεση αντικειμενικών μεθόδων για την αξιολόγηση της ψυχολογικής αντίδρασης. Ο προσδιορισμός των φυσιολογικών λειτουργιών του οργανισμού παίζει σημαντικό ρόλο στον τομέα της αξιολόγησης της συμπεριφοράς (Hugdahl, et al., 1995).

Οι φυσιολογικές παράμετροι που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση του οδοντιατρικού άγχους είναι ο καρδιακός παλμός, η πίεση του αίματος η ηλεκτροδερμική δραστηριότητα και η συγκέντρωση της κορτιζόλης στο σάλιο. (Arhakis, et al., 2013) Επίσης μπορεί να προσδιοριστεί η τιμή των κατεχολαμινών στα ούρα και το σάλιο (Αράβου, 2008). Οι προαναφερθείσες μέθοδοι περιορίζονται μόνο στον ερευνητικό τομέα και σπάνια χρησιμοποιούνται στην κλινική οδοντιατρική πράξη (Klingberg, et al., 1995). Σε πρόσφατες μελέτες χρησιμοποιήθηκε ως δείκτης μέτρησης άγχους σε παιδιά, η τιμή του ενζύμου α-αμυλάση στο σάλιο (Arhakis, et al., 2011, Arhakis, et al., 2013).

➤ **Κλίμακες αξιολόγησης συμπεριφοράς (Behavioral Rating Scales)**

Με τη μέθοδο συμπεριφορικής αξιολόγησης της οδοντιατρικής ανησυχίας προσμετρείται η σύγκρουση που αναπτύσσεται ανάμεσα στην αναγκαιότητα της επίσκεψης στον οδοντίατρο, λόγω του κινδύνου της απώλειας των δοντιών και στο φόβο που υπάρχει για την όλη διαδικασία της θεραπείας (Milgrom, et al., 1995).

Υπάρχουν πέντε τύποι φοβικών ασθενών βάσει αυτής της θεώρησης.

α. Ασθενείς στους οποίους η σύγκρουση αυξάνει με τάση επικράτησης της άρνησης, όσο πλησιάζει η ημερομηνία του ραντεβού. Σ' αυτή την κατηγορία οφείλεται μεγάλος αριθμός ακυρωμένων ραντεβού της τελευταίας στιγμής, δημιουργώντας πρόβλημα στους γιατρούς, αλλά και στους ασθενείς, αισθήματα αυτό-υποτίμησης για την δειλία τους.

β. Ασθενείς που χαρακτηρίζονται από μέτριο-ελεγχόμενο φόβο. Ο φόβος εκδηλώνεται όταν ο ασθενής εμφανίζεται στο ιατρείο και εκφράζεται ποικιλότροπα. Με την ελπίδα λ.χ. ότι η θεραπεία θα τελειώσει σύντομα και τέλος, με νευρικό χιούμορ για την όλη ιστορία και τον οδοντίατρο μαζί, που «τους μισεί θανάσιμα».

γ. Ασθενείς που δεν εκδηλώνουν το φόβο τους με αποτέλεσμα ο γιατρός να μην το αντιληφθεί καθόλου. Αυτοί όμως οι ασθενείς, εάν νοιώσουν πόνο, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να αλλάξουν οδοντίατρο. Το προσωπικό πρέπει να είναι εκπαιδευμένο στην αναγνώριση των ανθρώπων: «Πάω αλλά το Μισώ»(goers-but-haters). Είναι κακή εμπειρία για τον ασθενή, αλλά και για το γιατρό επίσης.

δ. Ασθενείς μερικά αρνούμενοι. Εμφανίζουν πολλές ομοιότητες με την προηγούμενη κατηγορία. Αργούν χρόνια να πάνε στον οδοντίατρο και το καθυστερούν όσο μπορούν. Πιέζονται τελικά από το περιβάλλον τους ή από πόνο. Απαιτούν περισσότερο χρόνο θεραπείας λόγω εκτεταμένης καταστροφής των δοντιών.

ε. Ασθενείς, τέλος, πλήρως αρνούμενοι. Δεν πηγαίνουν καθόλου στον οδοντίατρο έως ότου καταλήγουν σε κάποια ειδική κλινική, με μεγάλες οδοντικές καταστροφές. Σε πολλούς ασθενείς αυτής της κατηγορίας εφαρμόζεται γενική αναισθησία. Ο ασθενής πρέπει να παροτρύνεται να εκφράζει τους φόβους του, για να μπορεί να βοηθηθεί ανάλογα και, όταν το κάνει, να τον ευχαριστούμε για την εμπιστοσύνη και τη διευκόλυνση που μας παρέχει.

Η συμπεριφορά στην αίθουσα αναμονής μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για τη στάθμιση της οδοντιατρικής ανησυχίας, όπως και η συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Στη πρώτη περίπτωση παρατηρείται νευρική κατάσταση στα χέρια ή με διάφορα αντικείμενα, γρήγορο ξεφύλλισμα περιοδικών, βηματισμός, τρομαγμένες αντιδράσεις σε κανονικούς θορύβους του γραφείου κ.α. Οι παρατηρήσεις της γραμματέας μπορεί να βοηθήσουν το έργο του οδοντίατρο. (Kent & Croucher, 1998).

➤ **Αυτοαναφορές των ασθενών**

Γίνονται με λήψη ιστορικού, δομημένη συνέντευξη και με τη χρήση ερωτηματολογίων. Ως πρώτη μέθοδος αξιολόγησης εμφανίζεται η δομημένη συνέντευξη, στην οποία η σχολή του Σιατλ, μέσα από 14 ερωτήσεις, κατάλληλες για κλινική εφαρμογή, ανιχνεύει το φόβο του ασθενή για την οδοντιατρική πράξη (Milgrom, et al.,1995). Αυτές οι ερωτήσεις προσδιορίζουν την αιτία προσέλευσης στο ιατρείο, πόσο χρόνο έχει να επισκεφτεί ο ασθενής τον οδοντίατρο, ευθέως αν φοβάται και τι, εάν υπάρχουν άλλοι φόβοι και πώς αντιμετωπίζονται, πιθανή φαρμακευτική αντιμετώπιση, κοινωνικές επιπτώσεις στις συναναστροφές και στην εργασία, απόψεις του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος για τη στοματική του κατάσταση κ.ά.

Στο πλαίσιο των αυτοαναφορών, μια άλλη μέθοδος είναι η χρήση ερωτηματολογίων με τεκμηριωμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα. Τα ερωτηματολόγια αυτά αποτελούν εργαλεία που διευκολύνουν το έργο του γιατρού και πολλές φορές, εκτός από την έρευνα χρησιμοποιούνται και στην κλινική πράξη. Μπορεί να μετρούν γενικά την ανησυχία που παρατηρείται στους ανθρώπους για διάφορες καταστάσεις, όπως το επαγγελματικό στρες, η συμμετοχή στις εξετάσεις, η πτώση με αλεξιπτώτο, η οδοντιατρική πράξη κ.ά. (Spielberger,

1983, Λιάκος & Γιαννίτση, 1984). Κάποια ερωτηματολόγια όμως μετρούν αποκλειστικά την οδοντιατρική ανησυχία. Τα ερωτηματολόγια τα οποία χρησιμοποιούνται πιο συχνά σε ενήλικες για τον προσδιορισμό του οδοντιατρικού φόβου και άγχους είναι η κλίμακα DAS (Dental Anxiety Scale) (Corah, 1969) και η κλίμακα DFS (Dental Fear Survey) (Kleinknecht, et al., 1984). Η αρχική μορφή της κλίμακας DAS έχει τέσσερις ερωτήσεις όπου οι ασθενείς καλούνται να βαθμολογήσουν το άγχος τους σε τέσσερις οδοντιατρικές καταστάσεις, όπως, για παράδειγμα, όταν κάθονται στην αίθουσα αναμονής περιμένοντας την οδοντιατρική θεραπεία. Η κλίμακα MDAS είναι η τροποποιημένη μορφή της κλίμακας DAS , στην οποία πρακτικά, προστέθηκε μια ερώτηση σχετικά με την οδοντιατρική ένεση, ενώ οι ερωτήσεις βαθμολογούνταν από τον μικρότερο βαθμό άγχους στον μεγαλύτερο (Schuurs & Hoogstraten, 1993, Newton & Buck, 2000). Η κλίμακα DFS περιελάμβανε αρχικά 27 ερωτήσεις (Kleinknecht, et al., 1973), που αργότερα περιορίστηκαν σε 20 (Schuurs & Hoogstraten, 1993). Τα ερωτήματα αξιολογούν ένα ευρύτερο πεδίο των οδοντιατρικών ερεθισμάτων σε σχέση με αυτά που αξιολογεί η κλίμακα MDAS, όπως η θέα του τροχού, η μυρωδιά του οδοντιατρείου και άλλα ερεθίσματα. Επιπρόσθετα, γίνονται ερωτήσεις αξιολόγησης για συγκεκριμένη φυσιολογική αντίδραση σε οδοντιατρικά ερεθίσματα όπως είναι η ένταση των μυών και η αύξηση του ρυθμού των αναπνοών. Δύο ερωτήσεις ασχολούνται με την αποφυγή των οδοντιατρικών συνεδριών λόγω φόβου και μια ερώτηση είναι γενική για την αξιολόγηση του φόβου σε σχέση με την οδοντιατρική. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της κλίμακας DFS έχει επιβεβαιωθεί σε δείγματα φοιτητών και οδοντιατρικών ασθενών (Schuurs & Hoogstraten, 1993). Η MDAS είναι πιο σύντομη και γι αυτό προτιμάται στην κλινική πράξη. Αντίθετα η κλίμακα DFS περιέχει περισσότερα εκλυτικά ερεθίσματα και είναι πιο κατανοητή και γι αυτό χρησιμοποιείται για ερευνητικούς σκοπούς (Schuurs & Hoogstraten, 1993, Newton & Buck, 2000). Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της κλίμακας MDAS έχει ελεγχθεί σε δείγματα ασθενών στην Αγγλία, τη Σκωτία, την Ουαλία, την Ιρλανδία, τη Φιλανδία, το Ντουμπάι, τη Βραζιλία, την Τουρκία, καθώς και σ έναν ισπανόφωνο πληθυσμό των Ηνωμένων Πολιτειών (Humphris, et al., 1995, Humphris ,et al., 2000, Kanegane, et al., 2003, Tunc, et al., 2005, Îlgóy, et al., 2005, Coolidge, et al., 2008, Humphris, et al., 2013). Στη χώρα μας η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των μεταφρασμένων MDAS και DFS ελέγχθηκε το 2008 σ' έναν πληθυσμό 195 ατόμων (Coolidge, et al., 2008).

Αντίστοιχα ερωτηματολόγια έχουν αναπτυχθεί και για τα παιδιά, προκειμένου να προσδιοριστεί το οδοντιατρικό τους άγχος. Το ερωτηματολόγιο το οποίο χρησιμοποιείται πιο συχνά στα παιδιά είναι το Children's Fear Survey Schedule- Dental Subscale (CFSS-DS) (Cuthbert & Melamed , 1982). Περιλαμβάνει δεκαπέντε ερωτήσεις, σε μια κλίμακα με πέντε

διαβαθμίσεις, για διάφορα οδοντιατρικά ερεθίσματα, όπως είναι η ένεση, ο τροχός, ο καθαρισμός των δοντιών και παρόμοια θέματα. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της κλίμακας CFSS-DS είναι πολύ καλή (Aartman, et al., 1998, Melamed & Lumley, 1988). Στα παιδιά εφαρμόζεται επίσης και η κλίμακα εικόνων πέντε σημείων Facial Image Scale (FIS) (Buchanan & Niven, 2002, Buchanan & Niven, 2003), η οποία αποτελεί αξιόπιστη και έγκυρη μέθοδο αυτοαναφοράς οδοντιατρικού άγχους από τα παιδιά ηλικίας τριών ετών και άνω (Buchanan & Niven, 2003).

Η οδοντιατρική ανησυχία έχει και κοινωνικές επιπτώσεις. Αυτό οδήγησε στη δημιουργία ανάλογης κλίμακας για την μέτρηση των επιδράσεων στην κοινωνική δραστηριότητα του ατόμου (Kent, et al., 1996, Humphris & Ling, 2000). Η κλίμακα περιλαμβάνει ερωτήσεις του τύπου: «Αισθάνομαι ότι οι άνθρωποι θα γελάσουν μαζί μου, αν ομολογήσω την φοβία μου για τον οδοντίατρο», «Σκέφτομαι συνέχεια ότι πρέπει να επισκεφθώ οδοντίατρο», «Βάζω το χέρι μπροστά στο στόμα όταν γελώ», «Αποφεύγω να συναντώ ανθρώπους λόγω της κατάστασης των δοντιών μου» κ.ά. (Kent, 1999).

Διασύνδεση του οδοντιατρικού φόβου με το φόβο του πόνου

Ο φόβος του πόνου που σχετίζεται με την οδοντιατρική θεραπεία έχει αναγνωριστεί ως μια βασική συνιστώσα του οδοντιατρικού φόβου (McNeil & Berryman, 1989). Ο Vassend το 1993, διατύπωσε την άποψη ότι, παρά το γεγονός ότι το βίωμα του πόνου για τον οδοντιατρικό ασθενή είναι μια πραγματικότητα, οι ισχυρισμοί του ατόμου σχετικά με το πόσο πονάει στην οδοντιατρική πρακτική, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως κομμάτι των στερεοτύπων του ή των γνωστικών του δομών σε σχέση με το φόβο του για τον πόνο (Vassend, 1993). Σε μια μέτρηση η οποία πραγματοποιήθηκε σε Ολλανδούς φοιτητές Ψυχολογίας το 1995, καταγράφηκε ότι το 98% ανέφερε τουλάχιστον μία καταστροφική σκέψη. Οι αρνητικές σκέψεις ήταν άμεσα συνυφασμένες με την οδοντιατρική ανησυχία (De Jong & Ter Horst, 1995). Η αυξημένη συχνότητα καταστροφικών σκέψεων έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση οδοντιατρικής ανησυχίας και την αύξηση στην αίσθηση του πόνου (De Jongh & Ter Horst, 1995, Sullivan, et al., 1997).

Στη Δανία το 1995, έγιναν μετρήσεις σε 40 άνδρες και 40 γυναίκες που εμφάνιζαν ακραία οδοντιατρική ανησυχία. Αποδείχτηκε ότι 40% εμφάνιζαν κοινωνική φοβία, 19% άλλες ειδικές φοβίες, στον πόνο, στην ένεση, στο τρόχισμα. Τέλος, 35% έπασχε από

γενικευμένη ανησυχία και αγοραφοβία. Η ορθή διάγνωση διευκόλυνε την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή (Moore & Brodsgaard, 1995).

Επιπρόσθετα, ο Berggren το 1995, διαπίστωσε την ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στην οδοντιατρική ανησυχία και σε διάφορα είδη φοβίας. Οι φόβοι αυτοί αφορούν την ασθένεια και το θάνατο, τους φυσικούς τραυματισμούς, τα ζώα και τα φυσικά φαινόμενα, την αποτυχία και την ενόχληση από αυτή τη κατάσταση και, τέλος, εμφανίζεται σύνδεση με φοβίες κοινωνικών συνθηκών (Berggren, et al., 1995).

Στην Ουάσιγκτον το 1998, έγινε έρευνα στο επιστημονικό και μη επιστημονικό προσωπικό της Οδοντιατρικής Σχολής και βρέθηκε ότι το 13% των ερωτηθέντων, έπασχαν από υψηλή οδοντιατρική ανησυχία, αργούσαν να ζητήσουν περίθαλψη και εμφάνιζαν σωματοποιητική διαταραχή του άγχους. Δήλωσαν δε κακές οδοντιατρικές εμπειρίες και κατάθλιψη (Kaakko, et al., 1998). Η συσχέτιση του οδοντιατρικού φόβου με τη σωματοποιητική διαταραχή του στρες έχει τεκμηριωθεί κι από άλλους ερευνητές (Aartman, et al., 1999, Abrahamsson, et al., 2000).

Ο McNeil ερευνήσε το φόβο του πόνου σε ασθενείς με πόνο στην στοματοπροσωπική χώρα. Διαπίστωσε ότι, οι ασθενείς που πονούσαν σημείωσαν υψηλότερα ποσοστά φόβου, στο ερωτηματολόγιο του πόνου, σε σχέση με τους γενικούς οδοντιατρικούς ασθενείς (McNeil, et al., 2001). Σε δύο μελέτες, ο φόβος του πόνου θεωρήθηκε καθοριστικός παράγοντας για την ανάπτυξη οδοντιατρικού φόβου (Moore & Brødsgaard, 2001, McNeil, et al., 2001). Το 2002 ο Maggiriás διατύπωσε την άποψη ότι το βίωμα του πόνου στην οδοντιατρική πρακτική εξαρτάται κατά πολύ από την ψυχική διάθεση του κάθε ασθενούς (Maggiriás & Locker, 2002).

Ο Οικονόμου το 2003 διαπίστωσε την ύπαρξη ισχυρής συσχέτισης μεταξύ οδοντιατρικής ανησυχίας και γενικευμένης αγχώδους διαταραχής (Economou, 2003), ενώ το 2005 διατυπώθηκε η άποψη ότι ο φόβος για τον πόνο στην οδοντιατρική αποτελεί μια πολύ σημαντική συμμεταβλητή για την έρευνα του οδοντιατρικού πόνου (Van Wijk & Hoogstraten, 2005). Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Φιλανδία το 2011, βρέθηκε ότι ο οδοντιατρικός φόβος σχετίζεται με αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές (Pohjola, et al., 2011).

Παρά το γεγονός ότι το βίωμα του πόνου είναι ένα θέμα πρωταρχικής σημασίας, τόσο για τον οδοντιατρικό ασθενή, όσο και για τον επεμβαίνοντα επαγγελματία υγείας, υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία για την επίπτωση του οδοντιατρικού πόνου και τη συσχέτισή του με τις γενικότερες αντιλήψεις των ασθενών για τον πόνο.

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διασύνδεση της σχέσης του συναισθήματος του φόβου του πόνου με την οδοντιατρική εμπειρία. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων και ειδικότερα του φόβου πόνου στα άτομα που φοβήθηκαν κατά το βίωμα της οδοντιατρικής πράξης και σε αυτά που δεν φοβήθηκαν. Πιο συγκεκριμένα:

- Σύγκριση της ομάδας των ατόμων που φοβήθηκαν και της ομάδας όσων δεν φοβήθηκαν ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
- Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

Ερευνητικές υποθέσεις

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

- Η εμπειρία του πόνου δύναται να «ξυπνήσει» ένα σύνολο εξαιρετικά αρνητικών σκέψεων, αλλά και να ενεργοποιήσει, επίσης, καλά κρυμμένους φόβους άλλων τραυματικών καταστάσεων (Gatchel, et al., 2007). Η ιδιαίτερη συναισθηματική εμπειρία, που συνακολουθεί στρεσογόνες καταστάσεις προωθεί την αποτύπωση του γεγονότος (Ledoux, 1998) και η έκθεση σε ψυχοπαιστικά γεγονότα μπορεί μόνιμα να αλλάξει τις νευροβιολογικές διαδικασίες ή τις δομές, με τέτοιο τρόπο που να οδηγήσει σε δυσμενείς επιπτώσεις στην ουδό διέγερσης και τη δυνατότητα αντιμετώπισης μιας μετέπειτα επώδυνης εμπειρίας (van der Kolk, 2003). Ως προς το φόβο του πόνου, λοιπόν, η υπόθεσή μας είναι ότι τα άτομα που θα έδιναν θετική απάντηση στο αίσθημα του φόβου για παρελθοντικό βίωμα οδοντιατρικής πράξης, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση στο αντίστοιχο βίωμα.

2. Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας από το Φεβρουάριο του 2013 έως τον Ιούνιο του 2014.

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν άτομα κατόπιν πρόσφατης βιωμένης οδοντιατρικής πράξης.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη είναι οι παρακάτω:

1. Τα άτομα να είναι ενήλικα (άνω των 18 ετών) μέλη υγιούς πληθυσμού.
2. Μορφωτικό επίπεδο τουλάχιστον αποφοίτου δημοτικού σχολείου, έτσι ώστε να γίνονται αντιληπτές οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων. Έτσι, θα γινόταν δυνατό να αποφύγουμε τη διαδικασία μέτρησης του δείκτη νοητικής ικανότητας (IQ) των εξεταζόμενων, κάτι που θα επιβάρυνε ακόμη περισσότερο την διαδικασία μελέτης των εξεταζόμενων, η οποία θα ήταν ήδη σημαντικά επιβαρυμένη λόγω της μεγάλης έκτασης των ερωτηματολογίων.
3. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
4. Την απόφαση για το αν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα θα την έπαιρναν οι ερευνητές της παρούσας εργασίας.

Ο σχεδιασμός της μελέτης περιλάμβανε την αξιολόγηση ψυχολογικών χαρακτηριστικών που θα αφορούσαν το συναίσθημα του φόβου του πόνου καθώς και των αγχωδών αντιδράσεων στον πόνο.

Τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιώθηκαν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Για το κάθε άτομο δημιουργήθηκε ένας απόρρητος, ατομικός κωδικός, και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία τη διεκπεραίωσαν τα ίδια άτομα, οπότε μειώθηκαν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίστηκε πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα.

Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία

Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998).

Το ερωτηματολόγιο του φόβου του πόνου (FPQ-III) δημιουργήθηκε από τους McNeil & Rainwater το 1998, και αντανakλά το βαθμό του φόβου που προκαλεί μια επίπονη κατάσταση. Η κατασκευή του βασίστηκε στο συμπεριφορικό-αναλυτικό μοντέλο των Goldfried & D'Zurilla's (1969), με έμφαση στην ανάλυση μιας περιστασιακής κατάστασης (situational analysis) (McNeil & Rainwater, 1998). Πρόκειται για την τρίτη έκδοση μιας αυτό-συμπληρούμενης κλίμακας, η οποία αποτελείται από 30 προτάσεις που περιγράφουν

επώδυνες καταστάσεις του τύπου φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το... «να πάθω τροχαίο ατύχημα» ή ...«να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού» και κάθε πρόταση βαθμολογείται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (τύπου Likert) βασισμένη στο επίπεδο του φόβου του πόνου που κυμαίνεται από "καθόλου" (1) ως " υπερβολικά" (5). Το FPO-III παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και αξιοπιστία. Οι McNeil και Rainwater (1998), βρήκαν, για παράδειγμα ότι τα άτομα που αναφέρουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου, αποφεύγουν περισσότερο τα επώδυνα ερεθίσματα, από ότι τα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλότερο επίπεδο φόβου όπως μετρήθηκαν με το FPO-III (Williams, et al., 2005).

Η βαθμολόγηση της κλίμακας γίνεται με το άθροισμα των εκτιμήσεων για κάθε επίπονη εμπειρία. Το συνολικό αποτέλεσμα παίρνει τιμές από 30 μέχρι 150. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερος κρίνεται ο φόβος. Η κλίμακα της μέτρησης του φόβου του πόνου απαρτίζεται και από τρεις υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα περιλαμβάνει το φόβο που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain subscale), η δεύτερη υποκλίμακα μετράει το επίπεδο του φόβου που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain subscale) και η τρίτη υποκλίμακα δηλώνει το βαθμό του φόβου σε σχέση με τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale). Ο δείκτης Cronbach's alpha του FPO-III στο ελληνικό δείγμα είναι 0,845. Το FPO-III έχει, διεθνώς, χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα του φόβου του πόνου, που καταδεικνύουν την διαμεσολάβηση του φόβου στην ένταση και στην ποιότητα των επώδυνων ερεθισμάτων, τόσο σε άτομα με χρόνιο πόνο, όσο και σε άτομα που δεν έχουν βιώσει άμεσα την εμπειρία του πόνου (Williams, et al, 2005, Hirsh, et al, 2007).

Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Εκτός από το ανωτέρω ψυχομετρικό εργαλείο, στα άτομα του δείγματος δόθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή) και την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία), αλλά και των στάσεών τους απέναντι στον οδοντιατρικό φόβο και την οδοντιατρική εμπειρία..

Στατιστική επεξεργασία

Κατά την ανάλυση για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών

(μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση (SD)) ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε κλίμακα καθώς και σε κάθε υποκλίμακα.

Κατόπιν έγινε σύγκριση των μέσων τιμών ανάμεσα στις ομάδες. Για τη σύγκριση των δύο κατανομών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test μια και οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών μέσω των test των Kolmogorov- Smirnov και των Shapiro- Wilk, αλλά και μέσω των διαγραμμάτων κανονικότητας (θηκογράμματα, φυλλογραφήματα, normal Q-Q plot, detended normal Q-Q plot), πιστοποίησαν ότι υπόθεση της κανονικότητας για τις περισσότερες μεταβλητές ήταν αποδεκτή (Γναρδέλλης, 2006).

Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν (Δαφέρμος, 2005; Κατσουγιαννόπουλος, 1990; Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000; Ιωαννίδης, 2000).

- το χ^2 του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών είναι <5, καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι <1 και το σύνολο των παρατηρήσεων είναι >24 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το χ^2 του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι >10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το χ^2 του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι μεταξύ του 5 και 10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι <1 ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του χ^2 θα χρησιμοποιηθεί η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού (Ιωαννίδης, 2000; Γναρδέλλης, 2006).

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbom & Norell, 1992) μεταξύ των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) (Ιωαννίδης, 2000; Δαφέρμος, 2005) μια και η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους ήταν κανονική.

Οι διαφορές (P) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ($p < 0,05$).

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών έγιναν στα προγράμματα Excel και SPSS (Γναρδέλλης, 2006), ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και τις συσχέτισεις των μεταβλητών εφαρμόστηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS (Γναρδέλλης, 2006).

3. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης

3.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων

Η αξιοπιστία του εργαλείου μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνά μας επαληθεύτηκε με τον υπολογισμό του α του Cronbach.

Πίνακας 1: Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach	
Ερωτηματολόγιο	Συντελεστής α του Cronbach
FPO-III	0,874

Όπως φαίνεται από τον προηγούμενο πίνακα, το ερωτηματολόγιο μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστο, μια και ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι σημαντικά μεγαλύτερος από το 0,7.

4. Περιγραφή των ερωτώμενων

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 55 ενήλικα άτομα κατόπιν μιας πρόσφατης οδοντιατρικής πράξης. Από τα 55 άτομα, οι 19 (ποσοστό 34,5%) ήταν άνδρες και οι 36 (ποσοστό 65,5%) γυναίκες. Η μέση ηλικία του συνόλου των ερωτώμενων ήταν $42,3 \pm 14,4$, με εύρος 18-75 ετών. Συγκεκριμένα η μέση ηλικία των ανδρών ήταν $44,0 \pm 14,5$ και η μέση ηλικία των γυναικών ήταν $41,4 \pm 14,1$ και χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($p=0,521$), συγκρινόμενοι με το T-test (πίνακας 2).

Πίνακας 2. Κατανομή, 55 οδοντιατρικών ασθενών που έλαβαν μέρος στην έρευνα κατά ηλικία.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	19 (34,5)	36 (65,5)	55 (100,0)	
Ηλικία				
Ελαχίστη - μεγίστη	66-93	68-88	18-75	
Μέση τιμή ($x \pm SD$)	$44,0 \pm 14,5$	$41,4 \pm 14,1$	$42,3 \pm 14,4$	$t=0,649$ $P=0,521$

t = T-test.

4.1. Κοινωνικο-Δημογραφικά χαρακτηριστικά των Οδοντιατρικών Ασθενών

Από τους 55 οδοντιατρικούς ασθενείς που έλαβαν μέρος στη μελέτη, η πλειοψηφία διαμένει σε χωριό, ποσοστό 70,9% χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ($p=0,448$) συγκρινόμενοι με το Fisher's Exact Test (πίνακας 3). Οι 19 (ποσοστό 34,5%) από τους οδοντιατρικούς ασθενείς του δείγματος είναι άγαμοι, οι 31 (ποσοστό 56,4%) βρίσκονται σε γάμο, ο/η 1 (ποσοστό 1,8%) είναι διαζευγμένος/η και οι 4 (ποσοστό 7,3%) έχουν απωλέσει το/την σύντροφό τους, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ($p=0,216$) συγκρινόμενοι με το Fisher's Exact Test (πίνακας 4).

Πίνακας 3. Κατανομή, 55 οδοντιατρικών ασθενών κατά διαμονή και στατιστική διαφορά ως προς το φύλο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Διαφορά
Valid χωριό	39	70,9	70,9	70,9	Fisher's Exact Test=1.913 P=0.448
πόλη<150000 κατοίκους	8	14,5	14,5	85,5	
πόλη>150000 κατοίκους	8	14,5	14,5	100,0	
Total	55	100,0	100,0		

Πίνακας 4. Κατανομή, 55 οδοντιατρικών ασθενών κατά οικογενειακή κατάσταση, και στατιστική διαφορά ως προς το φύλο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Διαφορά
Valid άγαμος/η	19	34,5	34,5	34,5	Fisher's Exact Test=4.044 P=0.216
έγγαμος/η	31	56,4	56,4	90,9	
διαζευγμένος/η	1	1,8	1,8	92,7	
χήρος/α	4	7,3	7,3	100,0	
Total	55	100,0	100,0		

Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο, οι 9 (ποσοστό 16,4%) οδοντιατρικοί ασθενείς δήλωσαν απόφοιτοι δημοτικής εκπαίδευσης, οι 5 (ποσοστό 9,1%) οδοντιατρικοί ασθενείς δήλωσαν απόφοιτοι γυμνασίου, οι 21 (ποσοστό 38,2%) οδοντιατρικοί ασθενείς δήλωσαν απόφοιτοι λυκείου, οι 19 (ποσοστό 34,4%) οδοντιατρικοί ασθενείς δήλωσαν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, και μόνο 1 από τους οδοντιατρικούς ασθενείς δήλωσε ότι είναι φοιτητής (ποσοστό 1,8%), ενώ δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη σύγκριση των ανδρών και γυναικών ως προς το εκπαιδευτικό τους επίπεδο ($p=0,982$) με το Fisher's Exact Test, (πίνακας 5).

Πίνακας 5. Κατανομή, 55 οδοντιατρικών ασθενών κατά εκπαιδευτικό επίπεδο, και στατιστική διαφορά ως προς το φύλο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Διαφορά
Valid απόφοιτος δημοτικού	9	16,4	16,4	16,4	Fisher's Exact Test=1.012 P=0.982
απόφοιτος γυμνασίου	5	9,1	9,1	25,5	
απόφοιτος λυκείου	21	38,2	38,2	63,6	
απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	19	34,5	34,5	98,2	
φοιτητής ΑΕΙ/ΤΕΙ	1	1,8	1,8	100,0	
Total	55	100,0	100,0		

Στη συντριπτική τους πλειοψηφία (ποσοστό 98,2%) οι οδοντιατρικοί ασθενείς έχουν αδέρφια, χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές στη σύγκριση των ανδρών και γυναικών ως προς την ύπαρξη αδελφών ($p=0,142$) με τον Likelihood Ratio, (πίνακας 6).

Πίνακας 6. Κατανομή, 55 οδοντιατρικών ασθενών κατά ύπαρξη αδελφών, και στατιστική διαφορά ως προς το φύλο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Διαφορά
Valid όχι	1	1,8	1,8	1,8	L.R. =2,161 P= 0,142
ναι	54	98,2	98,2	100,0	
Total	55	100,0	100,0		

Οι 6 στους 10 από τους οδοντιατρικούς ασθενείς (ποσοστό 61,8%) έχουν παιδιά, χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές στη σύγκριση των ανδρών και γυναικών ως προς την ύπαρξη παιδιών ($p=0,308$) συγκρινόμενοι με το χ^2 του Pearson, (πίνακας 7).

Πίνακας 7. Κατανομή, 55 οδοντιατρικών ασθενών κατά ύπαρξη παιδιών και στατιστική διαφορά ως προς το φύλο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Διαφορά
Valid όχι	21	38,2	38,2	38,2	$\chi^2_p = 1,038$ $P = 0,308$
ναι	34	61,8	61,8	100,0	
Total	55	100,0	100,0		

Οι 7 στους 10 περίπου από τους οδοντιατρικούς ασθενείς (ποσοστό 69,1%) δεν καπνίζουν σε αντίθεση με τους 3 στους 10 οι οποίοι δήλωσαν καπνιστές (ποσοστό 30,9%), με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά στη σύγκριση των ανδρών και γυναικών ως προς το κάπνισμα ($p=0,002$) με τον Likelihood Ratio, (πίνακας 8).

Πίνακας 8. Κατανομή, 55 οδοντιατρικών ασθενών κατά κάπνισμα και στατιστική διαφορά ως προς το φύλο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Διαφορά
Valid όχι	38	69,1	69,1	69,1	L.R. =9,717 $P = 0,002$
ναι	17	30,9	30,9	100,0	
Total	55	100,0	100,0		

Οι 9 στους 10 περίπου από τους οδοντιατρικούς ασθενείς (ποσοστό 89,1%) καταναλώνουν καφέ σε αντίθεση με τον 1 στους 10 που δήλωσε ότι δεν καταναλώνει καφέ (ποσοστό 10,9%), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά στη σύγκριση των ανδρών και γυναικών ως προς την κατανάλωση καφέ ($p=0,947$) με τον Likelihood Ratio, (πίνακας 9).

Πίνακας 9. Κατανομή, 55 οδοντιατρικών ασθενών κατά κατανάλωση καφέ και στατιστική διαφορά ως προς το φύλο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Διαφορά
Valid όχι	6	10,9	10,9	10,9	L.R. =0,004 P= 0,947
ναι	49	89,1	89,1	100,0	
Total	55	100,0	100,0		

4.2. Στάσεις – Συμπεριφορές και Χαρακτηριστικά ως προς τα Οδοντιατρικά Προβλήματα των Ερωτώμενων

Από τους 55 οδοντιατρικούς ασθενείς του δείγματός μας οι 4 στους 10 (ποσοστό 41,8%) δήλωσαν ότι έχουν κληρονομικό οδοντιατρικό πρόβλημα σε αντίθεση με τους 6 στους 10 περίπου (ποσοστό 58,2%) που δήλωσαν το αντίθετο χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των οδοντιατρικών ασθενών ερωτώμενων, συγκρινόμενοι με το χ^2 Yates ($p= 0,798$) (πίνακας, 10).

Πίνακας 10. Κατανομή, 55 οδοντιατρικών ασθενών κατά κληρονομικότητα οδοντιατρικού προβλήματος και στατιστική διαφορά ως προς το φύλο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Διαφορά
Valid όχι	32	58,2	58,2	58,2	$\chi^2_v = 0.066$ P=0.798
ναι	23	41,8	41,8	100,0	
Total	55	100,0	100,0		

Από τους 55 οδοντιατρικούς ασθενείς του δείγματός μας οι 7 στους 10 (ποσοστό 67,3%) περίπου δήλωσαν ότι έχουν κληρονομικό πρόβλημα με τα προβλήματα στα ούλα σε αντίθεση με τους 3 στους 10 περίπου (ποσοστό 32,7%) που δήλωσαν το αντίθετο, χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των οδοντιατρικών ασθενών ερωτώμενων, συγκρινόμενοι με το χ^2 Yates ($p= 0,865$) (πίνακας, 11).

Πίνακας 11. Κατανομή, 55 οδοντιατρικών ασθενών κατά οικογενειακού ιστορικού του προβλήματος στα ούλα και στατιστική διαφορά ως προς το φύλο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Διαφορά
Valid	όχι	18	32,7	32,7	$\chi^2_{y}=0.029$ $P=0.865$
	ναι	37	67,3	100,0	
	Total	55	100,0	100,0	

Οι 20 οδοντιατρικοί ασθενείς (ποσοστό 54,1%) δήλωσαν ότι έχουν το ίδιο κληρονομικό οδοντιατρικό πρόβλημα με τον πατέρα τους και 17 οδοντιατρικοί ασθενείς (ποσοστό 45,9%) δήλωσαν το αντίθετο, χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των οδοντιατρικών ανδρών ασθενών και γυναικών ερωτώμενων, συγκρινόμενοι με τον Likelihood Ratio, ($p= 0,478$) (πίνακας, 12).

Πίνακας 12. Κατανομή, 55 οδοντιατρικών ασθενών κατά συνύπαρξη του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος στο πατέρα και στατιστική διαφορά ως προς το φύλο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Διαφορά
Valid	όχι	20	36,4	54,1	$L.R. =0,503$ $P= 0,478$
	ναι	17	30,9	100,0	
	Total	37	67,3	100,0	
Missing	System	18	32,7		
Total		55	100,0		

Οι 25 οδοντιατρικοί ασθενείς (ποσοστό 67,6%) δήλωσαν ότι έχουν το ίδιο κληρονομικό οδοντιατρικό πρόβλημα με τη μητέρα τους και 12 οδοντιατρικοί ασθενείς (ποσοστό 32,4%) δήλωσαν το αντίθετο, χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των οδοντιατρικών ανδρών ασθενών και γυναικών ερωτώμενων, συγκρινόμενοι με τον Likelihood Ratio, ($p= 0,716$) (πίνακας, 13).

Πίνακας 13. Κατανομή, 55 οδοντιατρικών ασθενών κατά συνύπαρξη του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος στη μητέρα και στατιστική διαφορά ως προς το φύλο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Διαφορά
Valid	όχι	12	21,8	32,4	32,4	
	ναι	25	45,5	67,6	100,0	L.R. =0,329
	Total	37	67,3	100,0		P= 0,716
Missing	System	18	32,7			
Total		55	100,0			

Οι 14 οδοντιατρικοί ασθενείς (ποσοστό 37,8%) δήλωσαν ότι έχουν το ίδιο κληρονομικό οδοντιατρικό πρόβλημα με τον/την αδελφό/ή τους και 23 οδοντιατρικοί ασθενείς (ποσοστό 62,2%) δήλωσαν το αντίθετο, χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των οδοντιατρικών ανδρών ασθενών και γυναικών ερωτώμενων, συγκρινόμενοι με τον Likelihood Ratio, ($p= 0,445$) (πίνακας, 14).

Πίνακας 14. Κατανομή, 55 οδοντιατρικών ασθενών κατά συνύπαρξη του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος στον/στην αδελφό/ή και στατιστική διαφορά ως προς το φύλο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Διαφορά
Valid	όχι	23	41,8	62,2	62,2	
	ναι	14	25,5	37,8	100,0	L.R. =0,584
	Total	37	67,3	100,0		P= 0,445
Missing	System	18	32,7			
Total		55	100,0			

Από τους 55 οδοντιατρικούς ασθενείς του δείγματός μας το μεγαλύτερο ποσοστό 54,6% δηλώνουν λίγο έως πολύ λίγο πόνο κατά την οδοντιατρική τεχνική και πρακτική, οι 34,5% δηλώνουν μέτριο πόνο κατά την οδοντιατρική τεχνική και πρακτική και ένα ποσοστό της τάξης του 11,0% δηλώνει πολύ έως πάρα πολύ πόνο κατά την οδοντιατρική τεχνική και πρακτική, χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών

οδοντιατρικών ασθενών και των γυναικών οδοντιατρικών ασθενών, στη σύγκρισή τους με Fisher's Exact Test ($p= 0,845$) (πίνακας 15).

Πίνακας 15. Κατανομή, 55 οδοντιατρικών ασθενών κατά βαθμό πόνου της οδοντιατρικής πράξης και στατιστική διαφορά ως προς το φύλο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Διαφορά
Valid	πολύ λίγο	15	27,3	27,3	27,3	Fisher's Exact Test=1.888 P=0.845
	λίγο	15	27,3	27,3	54,5	
	μέτρια	19	34,5	34,5	89,1	
	πολύ	3	5,5	5,5	94,5	
	πάρα πολύ	3	5,5	5,5	100,0	
	Total	55	100,0	100,0		

Από τους 55 οδοντιατρικούς ασθενείς του δείγματός μας το μεγαλύτερο ποσοστό 54,6% δηλώνουν λίγο έως πολύ λίγο φόβο κατά την οδοντιατρική τεχνική και πρακτική, οι 20,0% δηλώνουν μέτριο φόβο κατά την οδοντιατρική τεχνική και πρακτική και ένα ποσοστό της τάξης του 25,4% δηλώνει πολύ έως πάρα πολύ φόβο κατά την οδοντιατρική τεχνική και πρακτική, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών οδοντιατρικών ασθενών και των γυναικών οδοντιατρικών ασθενών, στη σύγκρισή τους με Fisher's Exact Test ($p= 0,027$) (πίνακας 16).

Πίνακας 16. Κατανομή, 55 οδοντιατρικών ασθενών κατά βαθμό φόβου της οδοντιατρικής πράξης και στατιστική διαφορά ως προς το φύλο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Διαφορά
Valid	πολύ λίγο	15	27,3	27,3	27,3	Fisher's Exact Test=10.360 P=0.027
	λίγο	15	27,3	27,3	54,5	
	μέτρια	11	20,0	20,0	74,5	
	πολύ	6	10,9	10,9	85,5	
	πάρα πολύ	8	14,5	14,5	100,0	
	Total	55	100,0	100,0		

5. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της εργασίας μας, που αφορούν συγκρίσεις μεταξύ οδοντιατρικών ασθενών ανδρών και γυναικών ως προς το φόβο του πόνου. Για το λόγο αυτό και πριν παραθέσουμε τα αποτελέσματα θα ξεκινήσουμε με το να παρουσιάσουμε τις υποκλίμακες στις οποίες συγκρίθηκαν και τον τρόπο βαθμολόγησής τους.

5.1. Κλίμακες που μελετήθηκαν

Κάθε ένας ερωτώμενος συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο του φόβου του πόνου, δηλαδή τις 30 ερωτήσεις του. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται το σύνολο των υποκλιμάκων που υπολογίστηκαν για το ερωτηματολόγιο, καθώς και η συνολική τιμή του. Για κάθε μία υποκλίμακα περιγράφεται το σύνολο των ερωτήσεων από τις οποίες προήλθε και ο τρόπος με τον οποίο βαθμολογήθηκε κάθε μία απάντηση του ερωτώμενου.

Ερωτηματολόγιο Φόβου του Πόνου – Fear of Pain (FPQ III)	
Συνολική βαθμολογία (Total Fear of Pain)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις 30 ερωτήσεις του.
Φόβος για Ελαφρύ Πόνο (Minor Pain)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 4, 7, 12, 19, 22, 23, 24, 28 και 30.
Φόβος για Δριμύ Πόνο (Severe Pain)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 3, 5, 6, 9, 10, 13, 18, 25 και 27.
Φόβος για Πόνο Ιατρικών Παρεμβάσεων (Medical Pain)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 11, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 26 και 29.

5.2 Διαφοροποιήσεις μεταξύ οδοντιατρικών ασθενών ανδρών και γυναικών ως προς το Φόβο του Πόνου

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 55 οδοντιατρικών ασθενών, δηλαδή των 19 ανδρών και των 36 γυναικών. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις υποκλίμακες είναι:

Στατιστική Υπόθεση : Η μέση τιμή της κλίμακας δε διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή μεταξύ της ομάδας των ανδρών και της ομάδας των γυναικών.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού p το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του $T - Test$ δίνει τον πίνακα 17. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Πίνακας 17: Διαφοροποιήσεις μεταξύ οδοντιατρικών ασθενών ανδρών και γυναικών ως προς το φόβο του πόνου					
			T-Test		
	Άνδρες	Γυναίκες	t	df	P
Ερωτηματολόγιο Φόβου του Πόνου – Fear of Pain (FPQ-III)					
Συνολική βαθμολογία (Total Fear of Pain)	14,84±3,50	14,42±3,442	,433	53	,667
Φόβος για Ελαφρύ Πόνο (Minor Pain)	6,32±2,187	6,78±1,958	-,799	53	,428
Φόβος για Δριμύ Πόνο (Severe Pain)	2,05±1,433	1,36±1,334	1,782	53	,428
Φόβος για Πόνο Ιατρικών Παρεμβάσεων (Medical Pain)	6,47±1,124	6,28±1,233	,577	53	,566

Στον πίνακα 17, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως το φόβο του πόνου μεταξύ ανδρών και γυναικών οδοντιατρικών ασθενών.

5.3 Διαφοροποιήσεις μεταξύ κληρονομικότητας οδοντιατρικού προβλήματος και Φόβου του Πόνου

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων του φόβου του πόνου μεταξύ των 55 οδοντιατρικών ασθενών, δηλαδή των 23 ασθενών με κληρονομικό

οδοντιατρικό πρόβλημα και των 32 ασθενών χωρίς κληρονομικό οδοντιατρικό πρόβλημα. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T - Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις υποκλίμακες είναι:

Στατιστική Υπόθεση : Η μέση τιμή της κλίμακας δε διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή μεταξύ της ομάδας των ασθενών με κληρονομικό οδοντιατρικό πρόβλημα και των ασθενών χωρίς κληρονομικό οδοντιατρικό πρόβλημα.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού p το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T - Test δίνει τον πίνακα 18. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Πίνακας 18: Διαφοροποιήσεις μεταξύ κληρονομικού οδοντιατρικού προβλήματος και φόβου του πόνου					
			T-Test		
	Όχι	Ναι	t	df	P
Ερωτηματολόγιο Φόβου του Πόνου – Fear of Pain (FPQ-III)					
Συνολική βαθμολογία (Total Fear of Pain)	14,47±3,610	14,70±3,253	-,239	53	,812
Φόβος για Ελαφρύ Πόνο (Minor Pain)	6,75±2,079	6,43±1,996	,564	53	,575
Φόβος για Δριμύ Πόνο (Severe Pain)	1,66±1,537	1,52±1,201	,350	53	,728
Φόβος για Πόνο Ιατρικών Παρεμβάσεων (Medical Pain)	6,06±1,243	6,74±1,010	-2,149	53	,036

Στον πίνακα 18, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι οδοντιατρικοί ασθενείς με κληρονομικό οδοντιατρικό πρόβλημα, εμφανίζουν υψηλότερες μέσες τιμές με στατιστικά σημαντική διαφορά στην παρακάτω κλίμακα:

1. Φόβος για Πόνο Ιατρικών Παρεμβάσεων (Medical Pain)

5.4 Διαφοροποιήσεις μεταξύ συνύπαρξης του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος με τον πατέρα και του Φόβου του Πόνου

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων του φόβου του πόνου μεταξύ των 20 ασθενών χωρίς συνύπαρξη του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος στον πατέρα τους και των 17 ασθενών με συνύπαρξη του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος στον πατέρα τους. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις υποκλίμακες είναι:

Στατιστική Υπόθεση : Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή μεταξύ της ομάδας των ασθενών χωρίς συνύπαρξη του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος στον πατέρα τους και των ασθενών με συνύπαρξη του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος στον πατέρα τους.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού p το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T – Test δίνει τον πίνακα 19. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Πίνακας 19: Διαφοροποιήσεις μεταξύ συνύπαρξης του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος στον πατέρα τους και του φόβου του πόνου					
			T-Test		
	Όχι	Ναι	t	df	P
Ερωτηματολόγιο Φόβου του Πόνου – Fear of Pain (FPQ-III)					
Συνολική βαθμολογία (Total Fear of Pain)	13,85±3,150	14,94±3,344	-1,021	35	,314
Φόβος για Ελαφρύ Πόνο (Minor Pain)	6,40±1,789	6,18±2,007	,358	35	,722
Φόβος για Δριμύ Πόνο (Severe Pain)	1,25±1,251	1,94±1,298	-1,646	35	,109

Pain)					
Φόβος για Πόνο Ιατρικών Παρεμβάσεων (Medical Pain)	6,20±1,105	6,82±1,074	-1,732	35	,092

Στον πίνακα 19, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι οδοντιατρικοί ασθενείς με συνύπαρξη του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος με τον πατέρα τους, εμφανίζουν υψηλότερες μέσες τιμές με στατιστικά σημαντική διαφορά στην παρακάτω κλίμακα:

1. Φόβος για Πόνο Ιατρικών Παρεμβάσεων (Medical Pain)

5.5 Διαφοροποιήσεις μεταξύ συνύπαρξης του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος με τη μητέρα και του Φόβου του Πόνου

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων του φόβου του πόνου μεταξύ των 12 ασθενών χωρίς συνύπαρξη του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος στη μητέρα τους και των 25 ασθενών με συνύπαρξη του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος στη μητέρα τους. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις υποκλίμακες είναι:

Στατιστική Υπόθεση : Η μέση τιμή της κλίμακας δε διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή μεταξύ της ομάδας των ασθενών χωρίς συνύπαρξη του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος στη μητέρα τους και των ασθενών με συνύπαρξη του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος στη μητέρα τους.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού p το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T – Test δίνει τον πίνακα 20. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Πίνακας 20: Διαφοροποιήσεις μεταξύ συνύπαρξης του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος στη μητέρα τους και του φόβου του πόνου					
			T-Test		
	Όχι	Ναι	t	df	P
Ερωτηματολόγιο Φόβου του Πόνου – Fear of Pain (FPQ-III)					
Συνολική βαθμολογία (Total Fear of Pain)	12,83±3,614	15,08±2,842	-2,060	35	,047
Φόβος για Ελαφρύ Πόνο (Minor Pain)	5,58±2,193	6,64±1,630	-1,648	35	,108
Φόβος για Δριμύ Πόνο (Severe Pain)	1,08±,996	1,80±1,384	-1,600	35	,119
Φόβος για Πόνο Ιατρικών Παρεμβάσεων (Medical Pain)	6,17±1,193	6,64±1,075	-1,210	35	,234

Στον πίνακα 20, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι οδοντιατρικοί ασθενείς με συνύπαρξη του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος με τη μητέρα τους, εμφανίζουν υψηλότερες μέσες τιμές με στατιστικά σημαντική διαφορά στην παρακάτω κλίμακα:

1. Συνολική βαθμολογία (Total Fear of Pain)

5.5 Διαφοροποιήσεις μεταξύ συνύπαρξης του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος με τον/την αδελφό/ή και του Φόβου του Πόνου

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων του φόβου του πόνου μεταξύ των 23 ασθενών χωρίς συνύπαρξη του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος στον/ην αδελφό/ή τους και των 14 ασθενών με συνύπαρξη του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος στον/ην αδελφό/ή τους. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις υποκλίμακες είναι:

Στατιστική Υπόθεση : Η μέση τιμή της κλίμακας δε διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή μεταξύ της ομάδας των ασθενών χωρίς συνύπαρξη του ίδιου οδοντιατρικού

προβλήματος στον/ην αδελφό/ή τους και των ασθενών με συνύπαρξη του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος στον/ην αδελφό/ή τους.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού p το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του $T - Test$ δίνει τον πίνακα 21. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Πίνακας 21: Διαφοροποιήσεις μεταξύ συνύπαρξης του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος στον/η αδελφό/ή τους και του φόβου του πόνου					
			T-Test		
	Όχι	Ναι	t	df	P
Ερωτηματολόγιο Φόβου του Πόνου – Fear of Pain (FPQ-III)					
Συνολική βαθμολογία (Total Fear of Pain)	14,48±3,475	14,14±2,931	,301	35	,765
Φόβος για Ελαφρύ Πόνο (Minor Pain)	6,52±1,928	5,93±1,774	,935	35	,356
Φόβος για Δριμύ Πόνο (Severe Pain)	1,57±1,409	1,57±1,158	-,014	35	,989
Φόβος για Πόνο Ιατρικών Παρεμβάσεων (Medical Pain)	6,39±1,270	6,64±,842	-,657	35	,516

Στον πίνακα 20, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι οδοντιατρικοί ασθενείς με συνύπαρξη του ίδιου οδοντιατρικού προβλήματος με τον/ην αδελφό/ή τους, δεν εμφανίζουν στατιστικά σημαντική διαφορά σε καμία από τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου του φόβου του πόνου.

5.6 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ του βιώματος της εξαγωγής δοντιού ως προς το φόβο του πόνου

Στον πίνακα 22, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του βιώματος του φόβου της εξαγωγής του δοντιού των οδοντιατρικών ασθενών ως προς το φόβο του πόνου όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

1. Φόβος για Ελαφρύ Πόνο (Minor Pain) ($p=0,775$)
2. Φόβος για Δριμύ Πόνο (Severe Pain) ($p=0,009$)
3. Φόβος για Πόνο Ιατρικών Παρεμβάσεων (Medical Pain) ($p=0,369$)
4. Συνολική βαθμολογία (Total Fear of Pain) ($p=0,096$)

Πίνακας 22: Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ του βιώματος της εξαγωγής δοντιού ως προς το φόβο του πόνου		
	F	p
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Συνολική βαθμολογία (Total Fear of Pain)	2,087	,096
Φόβος για Ελαφρύ Πόνο (Minor Pain)	0,446	,775
Φόβος για Δριμύ Πόνο (Severe Pain)	3,808	,009
Φόβος για Πόνο Ιατρικών Παρεμβάσεων (Medical Pain)	1,095	,369

6. Συζήτηση

Πριν σχολιάσουμε τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης και τα σχετίσουμε με αποτελέσματα παρόμοιων μελετών θεωρούμε σημαντικό να σημειώσουμε: α) σε τι δεν απαντάει η συγκεκριμένη μελέτη, και β) ποιοι είναι οι περιορισμοί της.

Οριοθετήσεις

Ευθύς εξ αρχής θα πρέπει να δηλώσουμε ότι τα πορίσματα της παρούσας μελέτης αφορούν τα χαρακτηριστικά του φόβου του πόνου των οδοντιατρικών ασθενών κατά τις οδοντιατρικές παρεμβάσεις και επεμβάσεις στο συγκεκριμένο χωροχρόνο. Δεν είναι βέβαιο, δηλαδή, κατά πόσο είναι ανεξάρτητα από το χωροχρόνο και για αυτό δεν απαντούν σε συνθήκες προγενέστερες του παρόντος.

Το γεγονός αυτό δεν μας επιτρέπει να μιλήσουμε για αιτιώδη σχέση μεταξύ των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών και των αιτιών του φόβου του πόνου τους. Μια τέτοια προσπάθεια για την ανακάλυψη συγκεκριμένων συνθηκών, οι οποίες παίζουν καθοριστικό ρόλο στην επίδραση του φόβου του πόνου κατά τη διάρκεια της οδοντιατρικής πράξης θα προσέκρουε σε αρκετά μεθοδολογικά σημεία. Για να οριστεί μια αιτιώδη σχέση, θα απαιτείτο η παρακολούθηση σημαντικού αριθμού οδοντιατρικών ασθενών σε μεγάλο χρονικό διάστημα, έτσι, ώστε να καταστεί δυνατή η διάκριση ανάμεσα στις συνθήκες, οι οποίες προϋπήρχαν των παρόντων απαντήσεων και της παρούσας στάσης ως προς τον οδοντιατρικό τους φόβο του πόνου.

Για τα αποτελέσματα που προέκυψαν συνολικά από τη στατιστική ανάλυση και την ερμηνεία τους οφείλουμε να διατυπώσουμε ορισμένες επιφυλάξεις που αφορούν στην πιθανή διαπλοκή του τύπου αίτιο - αιτιατό μεταξύ ορισμένων μεταβλητών. Σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να οδηγηθούμε στη διατύπωση μιας γραμμικής αιτιολογικής υπόθεσης.

Ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας επιτρέπει να διερευνηθούν τα χαρακτηριστικά του οδοντιατρικού φόβου του πόνου και τα δυναμικά του κατά τη διάρκεια της παρούσας χρονικής στιγμής. Βεβαίως, δεν αποτέλεσε στόχο της παρούσας έρευνας η εξειδικευμένη μελέτη άλλων παραγόντων που ενδεχομένως να επηρεάζουν το φόβο του οδοντιατρικού πόνου, γεγονός που θα απαιτούσε διαφορετικό ερευνητικό σχεδιασμό και εκτίμηση ποικίλων ακόμη παραγόντων για μια μελέτη αναδρομικού χαρακτήρα.

Το προφίλ των οδοντιατρικών ασθενών του δείγματος

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης φαίνεται να σκιαγραφούν ένα προφίλ των οδοντιατρικών ασθενών της ελληνικής επαρχίας.

Από τους 55 οδοντιατρικούς ασθενείς που έλαβαν μέρος στη μελέτη, κατόπιν μιας πρόσφατης οδοντιατρικής πράξης, η πλειοψηφία ήταν γυναίκες, πιο συγκεκριμένα οι 36

οδοντιατρικοί ασθενείς (ποσοστό 65,5%) και οι 19 (ποσοστό 34,5%) ήταν άνδρες. Η μέση ηλικία του συνόλου των ερωτώμενων ήταν $42,3 \pm 14,4$, με εύρος 18-75 ετών. Συγκεκριμένα η μέση ηλικία των ανδρών ήταν $44,0 \pm 14,5$ και η μέση ηλικία των γυναικών ήταν $41,4 \pm 14,1$ και χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($p=0,521$), συγκρινόμενοι με το T-test. Η πλειοψηφία των οδοντιατρικών ασθενών διαμένει σε χωριό, ποσοστό 70,9% χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ($p=0,448$) συγκρινόμενοι με το Fisher's Exact Test. Οι 19 (ποσοστό 34,5%) από τους οδοντιατρικούς ασθενείς του δείγματος είναι άγαμοι, οι 31 (ποσοστό 56,4%) βρίσκονται σε γάμο, ο/η 1 (ποσοστό 1,8%) είναι διαζευγμένος/η και οι 4 (ποσοστό 7,3%) έχουν απωλέσει το/την σύντροφό τους, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ($p=0,216$) συγκρινόμενοι με το Fisher's Exact Test. Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο, οι 9 (ποσοστό 16,4%) οδοντιατρικοί ασθενείς δήλωσαν απόφοιτοι δημοτικής εκπαίδευσης, οι 5 (ποσοστό 9,1%) οδοντιατρικοί ασθενείς δήλωσαν απόφοιτοι γυμνασίου, οι 21 (ποσοστό 38,2%) οδοντιατρικοί ασθενείς δήλωσαν απόφοιτοι λυκείου, οι 19 (ποσοστό 34,4%) οδοντιατρικοί ασθενείς δήλωσαν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, και μόνο 1 από τους οδοντιατρικούς ασθενείς δήλωσε ότι είναι φοιτητής (ποσοστό 1,8%), ενώ δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη σύγκριση των ανδρών και γυναικών ως προς το εκπαιδευτικό τους επίπεδο ($p=0,982$) με το Fisher's Exact Test. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία (ποσοστό 98,2%) οι οδοντιατρικοί ασθενείς έχουν αδέρφια, χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές στη σύγκριση των ανδρών και γυναικών ως προς την ύπαρξη αδελφών ($p=0,142$) με τον Likelihood Ratio. Τέλος, οι 6 στους 10 από τους οδοντιατρικούς ασθενείς (ποσοστό 61,8%) έχουν παιδιά, χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές στη σύγκριση των ανδρών και γυναικών ως προς την ύπαρξη παιδιών ($p=0,308$) συγκρινόμενοι με το χ^2 του Pearson.

Το προφίλ των οδοντιατρικών ασθενών του δείγματός μας συμφωνεί με την περιγραφή της σύγχρονης μεταπολεμικής οικογένειας (Βασιλείου 1966), που έχει πάρει τη μορφή της πυρηνικής οικογένειας (πατέρας, μητέρα, τέκνα), ενισχύεται, όμως, και από άλλες μελέτες, όπως αυτές, των Madianos και Madianou (1991), που διαπίστωσαν ότι η σύγχρονη Ελληνική αστική οικογένεια, όπως αναπτύχθηκε μετά τον πόλεμο, έχει πάψει να είναι εκτεταμένη και έχει γίνει πυρηνική, με μέσο αριθμό μελών 3,2 (από 4,2 που ήταν το 1920), των Μαδιανού και συν. (1995), οι οποίοι καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι αλλαγές του χαρακτήρα της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας επηρεάζουν τη δομή, τους ρόλους και τη σταθερότητα της Ελληνικής οικογένειας.

Στάσεις – Συμπεριφορές και Χαρακτηριστικά ως προς τα Οδοντιατρικά Προβλήματα των Ερωτώμενων

Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι από τους 55 οδοντιατρικούς ασθενείς του δείγματός μας οι 4 στους 10 (ποσοστό 41,8%) δήλωσαν ότι έχουν κληρονομικό οδοντιατρικό πρόβλημα, σε αντίθεση με τους 6 στους 10 περίπου (ποσοστό 58,2%) που δήλωσαν το αντίθετο χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των οδοντιατρικών ασθενών ερωτώμενων, συγκρινόμενοι με το χ^2 Yates ($p= 0,798$). Ακόμη, ότι οι 7 στους 10 (ποσοστό 67,3%) περίπου δήλωσαν ότι έχουν κληρονομικό πρόβλημα που σχετίζεται με τους περιοδοντικούς ιστούς τους (ούλα), σε αντίθεση με τους 3 στους 10 περίπου (ποσοστό 32,7%) που δήλωσαν το αντίθετο, χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των οδοντιατρικών ασθενών ερωτώμενων, συγκρινόμενοι με το χ^2 Yates ($p= 0,865$). Οι, δε, 20 οδοντιατρικοί ασθενείς (ποσοστό 54,1%) δήλωσαν ότι έχουν το ίδιο κληρονομικό οδοντιατρικό πρόβλημα με τον πατέρα τους και 17 οδοντιατρικοί ασθενείς (ποσοστό 45,9%) δήλωσαν το αντίθετο, χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των οδοντιατρικών ανδρών ασθενών και γυναικών ερωτώμενων, συγκρινόμενοι με τον Likelihood Ratio, ($p= 0,478$). Επίσης, οι 25 οδοντιατρικοί ασθενείς (ποσοστό 67,6%) δήλωσαν ότι έχουν το ίδιο κληρονομικό οδοντιατρικό πρόβλημα με τη μητέρα τους και 12 οδοντιατρικοί ασθενείς (ποσοστό 32,4%) δήλωσαν το αντίθετο, χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των οδοντιατρικών ανδρών ασθενών και γυναικών ερωτώμενων, συγκρινόμενοι με τον Likelihood Ratio, ($p= 0,716$). Τέλος, οι 14 οδοντιατρικοί ασθενείς (ποσοστό 37,8%) δήλωσαν ότι έχουν το ίδιο κληρονομικό οδοντιατρικό πρόβλημα με τον/την αδελφό/ή τους και 23 οδοντιατρικοί ασθενείς (ποσοστό 62,2%) δήλωσαν το αντίθετο, χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των οδοντιατρικών ανδρών ασθενών και γυναικών ερωτώμενων, συγκρινόμενοι με τον Likelihood Ratio, ($p= 0,445$).

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ενισχύονται και από τις διαπιστώσεις άλλων διεθνών μελετών σύμφωνα με τις οποίες η ύπαρξη οδοντιατρικής ανησυχίας μπορεί να οφείλεται σε βιολογικές διαφορές των ατόμων, τα οποία εμφανίζουν χαμηλό ουδό πόνο ή ακόμα και υψηλά ποσοστά διέγερσης συγκριτικά με κάποιους άλλους ανθρώπους. Η ιδιοσυγκρασία, η οποία αποδίδεται στην κληρονομικότητα, ενέχει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της οδοντιατρικής φοβίας (Kent & Croucher, 1998, Kent, 1999). Το ταμπεραμέντο προσδίδει έντονη διεγερσιμότητα και αντίληψη του πόνου (Kent & Croucher, 1998, Σαββάκη, 1997, Dess & Edelheit, 1998). Στο παρελθόν, κάποιοι ερευνητές διατύπωσαν την άποψη ότι η οδοντιατρική ανησυχία προέρχεται από τη σύμφυτη ευπάθεια ορισμένων ατόμων σε

ψυχολογικές παρεκκλίσεις (Weiner & Sheehan , 1990, Locker, et al.,1999). Τέλος, δύο πρόσφατες έρευνες δίνουν ενδείξεις για μια γενετική προδιάθεση των ατόμων στην οδοντιατρική ανησυχία (Ray, et al., 2010, Vassend, et al., 2011).

Από τους 55 οδοντιατρικούς ασθενείς του δείγματός μας το μεγαλύτερο ποσοστό 54,6% δηλώνουν λίγο έως πολύ λίγο πόνο κατά την οδοντιατρική τεχνική και πρακτική, οι 34,5% δηλώνουν μέτριο πόνο κατά την οδοντιατρική τεχνική και πρακτική και ένα ποσοστό της τάξης του 11,0% δηλώνει πολύ έως πάρα πολύ πόνο κατά την οδοντιατρική τεχνική και πρακτική, χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών οδοντιατρικών ασθενών και των γυναικών οδοντιατρικών ασθενών, στη σύγκρισή τους με Fisher's Exact Test ($p= 0,845$). Ακόμη, το μεγαλύτερο ποσοστό 54,6% δηλώνουν λίγο έως πολύ λίγο φόβο κατά την οδοντιατρική τεχνική και πρακτική, οι 20,0% δηλώνουν μέτριο φόβο κατά την οδοντιατρική τεχνική και πρακτική και ένα ποσοστό της τάξης του 25,4% δηλώνει πολύ έως πάρα πολύ φόβο κατά την οδοντιατρική τεχνική και πρακτική, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών οδοντιατρικών ασθενών και των γυναικών οδοντιατρικών ασθενών, στη σύγκρισή τους με Fisher's Exact Test ($p= 0,027$). Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα συμφωνούν με τα αποτελέσματα πολλών μελετών σύμφωνα με τα οποία η οδοντιατρική ανησυχία και ο φόβος του πόνου που σχετίζεται με την οδοντιατρική θεραπεία έχει αναγνωριστεί ως μια βασική συνιστώσα του οδοντιατρικού φόβου (McNeil & Berryman, 1989). Ο, δε, Vassend το 1993, διατύπωσε την άποψη ότι, παρά το γεγονός ότι το βίωμα του πόνου για τον οδοντιατρικό ασθενή είναι μια πραγματικότητα, οι ισχυρισμοί του ατόμου σχετικά με το πόσο πονάει στην οδοντιατρική πρακτική, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως κομμάτι των στερεοτύπων του ή των γνωστικών του δομών σε σχέση με το φόβο του για τον πόνο (Vassend, 1993). Σε μια μέτρηση η οποία πραγματοποιήθηκε σε Ολλανδούς φοιτητές Ψυχολογίας το 1995, καταγράφηκε ότι το 98% ανέφερε τουλάχιστον μία καταστροφική σκέψη. Οι αρνητικές σκέψεις ήταν άμεσα συνυφασμένες με την οδοντιατρική ανησυχία (De Jong & Ter Horst, 1995). Η αυξημένη συχνότητα καταστροφικών σκέψεων έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση οδοντιατρικής ανησυχίας και την αύξηση στην αίσθηση του πόνου (De Jongh & Ter Horst, 1995, Sullivan, et al., 1997).

7. Συμπεράσματα - Προτάσεις

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μας οδηγούν στα παρακάτω συμπεράσματα:

- Το δείγμα το οποίο χρησιμοποιήθηκε για την συγκεκριμένη μελέτη αναφορικά με ζητήματα οδοντιατρικής, διαμένει κατά πλειοψηφία σε μη αστικά κέντρα, δηλαδή σε χωριά. Κατά μέσο όρο, η ηλικία των ερωτηθέντων είναι 40 ετών, κατά κύριο λόγο έγγαμοι με παιδιά. Το μορφωτικό επίπεδο είναι ή απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ή πτυχιούχοι ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων. Σημαντικό επίσης είναι και το ποσοστό των απόφοιτων Γυμνασίου.

- Αναφορικά με διαδικασίες όπου το αίσθημα πόνου είναι υψηλό, για παράδειγμα, το κάταγμα του αυχένα, παρόλο που η συντριπτική πλειοψηφία δεν είχε πάθει κάτι τέτοιο, το αίσθημα φόβου είναι υψηλό. Δηλαδή, ακόμα και εάν κάποιος δεν έχει το έχει βιώσει, εάν το αίσθημα πόνου που δημιουργείται είναι μεγάλο, τότε και ο φόβος που δημιουργείται στον άνθρωπο είναι εξίσου μεγάλος. Από την άλλη μεριά, εάν το αίσθημα πόνου τείνει να γίνει μακροχρόνιο, τότε και ο φόβος ο οποίος προκαλείται είναι εξίσου μεγάλος.

- Οι πράξεις, οι διαδικασίες ή οι τραυματισμοί οι οποίοι προκαλούν πρόσκαιρο πόνο, δε φαίνεται να φοβίζουν τους ανθρώπους. Αυτό μάλλον οφείλεται στο γεγονός ότι το πρόβλημα δεν παραμένει για μεγάλο χρονικό ορίζοντα. Αυτό το συμπέρασμα το ενισχύουμε και από την ερώτηση των ανίατων ασθενειών. Κανένας δεν απάντησε ότι πάσχει από κάποια ανίατη ασθένεια, αλλά κυριαρχεί ένα υψηλό επίπεδο φόβου. Σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η ασθένεια αυτή μπορεί να προκαλεί καθημερινούς ισχυρούς πόνους, ενισχύει το αίσθημα του φόβου.

- Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι από τους 55 οδοντιατρικούς ασθενείς του δείγματός μας οι 4 στους 10 έχουν κληρονομικό οδοντιατρικό πρόβλημα.

- Οι 7 στους 10 περίπου δήλωσαν ότι έχουν κληρονομικό πρόβλημα που σχετίζεται με την υγεία των περιοδοντικών τους ιστών.

- Οι μισοί οδοντιατρικοί ασθενείς του δείγματος έχουν το ίδιο κληρονομικό οδοντιατρικό πρόβλημα με τον πατέρα τους , οι 6 στους 10 έχουν το ίδιο

κληρονομικό οδοντιατρικό πρόβλημα με τη μητέρα τους και οι 4 στους 10 έχουν το ίδιο κληρονομικό οδοντιατρικό πρόβλημα με τον/την αδελφό/ή τους

- Μόνο ο 1 στους 10 δηλώνει πολύ έως πάρα πολύ πόνο κατά την οδοντιατρική τεχνική και πρακτική και οι 3 στους 10 δηλώνουν πολύ έως πάρα πολύ φόβο κατά την οδοντιατρική τεχνική και πρακτική.

Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε, ότι τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, παρά τους εύλογους περιορισμούς της, οδηγούν σε επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων αναφορικά με το φόβο του οδοντιατρικού πόνου καθώς και τις ανάγκες που δημιουργούνται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο και πρέπει να απαντηθούν. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να επικεντρωθούν σε παράγοντες που οδηγούν τους οδοντιατρικούς ασθενείς στο φόβο του πόνου και της οδοντιατρικής τεχνικής. Παρά τους περιορισμούς αυτούς, πιστεύουμε ότι υπάρχουν σημαντικές πτυχές στην παρούσα μελέτη για τους ερευνητές καθώς και τους επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα της παροχής οδοντιατρικής θεραπείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.

Βιβλιογραφία

- Aartman I.H.A., de Jongh A. Makkes P.C. and Hoogstraten J. Treatment modalities in a dental fear clinic and the relation with general psychopathology and oral health variables. *Br Dent J* 1999; 186:467- 471
- Abrahamsson K.H., Berggren U., Carlsson S. Psychosocial aspects of dental and general fears in dental phobic patients. *Acta Odontol Scand* 2000; 58: 37-43.
- **Abrahamsson K.H., Berggren U., Hallberg L., Carlsson S.G. Dental phobic patients' view of dental anxiety and experiences in dental care: a qualitative study.** *Scand J Caring Sci* 2002;16:188-96
- Albus, M. et al.(1982). Situational reactivity of autonomic functions in schizophrenic patients. *Psychiatry Research*, 6:361-370
- Almeida JG., Kurita GP., Pimenta CA. (2010). Chronic pain in schizophrenic patients: prevalence and characteristics. *Cad. Saude Publica*. March, Vol 26(3): 591-602.
- Arhakis A., Karagiannis V., Kalfas S. Salivary alpha-amylase activity and salivary flow rate in young adults. *Open Dent J* 2013;7:7-15
- Arhakis A., Karagiannis V., Kalfas S. Sampling Small Volumes of Saliva for Determination of the Stress Hormone -Amylase. A Comparative Methodological Study. *Journal of Behavioral and Brain Science* 2011; 1:194-198
- Arieti, S. (1945). Primitive habits and perceptual alternations in the terminal stage of schizophrenia. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 53:378-384
- Armfield J.M. What goes around comes around: revisiting the hypothesized vicious cycle of dental fear and avoidance. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013; 41; 279–287
- Armfield J.M., Stewart J.F., Spencer J.A.: The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health* 2007; 7:1
- Armfield JM, Slade GD, Spencer JA: Cognitive vulnerability and dental fear. *BMC Oral Health* 2008; 8:2
- Autie A., Montreuil M., Moulrier V., Braha S., Wojakiewicz A., Januel D. (2009). Pain and schizophrenia: myth and reality. *Encephale*. Sep;35(4):297-303. Epub 2008 Oct 23
- Ayer W., Domoto P., Gale E., Joy E., Melamed B. Overcoming dental fear: strategies for its prevention and management. *JADA* 1983; 107:18- 27
- Barsby M. The control of hyperventilation in the management of gagging. *Br Dent J* 1997; 182(3): 109-11

- Bateson, GD, Jackson, J, Haley, J, and Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science* 1,251-264.
- Bender, L., and Schilder, P. (1930). Unconditioned and conditioned reactions to pain in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 138: 37-39
- Bengtson A., Herlitz J., Karlsson T. & Hjalmarson A., 1996, Distress correlates with the degree of chest pain: a description of patients awaiting revascularization. *Heart. March*, Vol. 75(3): 257-260.
- Benjamin S., Morris S., McBeth J., Macfarlane G., Silman A. (2000). The association between chronic widespread pain and mental disorder. *Arthritis & Rheumatism*, March, Vol. 43(3),pp 561-567.
- **Bennet RM., Burckhardt CS, Clark SR., O'Reilly CA., Wiens AN., Campbell SM.** (1996). Group treatment of fibromyalgia. *J. Rheumatol.*, Vol. 23: 521-8.
- Ben-Tovim, D.I. and Schwartz, M.S.(1981). Hypoalgesia in depressive illness. *British Journal of Psychiatry*, 138:37-39
- Berggren U., Carlsson S.G., Gustafsson J., Hakeberg M. Factor analysis and reduction of a Fear Survey Schedule among dental phobic patients. *Eur J Oral Sci.* 1995; 103: 331- 338
- Berggren U., Meynert G. Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. *J Am Dent Assoc* 1984; 109:247-51
- Berggren U., Pierce C.J., Eli I. Characteristics of adult dentally fearful individuals: a cross-cultural study. *Eur J Oral Sci* 2000; 108:268-74
- Bleuler, E. *Dementia Praecox, or the Group of Schizophrenias.* (1911). Translated by J. Zinkin. New York, NY: International Universities Press, 1950
- Bonnot O., Tordjman S. (2008). Schizophrenia and pain reactivity. *Presse Med.* Nov; 37(11):1561-8
- Bonnot, O. MD, PhD; Anderson, G. M. PhD; Cohen, D. MD, PhD; Willer, Jean Claude MD, DrSC; Tordjman, S. MD, PhD. (2009). Are patients with Schizophrenia insensitive to pain? A reconsideration of the question. *The Clinical Journal of Pain*, March/April:25(3):244-252
- Boorin M. Anxiety. Its manifestation and role in the dental patient. *Dental Clinics of North America* 1995; 39(3): 523-539.
- Bowen, MA (1960). A family concept of schizophrenia In DD Jackson, ed. *The etiology of schizophrenia.* New York: Basic Books
- Brand S.H., Gortzak R., Abraham-Inpijn L. Anxiety and heart rate correlation prior to dental checkup. *Int Dent J* 1995; 45: 347-351

- Brand S.H., Gortzak R., Palmer-Bouva C.C.R., Abraham R., Abraham Inpijn L. Cardiovascular and neuroendocrine responses during acute stress induced by different types of dental treatments. *Int Dent J* 1995; 45: 45-48
- Brecheton K.(1997). Non pharmacological pain management. *Manual of acute pain management in children*. Pp.101-108
- Bregstein S.J. Psychology in dentistry. *Dent digest* 1923; 29:387-9
- Buchanan H., Niven N. Further evidence for the validity of the Facial Image Scale. *Int J Paediatr Dent* 2003; 13:368-9
- Buchanan H., Niven N. Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. *Int J Paediatr Dent* 2002; 12:47-52
- Buchsbaum, M.S. et al.(1980). Diagnostic classification and the endorphin hypothesis of schizophrenia: Individual differences and psychopharmacological strategies. New York, N.Y.: Raven Press, pp. 177-181
- Buchsbaum, M.S.; et al.(1986). Topographic differences between normals and schizophrenics: The N120 evoked potential component. *Biological Psychiatry*, 15:1-6
- Buoma J., Uitenbroek D., Westert G., Schaub R.M., Van De Poel F. Pathways to full mouth extraction. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; 15:301-5
- Cabriel M. (1997). *Manual acute pain management in children*. Oncology. Pp.129-139
- Castro M., Kraychete D., Daltro C., Lopes J., Menezes R., Oliveira I., 2009, Comorbid anxiety and depression disorders in patients with chronic pain. *Arq. Neuropsiquiatr.*, Dec., Vol. 67(4): 982-5.
- Chanpong B., Haas D.A., Locker D.: Need and demand for sedation or general anesthesia in dentistry: a national survey of the Canadian population. *Anesth Prog* 2005; 52: 3- 11
- Chapman H.R., Kirby-Turner N.C. Dental fear in children - a proposed model. *Br Dent J*. 1999;187:408-12
- Clark, W.C. and Yang, J. C.(1983). Applications of sensory decision theory to problems in laboratory and clinical pain. In Melzack, R. ed. *Pain Measurement and Assessment*. New York, N.Y.: Raven Press
- Clark, W.C., and Mehl, L.(1976). Thermal pain: **Sensory (d')** and **Criterion(Lx)** Differences Between Psychiatric Patients and Normals. Presented on the 21st International Congress of Psychology, Paris, France, July 1976
- Collins, L.G., and stone, L.A.(1966). Pain sensitivity, age, and activity level in chronic schizophrenics and in normals. *British Journal of Psychiatry*, 112:33-35

- Coolidge T., Arapostathis K.N., Emmanouil D., Dabarakis N., Patrikiou A., Economides N., Kotsanos N. : Psychometric properties of Greek versions of the Modified Corah Dental Anxiety Scale (MDAS) and the Dental Fear Survey (DFS). BMC Oral Health 2008, 8: 29
- Coolidge T., Chambers M.A., Garcia L.J., Heaton L.J., Coldwell S.E.: Psychometric properties of Spanish-language adult dental fear measures. BMC Oral Health 2008, 8: 15
- Corah N. Development of a Dental Anxiety Scale Journal of Dental Research 1969; 43: 496
- Croft P., Rigpy AS., Boswell R., Schollum J., Silman AJ. (1993). The prevalence of chronic widespread pain in the general population. J. Rheumatol., Vol. 20: 710-3.
- Cuthbert M.I., Melamed B.G. A screening device: children at risk for dental fear and management problems. ASDC J Dent Child. 1982; 49:432-6
- Davis G.C. et al. (1980). Pain and psychiatric illness. Eds. Pain, Discomfort, and Humanitarian Care. Pp.221-231
- Davis, G.C. et al. (1979a). Analgesia to painful stimuli in affective illness. American Journal of Psychiatry, 136: 1148-1151
- **De Jongh A., Schutjes M., Aartman I.H.A. A test of Berggren's model of dental fear and anxiety. Eur J Oral Sci 2011; 119: 361-365**
- De Jongh A., Ter Horst G. **Dutch student's dental anxiety and occurrence of thoughts related to treatment. Community Dent Oral Epidemiol 1995; 23: 170-172**
- Delaplaine, R.; Ifabumuyi, O.I.; Merskey, H.; and Zarfes, J.(1978). Significance of pain in psychiatric hospital patients. Pain, 4: 361-366
- Despopoulos A., Silbernagl S., (1984). Colors Atlas of Physiology. 2nd ed, Verlag
- Dess N., Edelheit D. The bitter with the sweet: The taste/stress/temperament nexus. Biological Psychology 1998; 48: 103-119
- Dian Stein, Essential energy balancing. The crossing press.
- Dinjian M.D. The psychic factor in dental practice. Dent Surg 1921; 17: 471-5
- Doerr PA, Lang PW, Nyquist LV: Factors associated with dental anxiety. JADA 1998; 129: 1111-19
- Dworkin H.R. et al(1993a). Affective deficits and pain insensitivity in schizophrenia. Motivation and Emotion, 17: 245-276
- Dworkin H. Robert,(1994). Pain Insensitivity in Schizophrenia: A Neglected Phenomenon and Some Implications. Schizophrenia Bulletin 20(2): 235-248

- Earle, A. and Earle, B.V. (1955). The blood pressure response to pain and emotion in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 121: 132-139
- Economou G.C. Dental anxiety and personality: investigating the relationship between dental anxiety and self-consciousness. *J Dent Educ* 2003, 67: 970-980.
- Feuerstein M., Beattie P. (1995). Biobehavioral factors affecting pain and disability in low back pain: mechanisms and assessment. *Phys. Ther.*, Vol. 75: 267-280.
- Feuerstein M., Labbe F., Kuczmierczyk AR. (1986). *Health Psychology: A psychobiological Perspective*. New York, NY: Plenum Press.
- Feuerstein M., Papciak A., Hoon P. (1987). Biobehavioral mechanisms of chronic low back pain. *Clin. Psych. Rev.*, Vol. 7: 243-273.
- Fishbain, D.A. (1982). Pain insensitivity in psychosis. *Annals of Emergency Medicine*, 11: 630-632
- Fleet RP, Martel JP, Lavoie KL, Dupuis G, Beitman BD. (2000). Non-fearful panic disorder: a variant of panic in medical patients?. *Psychosomatics*, Jul. - Aug., Vol. 41(4): 311-20.
- Flor H., Turk DC., Birbaumer N. (1985). Assessment of stress-related psychophysiological reactions in chronic back pain patients. *J. Consult Clin. Psychol.* Vol. 53: 354-364
- Freeman R. A psychodynamic theory for dental phobia. *Br Dent J* 1998; 184(4): 170-172
- Freeman R. The case for mother in the surgery. *Br Dent J* 1999; 186: 610-613
- Freud, S (1911). *On Psychopathology*. London: Peuguin Freud Library
- Friedman, C & Friedman, A (1970). Characteristics of Schizophrenic families during a joint story-telling task. *Family process* 9, 333- 354
- Gatcel R.J., Ingersoll B.D., Bowman L., Robertson M.C., Walker C.: The prevalence of dental fear and avoidance: a recent survey study. *JADA* 1983; 107(4): 609-10
- Gatchel, Robert J. (2004). Comorbidity of Chronic Pain and Mental Health Disorders: The Biopsychosocial Perspective. *American Psychologist*. Vol. 59(8), Nov., pp. 795-805.
- Golden, C.J., Moses, J.A. & Zelazowski. Cerebral ventricular size and neurophysiological impairment in young chronic schizophrenics. *Archives of General Psychiatry* 37, 619- 626.
- Gouva M., Dragioti, E., Paschou, A. (2014). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Fear of Pain, *Interscientific health care*, (accepted).

- Gowdy, J.M. (1979). Headaches after lumbar puncture and insensitivity to pain in psychiatric patients[Letter] *New England Journal of Medicine*, 301: 110-111
- **Hägglin C.**, Hakeberg M., Ahlqwist M., Sullivan M., Berggren U. Factors associated with dental anxiety and attendance in middle-aged and elderly women. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 451–60
- Hall, K.R.L., and Stride, E. (1954). The varying response to pain in psychiatric disorders: A study in abnormal psychology. *British journal in Medical Psychology*, 27: 48-60
- Helen Singer Kaplan MD., PhD; Clifford J. Sager MD., Saul Schwartz MD., Alan Kaye MD and George B.J. Glass MD. (1970). Post-Gastrectomy Pain and Schizophrenia. *Psychosomatics* 11: 157-163
- Hemphill, R.E.; Hall, K.R.L.; and Crookes, T.G.(1952). A preliminary report on fatigue and pain tolerance in depressive and psychoneurotic patients. *Journal of Mental Science*, 98: 433-440
- Hocaoglu C., Gulec MY., Durmus I. (2008). Psychiatric comorbidity in patients with chest pain without a cardiac etiology. *Isr. Psychiatry Relat. Sci.*, Vol. 45(1): 49-54.
- Hollin GJ., Derbyshire SW. (2009). Cold pressor pain reduces phobic fear but fear does not reduce pain. *J. Pain*, Oct., Vol.10(10): 1058-64
- Hollister M.C., Weintraub J.A. The association of oral status with systemic health, quality of life, and economic productivity. *J Dent Educ* 1993;57: 901–12
- Hugdahl K., Berardi A., Thompson W.L., Kosslyn S.M., Macy R., Baker D.P., Alpert N.M., LeDoux J.E. Brain mechanisms in human classical conditioning: a PET blood flow study. *Neuroreport* 1995; 6: 1723-8
- Humphris G., Crawford J.R., Hill K., Gilbert A., Freeman R.: UK population norms for the modified dental anxiety scale with percentile calculator: adult dental health survey 2009 results. *BMC Oral Health* 2013, 13:29
- Humphris G., Ling M. (2000). *Behavioral sciences for dentistry*. China: Churchill Livingstone.
- Humphris G., Morrison T., Lindsay S.J.E. The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dent Health* 1995, 12: 143-150
- Humphris G.M., Freeman R., Campbell J., Tuutti H., D'Souza V.: Further evidence for the reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale. *Int Dent J* 2000, 50: 367-370
- Hussar, A.E. (1965). Coronary heart disease in chronic schizophrenic patients: A clinicopathologic study. *Circulation*, 31: 919-929

- **İlgöy D., İlgöy M., Dinner S., Bayirli G.:** Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale in Turkish patients. *J Int Med Res* 2005, **33**:252-259
- Javitt, D.C. and Zukin, S.R.(1991). Recent advances in the phencyclidine model of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 148: 1301-1308
- Johnson E.,(2009). **Σημειώσεις στην Ανατομία του πόνου., Αναπλ.Καθ. Ανατομίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων**
- Johnstone, EC, Crow, TJ, and Frith, TJ. Cerebral ventricular size and cognitive impairment in chronic schizophrenia. *Lancet* 2, 925- 926
- Kaakko T., Milgrom P., Coldwell S.E., Getz T., Weinstein P., Ramsay D.S. Dental fear among university employees: implications for dental education. *Br Dent J* 1998; 62(6):415-20
- Kane E.M.,et al.(1971). Response to cutaneous pain in mental hospital patients. *Journal of Abnormal Psychology* ,77:52-60
- Kane FJ. Jr., Harper RG., Wittels E. (1988). Angina as a symptom of psychiatric illness. *South Med. J.*, Nov., Vol. 81(11): 1412-6
- Kanegane K., Penha S.S., Borsatti M.A., Rocha R.G.: Dental anxiety in an emergency dental service. *Rev Saúde Pública* 2003, 37:786-792
- Kent G. (1999). *Dental Phobias in Davey Graham 's PHOBIAS*. Sussex, Brighton: John Wiley and sons.
- Kent G., Croucher R. (1998). **Achieving Oral Health: The social context of dental care**. 3rd edition Oxford: Wright.
- Kent G., Rubi G., Getz T., Humphris G. Development of a scale to measure the social and psychological effects of severe dental anxiety: social attributes of the Dental Anxiety Scale. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24: 394-7
- Kleinknecht R.A., Klepac R.K., Alexander L.D. Origins and characteristics of fear of dentistry. *J Am Dent Assoc.* 1973; 86:842-8
- Kleinknecht R.A., Thorndike R.M., McGlynn F.D., Harkavy J. Factor analysis of the dental fear survey with cross-validation. *J Am Dent Assoc.* 1984; 108:59-61.
- Klepac R.K., Dowling J., Hauge G. Characteristics of clients seeking therapy for the reduction of dental avoidance: reactions to pain. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1982; 13:293-300
- Klingberg G., Berggren U., Carlsson S.G., Noren J.G. Child dental fear: cause - related factors and clinical effects. *Eur J Oral Sci* 1995; 103:405-12
- Kraepelin, E.(1919). *Dementia Praecox and Paraphrenia*. Edinburgh, Scotland: E. and S. Livingstone

- Lethem J., Slade PD., Troup JDG., Bentley G. (1983). Outline of a fear-avoidance model of exaggerating pain perception. I. Behav. Res. Ther., Vol. 21: 401-408.
- Lewis, JM, Rodmick EH & Goldstein, MJ. Intrafamilial interactive behavior, parental communication deviance and risk for schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology 95, 60-66
- Lidz, T. (1973). The origin and treatment of schizophrenic disorders. New York: Basic Books
- Lieberman, A.L.(1955). Painless myocardial infarction in psychotic patients. Geriatrics, 10:579-580
- Locker D. Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31:144-51
- Locker D., Liddell A., Dempster L., Shapiro D. Age of onset of dental anxiety. J Dent Res 1999; 78: 790-796
- Locker D., Lidell A.: Clinical correlates of dental anxiety among older adults. Community Dent Oral Epidemiol 1992; 20(6): 372-5
- MacFarlane D.W. The psychology of dental fear. Br Dent J 1938; 65:22-30
- Madianos, M. & Madianou, D. (1991). The Greek Family paradigm: Implications for family therapy. *Neurol. Psychiatr.* 12: 132-138.
- Madianos, M., Gournas, G., Tomaras, V. & Kapsali, A. (1995). Familial Correlates of drug and alcohol use in a nationwide general population survey. *Psychopathology* 28: 85-94.
- Maggirias J, Locker D. Psychological factors and perceptions of pain associated with dental treatment. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30: 151-59
- Mailis-Gagnon A., Nicholson K., Yegneswaran B., Zurowski M. (2008). Pain characteristics of adults 65 years of age and older referred to a tertiary care pain clinic. Pain Res. Manag., Sep- Oct., Vol. 13(5): 389-394.
- Main CJ., Watson PJ.(1999). Psychological aspects of pain. Man. Ther., Nov., Vol. 4(4): 203-15.
- Malmö, R.B.; Shagass, C; and Smith, A.A.(1951). Responsiveness in chronic schizophrenia. Journal of Personality, 19:359-375
- Marchand, W.E. (1955). Occurrence of painless myocardial infarction in psychotic patients. New England Journal of Medicine, 253:51-55
- Marchand, W.E.; Satora,B.; Marble, H.C.; Leary, T.M.; Burbank, C.B.; and Bellinger, M.j. (1959). Occurrence of painless acute surgical disorders in psychotic patients. New England Journal of Medicine, 260:580-585

- Maricq, H.R., and Edelberg, R. (1975). Electrodermal recovery rate in a schizophrenic population. *Psychophysiology*, 12:630-633
- May, P.R.A. (1948). Pupillary abnormalities in schizophrenia and during muscular effort. *Journal of Mental Science*, 94:89-98
- McCracken LM., Zayfert C., Gross RT. (1992). The pain anxiety symptoms scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*, Vol. 50: 67-73
- McGrath C., Bedi R. The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 67-72
- McNeil D., Berryman L. Components of dental fear in adults. *Behav Res Ther* 1989; 27:233-6
- McNeil D.W., & Brunetti G.D., (1992). Pain and fear: A bioinformational perspective on responsivity to imagery, *Behaviour Research and Therapy*, 30, (5), pp. 513-520.
- McNeil D.W., Au A.R., Zvolensky M.J., McKee D.R., Klineberg I.J., Ho C.C. Fear of pain in orofacial pain patients. *Pain* 2001 Jan;89(2-3):245-52.
- McNeil W.D., & Rainwater J.A., (1998).Development of the Fear of Pain Questionnaire—III. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, (4), pp.389-410.
- Means-Christensen AJ., Roy-Byrne PP., Sherbourne CD., Craske MG., Stein MB. (2008). Relationships among pain, anxiety, and depression in primary care. *Depress Anxiety*, Vol 25(7): 593-600.
- **Melamed B.G., Lumley M.A. Dental subscale of the Children’s Fear Survey Schedule.** In: Hersen M., Bellack A.S. (eds). *Dictionary of Behavioral Assessment Techniques*. 1988; New York: Pergamon Press, 171-172
- Meltzer, H.Y.(1987). Biological Studies in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13: 77-111
- Meredith P., Strong J., Feeney JA. (2006). Adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability. *Pain*, July, Vol. 123(1-2): 146-54.
- Merskey, H. (1965). The characteristics of persistent pain in psychological illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 9;291-298
- Merskey, H. and Evans, P.R.(1975). Variations in pain complaint threshold in psychiatric and neurological patients with pain. *Pain*, 1: 73-79
- Merskey, H. et al. (1962). A clinical investigation of reactions to pain. *Journal of Mental Science*, 108: 347-355

- Milgrom P., Fiset L., Melnick S., Weinstein P.: The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *JADA* 1988; 116: 641-7
- Milgrom P., Weinstein P., Tracy G. (1995). *Treating Fearful Dental Patients. A Patient Management Handbook* (sec. edition), introduction & pp 14, 96-99, 198-210. Seattle: University of Washington Seattle.
- Miller C., Dembo J., Falace D., Kaplan A., Lexington Ky. Salivary cortisol response to dental treatment of varying stress. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 79: 436-41
- **Moore R, Brødsgaard I. Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients.** *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29: 73–80.
- Moore R., Birn H., Kirkegaard E., Brodsgaard I., Scheutz F. Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21:292-6
- Moore R., **Brødsgaard** I. Differential diagnosis of odontophobic patients using the DSM – IV (abst). *Eur J Oral Sci* 1995; 103(2(Pt 1): 121-6
- Moore R., **Brødsgaard** I., Birn H.: Manifestations, acquisition and diagnostic categories of dental fear in a self-referred population. *Behav Res Ther* 1991; 29: 51-60
- Mueser, K.T. and Dysken, M.W.(1983). Narcotic antagonists in schizophrenia: A methodological review. *Schizophrenia Bulletin*, 9:213-225
- Naliboff, B.D. and Cohen, M.J. (1989). Psychophysical laboratory methods applied to clinical pain problems. In: Chapman, C.R., and Loeser, J.D., eds *Issues in Pain Measurement*. New York, NY: Raven Press, pp.365-386
- Newton J.T., Buck D.J. Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. *J Am Dent Assoc.* 2000; 131: 1449-57
- Parsons, E.H.; et al.(1949). Comparative lymphocytic and biochemical responses of patients with schizophrenia and affective disorders to electroshock, insulin shock, and epinephrine. *American Journal of Psychiatry*, 105:573-580
- Petrovich, D.V. (1960). Pain apperception in chronic schizophrenics. *Journal of Projective Techniques*, 24:21-27
- Philips, C. and Hunter, M. (1982). Headache in a psychiatric population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170: 34-40
- Pohjola V., Mattila A.K., Joukamaa M., Lahti S. Anxiety and depressive disorders and dental fear among adults in Finland. *Eur J Oral Sci* 2011; 119: 55–60

- Potvin S., Marchand S. (2009). Hypoalgesia in schizophrenia is independent of antipsychotic drugs: A systematic quantitative review of experimental studies. *Pain* 138(1): 70-78
- Ray J., Wide Boman U., Bodin L., Berggren U., Lichtenstien P., Broberg A.G. Heritability of dental fear. *J Dent Res* 2010; 89:297
- Reinville P., (2002). Brain mechanisms of pain effect and pain modulation. *Curr. Opin. Neurobiol.*,12(2):195-204
- Robin O., Alaoui-Ismalli O., Dittmar A., Vernet-Maury E. Emotional responses evoked by dental odors: An evaluation from autonomic parameters. *J Dent Res* 1998; 77(8):1638-1646
- Samorodnitzky G.R, Levin L. Self-assessed dental status, oral behavior, DMF, and dental anxiety. *J Dent Educ.* 2005 Dec; 69(12):1385-9
- Samwel Han J.A., Evers Andrea W.M., Crul Ben J.P., Kraaimaat Floris W. (2006). The role of helplessness, Fear of Pain and Passive Pain- Coping in Chronic Pain Patients.
- Schuurs AHB, Hoogstraten J. Appraisal of dental anxiety and fear questionnaires: a review. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21:329-39
- Schwarz E., Birn H. (1995). Dental anxiety in Danish and Chinese adults a cross-cultural perspective. *Soc- Sci – Med.* 41(1): 123-30
- Shattock, F.M. (1950). The somatic manifestations of schizophrenia: A clinical study of their significance. *Journal of Mental Science*,96: 32-142
- Singh, Manpreet K. MD; Giles, Lisa L. MD; Nasrallah, Henry A. MD, (2006). Pain Insensitivity in Schizophrenia: Trait or State Marker?. *Journal of Psychiatric Practice.* Mar; 12(2):90-102
- Skaret E., Raadal M., Kvale G., Berg E. Factors related to missed and cancelled dental appointments among adolescents in Norway. *Eur J Oral Sci* 2000; 108:175–83
- Spear, F.G. (1967). Pain in psychiatric patients. *Journal of psychosomatic Research*, 11:187-193
- Spielberger C. (1983) *State- Trait Anxiety Inventory for Adults.* California: Mind Garden.
- Stengel, E. et al.(1955). Reactions to pain in various abnormal mental states. *Journal of Mental Science*, 101:52-69
- Stouthard M.E.A., Hoogstraten J. Prevalence of dental anxiety in the Netherlands. *Community Dental Oral Epidemiol* 1990; 18:139–42

- Sullivan M.J.L., Rouse D., Bishop S., Johnston S. Thought suppression, catastrophizing, and pain. *Cognit Ther Res.* 1997; 21:555–568
- Sullivan, H.S. (1962). *Schizophrenia as a human process.* New York: Basic Books
- Talbott, J.A., and Linn, L. (1978). Reactions of schizophrenics to life threatening disease. *Psychiatric Quarterly*, 50:218-227
- Torrey, E.F.(1989). Headache in schizophrenia and seasonality of births. *Biological Psychiatry*, 26:847-858
- Tunc E., Firat D., Onur O.D., Sar V.: Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) in a Turkish population. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005, 33:357-362
- Turk DC., Wilson HD. (2010). Fear of pain and prognostic factor in chronic pain: conceptual models, assessment, and treatment implications. *Curr Pain Headache Rep.* April, Vol. 14(2): 88-95.
- Ulas, J. and Cotman, C.W.(1993). Excitatory amino acid receptors in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19:105-117
- Ullman, LP. And Krasner, L. (1975). *A psychological approach to abnormal behavior* . Englewood Cliffs, N.J. Prentice- Hall
- Van Wijk A.J., Hoogstraten J. Experience with dental pain and fear of dental pain. *J Dent Res* 2005 Oct;84(10):947-50
- Vanderkamp, H. (1970). Clinical anomalies in patients with schizophrenia. *Experimental Medicine and Surgery*, 28: 291-293
- Varsamis, J. and Adamson, J.D.(1976). Somatic symptoms in schizophrenia. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 21: 1-6
- **Vassend O., Røysamb E., Nielsen CS. Dental anxiety in relation to neuroticism and pain sensitivity: a twin study. *J Anxiety Disord* 2011; 25:302–8**
- Watson GD, Chandarana PC and Merskey H. (1981) Relationships between pain and schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry* 138: 33-36
- Watson, C.G., and Jacobs, L.(1977). Pain adaptation and emotional deficit. *Journal of Clinical Psychology*, 33:55-557
- Weiner A.A., Sheehan D.V. Etiology of dental anxiety: psychological trauma or CNS chemical imbalance? *Gen Dent* 1990; 38: 39–43
- WHO: ICD-10, *Classification of Mental and Behavioral Disorders*, World Health Organization, Geneva 1992; 134-138.
- Winer G.A. A review and analysis of children's fearful behavior in dental settings. *Child Dev* 1982; 53:1111-33

- Wolfe F. (1995). Fibromyalgia. In: Sessle BJ, Bryant PS, Dionne RA, editors. Temporomandibular disorders and related pain conditions. Seattle: IASP Press, p. 31-46.
- Woolf, C.J. and Thompson, W.N. (1991). The induction and maintenance of central sensitization is dependent on N-methyl-D-aspartic acid receptor activation: Implications for the treatment of post- injury pain hypersensitivity states. Pain, 44:293-299
- Woolfolk M., Lang P., Borgnakke W., Taylor G., Roniw D., Nyquist, L. Determining dental checkup frequency. JADA 1999; 130: 715-723.
- Wynne, L.C., Singer, J.J., Bastko J.J. & Toohey, M.L. Schizophrenics and their families: Recent research on parental communication in J.M. Tanner, ed Psychiatric research, the widening perspective. New York: International Universities Press
- Zuniga J.R. Guidelines for anxiety control and pain management in oral and maxillofacial surgery. J Oral Maxillofac Surg 2000; 58(Suppl.2):4-7
- Αγγελόπουλος Β. Ν.(2009). Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία. Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα
- Αθανασίου Ο., Σερακιώτης Λ., Λαθάκη Ε., Λάντσης Δ. (2007). Το εργασιακό άγχος και οι επιπτώσεις του στους επαγγελματίες των υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας στο Ν. Ηρακλείου. Αθήνα: Πτυχιακή εργασία, ΕΚΠΑ
- Αράβου Σ. (2001). Η συμβολή των συμπεριφορικών επιστημών στη βελτίωση των σχέσεων οδοντίατρου – ασθενή. Αθήνα: Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, ΕΚΠΑ, ΟΔΟ, τομέας Κοινωνικής Οδοντιατρικής.
- Αράβου Σ. (2008). Διαδικασίες επιρροής οδοντιατρικά φοβικών και μη φοβικών ασθενών. Αθήνα : Διδακτορική διατριβή, ΕΚΠΑ
- Ασημάκης, Π. Ph.D., Υπερβατικός Διαλογισμός. Aquarius
- Βασιλείου, Γ. (1966). *Διερεύνησις μεταβλητών υπεισερχόμενων εις την ψυχοδυναμική της Ελληνικής Οικογένειας*. Αθηναϊκόν Ινστιτούτον του Ανθρώπου.
- Γναρδέλλης, Χ. (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.
- Δαφέρμος, Β. (2005). *Κοινωνική Στατιστική με το SPSS*. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις ΖΗΤΗ.
- Ιωαννίδης, Ι. Π.Α. (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Καλπάκογλου Θ. (1997). Άγχος και Πανικός. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

- Καλφακάκου Β.,(2009). Σημειώσεις Φυσιολογίας του Νευρικού Συστήματος και του Πόνου., Αν.Καθ. Φυσιολογίας. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
- Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ. (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική*. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.
- Λιάκος Α., Γιαννίτση Σ. Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος* 1984; 21, 71-76.
- Μάνου Ν. (1988) : Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη. University Studio Press; 222-236
- Μπακάλη Μ. (2010).Ο φόβος στην οδοντιατρική πράξη ως τροχοπέδη στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, ΠΘ
- Μπογοσιάν Ε., Ζουριδάκη Θ., Φραγκάκης Μ.: Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά φοβικών οδοντιατρικών ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με γενική αναισθησία. *Ελληνικά Στοματολογικά Χρονικά* 2005, 49: 129-134
- Σαββάκη Ε. (1997). Οι Παράλληλοι Εαυτοί μας. Λογική σκέψη και διαισθηση, συνείδηση χωρίς ομιλία. Ενοποίηση μέσω του ομιλούντος εαυτού, σελ. 82, 83. Ηράκλειο : Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης.