

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный университет»
Факультет стоматологии и медицинских технологий
Кафедра стоматологии

Допускается к защите
Заведующий кафедрой

_____ *Н. А. Соколов*
(подпись)

« ___ » _____ 20__ г.

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
НА ТЕМУ: ИССЛЕДОВАНИЕ СТРЕССОРНОГО ФАКТОРА НА
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Выполнила студентка
Соколова Ирина Сергеевна
5 курса 526 группы
Научный руководитель:
Соколович Наталия Александровна

Санкт-Петербург
2019

Оглавление

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	4
ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР.....	8
1.1. Стресс как предмет исследования.	8
1.1.1. <i>Функциональное значение стресса.</i>	8
1.1.2. <i>Сущность стресса.</i>	9
1.1.3. <i>Психологическая напряженность.</i>	10
1.1.4. <i>Тревожность и эмоциональная реакция. Формирование «угрозы».</i>	11
1.2. Специфика стрессов на стоматологическом приёме.	13
1.2.1. <i>Причины стрессового состояния пациентов.</i>	13
1.2.2. <i>Признаки эмоциональной напряженности.</i>	14
1.2.3. <i>Основные стрессорные факторы на стоматологическом приеме.</i>	16
1.2.4. <i>Влияние СТ на взаимодействие пациента с врачом-стоматологом.</i>	17
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	19
2.1. Клиническое исследование и психологическое исследование.....	19
2.2. Описание методик диагностики психологического состояния.	19
2.2.1. <i>Тестирование по Спилбергеру – Ханину.</i>	20
2.2.2. <i>Тестирование по шкале стоматологической тревожности Кораха DAS.</i>	22
2.2.3. <i>Определение доминантного фактора тревожности пациентов.</i>	24
2.3. Определение стоматологического статуса.	25
2.4. Методика статистической обработки данных.....	27
2.4.1. <i>Методика вычисления критерия корреляции Пирсона.</i>	27
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	31
3.1. Результаты тестирования пациентов по ситуативной и стоматологической тревожности.	31
3.1.1. <i>Результаты тестирования по системе Спилберга-Ханина.</i>	31
3.1.2. <i>Результаты тестирования по методике оценки стоматологической тревожности Кораха (DAS).</i>	32
3.2. Результаты определения доминантного фактора тревожности.....	34
3.2. Результаты определения стоматологического статуса пациентов.	35
3.2.1. <i>Результаты определения индекса КПУ.</i>	35
3.2.1. <i>Результаты определения индекса КПИ.</i>	36
3.3. Результаты изучения влияния уровня ситуативной стоматологической тревожности на стоматологический статус пациентов.	37
3.3.1. <i>Теоретический расчет критерия корреляции Пирсона для определения наличия связи между уровнем стоматологической тревожности и показателями индекса КПУ.</i>	37
3.3.2. <i>Персональный анализ уровня тревожности и показателей индекса КПУ.</i>	38

3.3.3. Теоретический расчет критерия корреляции Пирсона для определения наличия связи между уровнем стоматологической тревожности и показателями индекса КПИ.	40
3.3.2. Персональный анализ уровня тревожности и показателей индекса КПИ.	41
ГЛАВА 3. ЗАКЛЮЧЕНИЕ	42
3.1. Заключение.	42
3.2. Выводы.	45
3.3. Практические рекомендации.	45
Список литературы	46

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

КПУ – индекс отражающий состояние зубов в полости рта (кариозные, пломбированные, удаленные зубы).

КПИ – комплексный периодонтальный индекс.

СТ – ситуативная тревожность.

ЛТ – личностная тревожность.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность.

Многочисленные исследования (Д.Б. Анискин, Г.А. Аминев, Л.И. Ларенцова, Ю.М. Максимовский, М.Г. Пшенникова, М.Н. Пузин, Е.Д. Соколова, Р.А. Хасанов и др.) показывают, что для многих людей стоматологическое вмешательство сопровождается значительным эмоциональным стрессом. Неоднократное посещение стоматологов в течение длительного времени может привести к хроническому стрессовому состоянию [18, 22]. Такие пациенты требуют повышенного внимания со стороны врача-стоматолога.

Тревожность и стресс вызывают не только психологические, но и общесоматические изменения, влияющие на организм человека. Например, на фоне стресса происходит расширение сосудов, что снижает время действия местных анестетиков, а это непосредственно влияет на работу стоматолога с пациентом.

Чаще в профессиональном сообществе принимается к обсуждению тема стресса на детском приеме, однако, посещение врача-стоматолога является стрессогенным фактором не только для маленьких пациентов, но и для взрослых людей. Таким образом, данное исследование направлено на актуализацию темы психологической тревожности у взрослого населения, а также поиска путей преодоления дискомфорта, вызванного стрессом.

Тема дентофобии и помощи стоматологическим больным в преодолении стресса является одной из наиболее важных в повседневной деятельности любого врача, что определило актуальность данного исследования.

Цель работы: изучение влияния стрессовых факторов на стоматологический статус пациентов.

Для достижения поставленной цели были поставлены следующие **задачи:**

1. изучить стрессорные факторы на стоматологическом приёме;
2. определить оптимальные методы оценки психоэмоционального состояния пациентов;
3. определить взаимосвязь между ситуативной тревожностью на приеме и стоматологическим статусом пациентов.

Теоретико-методологическими основами исследования выступают: субъектно-деятельностный подход (С.Л. Рубинштейн и др.); ресурсный подход (М. Селигман, А. Бандура, Э. Фрайденберг, Д.А. Леонтьев и др.); теория сохранения ресурсов (С. Хофболл); теория стресса (Г. Селье); теория гомеостаза (У. Кеннон); теория экспериментального невроза (И. Павлов); феномен «трофического» действия (Л. Орбели); теория эмоционального реагирования (Э. Геллгорн) .

Теоретическая значимость:

1. получение данных, позволяющих судить о взаимосвязи стрессорных факторов и уровня тревожности пациентов с их стоматологическим статусом;
2. рассмотрение особенностей СТ и ЛТ, возникающей у пациентов на стоматологическом приеме;
3. определение доминантных стрессорных факторов, влияющих на пациентов.

Практическая значимость:

1. выявление оптимальных методов оценки психоэмоционального статуса пациента с целью его коррекции и учета личных особенностей на стоматологическом приеме;

2. возможность избежать формирования хронического стрессового состояния и устойчивого негативного стереотипа со стороны пациентов;

3. при внедрении в практику полученного результата, возможно снижение показателей стоматологических диагностических индексов (КПУ, КПИ и др.) вследствие снижения тревожности стоматологических пациентов.

ГЛАВА 1. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

1.1. Стресс как предмет исследования.

1.1.1. Функциональное значение стресса.

Стресс уже почти полвека является предметом интенсивного исследования психологами, физиологами, медиками. Междисциплинарные научные работы подтверждают общность физиологических и психологических изменений в комплексной стрессогенной ситуации (П.К. Анохин, 1965; Г.И. Коситский, 1970, В.И. Медведев, 1979; П.В. Симонов, 1993; G.R.Hockey, 1986; R.S. Lazarus, 1981; H. Selye, 1974 и др.).

Современные представления о стрессе берут своё начало из учения H. Selye о неспецифической стрессовой реакции адаптации организма на предъявляемые к нему требования [23].

В психологической литературе представлена своеобразная клиническая оценка стрессовых реакций, рассматривающая тревогу как центральный элемент в формировании психического стресса. Авторы подчёркивают, что «степень тревоги определяет клиническую картину стрессогенных реакций» [15].

Использование понятия «стресс» в современной литературе заключается в его трёх постулатах:

1. Стресс может быть вызван любыми внешними раздражителями, которые способны вызвать у индивида напряжение («стресс-фактор»);
2. Он отображает внутреннее состояние возбуждения (эмоции, защитные механизмы);
3. Стресс может стать последствием физической реакции на определенное негативное воздействие. Данную точку зрения поддерживались В. Кеннон и Г. Селье. Функцией этой реакции является

поддержка психических процессов и поведенческих действий для того, чтобы преодолеть стресс [1].

Однако стресс, особенно длительно существующий, может привести к постепенному истощению адаптационных механизмов и ресурсов! личности и, как следствие, к нарушению психической адаптации, к срыву функциональных систем жизнедеятельности и развитию расстройств в психической и соматической сфере различной степени выраженности [38].

1.1.2. Сущность стресса.

Р. Лазарус отмечал, что разнообразные представления о сущности стресса, по сути своей, противоречат одно другому. В данной области нет определенной терминологии, которая являлась бы единой для всех.

Для того, чтобы как-то разобраться с понятием стресса Р. Лазарус определил два основных постулата:

1. Сложность в терминологии можно будет убрать, если во время анализа «стресса» брать во внимание не только внешние раздражители, но и те, что связаны с психологическими процессами.

2. Понять стрессовую ситуацию можно лишь изучив защитные механизмы, которые возникли в результате данной угрозы. Это физиологические и поведенческие реакции, которые обусловлены внутренним психологическим состоянием индивида. Несомненным является тот факт, что структура реакции на стресс неразрывно связана с психологическими особенностями личности, которая взаимодействует с данной ситуацией через процессы оценки и самозащиты [10].

В результате того, что существует неоднозначность в понятии трактовки «стресса», в ряде работ отечественных (в частности) исследователей данный термин был заменен на «психологическую напряженность» [28].

1.1.3. Психологическая напряженность.

Психологический стресс – это то психическое состояние, которое представляет из себя форму отражения индивидом негативной ситуации. В зависимости от того, какие происходят процессы деятельности, влияние на которые оказывает разнообразные выбранные цели и мотивы, вырабатывается и особенность психического отражения. Данные мотивы дополняются эмоциональной нагрузкой, которые занимают не последнее место в возникновении и степени протекания психического стресса. В следствии этого появились понятия синонимы: «нервно-психическое напряжение», «эмоциональная напряженность», «эмоциональный стресс». Все они выражают эмоциональное состояние человека, где выделяются его переживания [25].

Но, согласно мнению Н.И. Наенко, данные понятия не могут быть дифференцированы, т.к. эмоциональный компонент в каждом из них приобретает свой особенный удельный вес. Ряд других исследователей так же согласись с вышесказанным мнением, следовательно, «психическое напряжение» является родовым «эмоциональному стрессу». Так же Н.И. Наенко выделил роль эмоций в отражении условий, где происходит деятельность. Они регулируют её [16].

В структуре психологической напряженности особо место принадлежит мотивационным и эмоциональным компонентам. Поэтому необходимо разделить психическое напряжение на два вида:

1. Процессуальный мотив деятельности. Он представляет из себя связь между объективным и субъективным характером деятельности.
2. Эмоциональная напряженность. На первом плане находится мотив самоутверждения в процессе деятельности. Он, в свою очередь, не связан с целью и включает в себя эмоциональное переживание [16].

Психическая напряженность представляет из себя особую реакцию человека на сложную ситуацию, которая зависит от вида данной ситуации, от уровня восприимчивости к ней индивида. Реакция может быть

разнообразной в зависимости от особенностей отражения ситуации человеком.

Исследователи не могут привести конкретного разграничения между «психологическим» и «эмоциональным» стрессом. Большинство из них используют данные понятия как синонимы друг другу [6].

В настоящий момент данные понятие чаще всего используют как синонимы. Также они оба не имеют однозначного и конкретного определения. Некоторые ученые определяют «эмоциональный стресс», как разнообразные состояния индивида и его организма: от физиологических и психологических состояний до патологии, которая возникла в результате эмоционального напряжения [10].

1.1.4. Тревожность и эмоциональная реакция. Формирование «угрозы».

С понятием «стресс» тесно связан и такое его проявление, как тревога, напряжение. Состояние тревоги возникает, по мнению Ч. Д. Спилбергера, в то время, когда человек воспринимает некую ситуацию как несущую в себе элементы угрозы. Уровень тревоги может изменять в зависимости от стресса, которому был подвержен индивид. Исследователь так же делает акцент на том, что стресс подразумевает под собой некие внешние раздражители, которые негативно воспринимаются индивидом и в которых он видит опасность для своей самооценки. Данный факт приводит к появлению эмоциональной реакции. Сама склонность к данному эмоциональному проявлению называется ЛТ.

При этом выделяется еще одно понятие помимо стресса и состояния тревоги – опасность, как психологическая реальность. Ч. Д. Спилбергер предлагал выделять понятия «стресс» и «угроза» для обозначения аспектов временных событий, которые возникают во время тревоги [10].

«Стресс» как понятие должно применяться в процессе соотнесения со стимулами, которые породили данную стрессовую реакцию, и с факторами, которые привели к эмоциональным реакциям. При этом не

следует забывать и о физиологических изменениях. Стресс подразумевает под собой переменную для выявления всей области исследования. По мнению автора, термин «стресс» должен применяться только для определения условия окружающей действительности, характер которых направлен на уровень физической или психологической опасности. Ч. Д. Спилбергер считает, что данное понятие менее обширно, но, при этом, является более точным. Если в вышеизложенном контексте «стресс» отображает объективные свойства стимулов, то «угроза» направлена на субъективные оценки личностью определенной ситуации, которая несет для него физическую или психологическую опасность.

Не стоит забывать о том факте, что степень угрозы будет отличаться в зависимости от личностных качеств человека, его способностей, умений, опыта преодоления такой ситуации. «Состояние тревоги» должно применяться для отражения некоего эмоционального состояния или общего разнообразия реакций, которые появляются у человека, воспринимающего ситуацию как стрессовый фактор, угрожающий личности. Не обращая внимания на то, присутствует или нет объективная угроза [19].

Понятие «стресс» видоизменилось с момента его появления. Исследователи расширили область его применения, в большей степени изучили аспекты данной проблемы (причины, регуляции, преодоление). Достаточно часто «стрессом» называют и другие термины, которые являются близкими по смыслу (различное эмоциональное напряжение). Такая неоднозначность приводит к тому, что появляются разнообразные взгляды и мнения, которые затрагивают сущность психических явлений, различия в трактовке некоторых феноменов. При этом также отсутствуют определенные критерии при изучении, методические приемы в некоторых случаях используются неуместно.

1.2. Специфика стрессов на стоматологическом приёме.

1.2.1. Причины стрессового состояния пациентов.

В связи с тем, что большинство вмешательств в челюстно-лицевой области сопровождаются болезненными ощущениями, нервно-психическое напряжение и страх на приеме у врача-стоматолога испытывают 52% - 84% больных [36]. Проведенные исследования свидетельствуют, что около 5% взрослого населения испытывают чрезвычайный страх перед стоматологическим вмешательством, 20-30% испытывают сильный или умеренный страх, т.е. визит к стоматологу для них является психоэмоциональным стрессом [37]. Лечение данных больных может вызвать обострение существующих соматических заболеваний [39], а также способствовать формированию стойкой боязни стоматологического лечения «стоматофобии».

Стресс, испытываемый пациентом, влияет также и на работу врача, снижая качество оказываемых им услуг. Страх перед стоматологическим вмешательством у пациентов может выражаться не только в общем беспокойстве, тревожном настроении и панике, но также приводить к изменению гемодинамических показателей, дыхания, уровня сахара в крови, усилению потоотделения и развитию неотложных состояний [14,40].

Стрессовое состояние пациента стоматолога обусловлено, в первую очередь, страхом перед стоматологическим вмешательством и болью. Стресс, испытываемый на приёме у стоматолога, приводит к реактивности вегетативной системы, что проявляется в неустойчивости сосудистого тонуса.

Трудности, с которыми сталкивается врач-стоматолог в своей работе, определяются такими детерминантами как психоэмоциональная напряжённость стоматологических больных, дистрессовая

психотравмирующая ситуация стоматологического приёма, обусловленная негативно-болевым стоматологическим опытом индивида, что в конечном итоге оказывает неблагоприятное воздействие на лечебный процесс, на оказание стоматологической помощи пациенту [14].

Психоэмоциональная напряжённость пациента на приёме у стоматолога чаще всего в научной литературе ассоциируется со стрессом [11, 31, 41]. Как показывают многие исследования, стоматологические вмешательства действительно сопровождаются большим эмоциональным стрессом [2, 20, 32].

Эмоциональный стресс может вызвать как общую психосоматическую реакцию, так и спровоцировать конфликтную ситуацию.

В связи с этим, перед врачом стоят две основные задачи: обеспечение комфорта и безопасности проводимого вмешательства, которые приобретают особую актуальность при лечении больных с сопутствующей патологией.

Эмоциональная напряжённость является одним из интенсивных эмоциональных состояний, которое проявляется в форме многочисленных компонентов, каждый из которых имеет свою физиологическую специфику и специальный путь для периферического выражения [13, 29].

1.2.2. Признаки эмоциональной напряженности.

Принято выделять 4 основных группы реакций, являющихся типичными для состояния эмоциональной напряжённости, которые могут сигнализировать о его наличии [7].

1. Возникновение, по наблюдениям самих испытуемых, тревожных состояний (беспокойства, подавленности, страха и т.д.).

2. Изменения в привычном для данного индивида характере моторно-поведенческих реакций (появление тремора; возрастание мускульного напряжения, изменения в мимике и кинетике и др.).

О.В. Овчинникова и Э.Ю. Пунг, которые изучали специфику внешнего выражения состояния эмоциональной напряженности, установили, что одним из выразительных индикаторов эмоциональной напряженности является тремор рук. Согласно результатам их исследования, у всех участников проведенного ими исследования, в эмоциогенной ситуации возрастал тремор конечностей [17].

Одним из наиболее универсальных показателей эмоциональной напряженности является мимический компонент. Однако, он менее изучен в качестве индикатора эмоциональной напряженности [4].

Исследования, проведенные В.И. Барабаш, Н.И. Наенко, О.В. Овчинниковой позволили выявить особенности моторно-поведенческих реакций испытуемых в состоянии эмоциональной напряженности, которые дают выделять два типа эмоциональной напряженности: возбудимый и тормозной [16, 17].

Характерными особенностями тормозного типа является сужение диапазона движений (человек не в состоянии выполнить хорошо знакомые движения с прежней ловкостью), прикованностью внимания к одному объекту, однообразной позой, напряженным выражением лица, затруднением осмысления ситуации в целом. Такое состояние напоминает ступорозное состояние с угнетением психики. При возбудимом типе, наоборот, появляется двигательное беспокойство, импульсивность, суетливость, легкая отвлекаемость внимания. Также как и для тормозного типа, характерным оказывается затруднение в осмыслении ситуации, выражающемся в поверхностной оценке, быстрой смене решений [16].

3. Изменения в характере протекания мыслительных процессов и в организации интеллектуальной деятельности. Данные исследований о характере протекания мыслительных процессов при выполнении

интеллектуальной деятельности в состоянии эмоциональной напряженности дают основание сделать вывод о том, что отличительной чертой поведения человека в данном состоянии является отсутствие гибкости, или ригидность. Поведение утрачивает свойственную ему пластичность, а деятельность в значительной степени дезорганизуется.

Дезорганизация выражается в замедленности или, наоборот, в чрезмерной ускоренности протекания психических процессов, в ослаблении внимания, в затрудненности осуществления процессов восприятия, снижении «помехоустойчивости», в ухудшении оперативной памяти, в потере активного характера и пластичности процессов оперативного мышления. Всё это приводит к увеличению количества ошибок, ухудшению ориентировки в процессе информационного поиска, снижению работоспособности.

Установлено, что в состоянии эмоциональной напряжённости в первую очередь страдают сложные действия, появляется склонность к стереотипным, шаблонным действиям [16].

4. Изменения физиологических показателей состояния организма и биоэлектрической активности мозга под влиянием эмоциональной напряженности.

1.2.3. Основные стрессорные факторы на стоматологическом приеме.

В результате у значительной по объёму категории пациентов, неоднократно посещающих врача-стоматолога и обладающих определёнными константными личностными особенностями и чертами, может снижаться мотивация обращения к специалисту. Ряд авторов указывает на необходимость ситуативного коррегирования этой сферы пациента [14, 29].

Немаловажным фактором, детерминирующим сложности во взаимоотношениях социальных субъектов стоматологической практики,

также могут быть характерные особенности личности врача и пациента [9]. Так, личностные детерминанты социальных отношений в диаде «врач – пациент» – темперамент, способности, интеллект, характер и другие – необходимо требуют своего учёта в процессе создания эффективных интеракций врача с больным человеком

Несмотря на то, что безболезненность лечения в современных клиниках, как правило, гарантируется. Тем не менее, многие люди, оказавшись в стоматологическом кресле, испытывают беспокойство и ждут именно неприятных ощущений. Это свидетельствует о легко формируемом негативном стоматологическом опыте. Ожидание неприятного ощущения в значительной мере снижает важный аспект комфортности в лечебном процессе. Следовательно, при широко известном объективном факте безболезненности лечения, стоматология как сфера медицинских услуг пока не может преодолеть негативную ретроспективную установку значительной категории людей [5, 32] и кумулятивный негативный стоматологический опыт оказывает большие сложности при общении врача-стоматолога и пациента.

1.2.4. Влияние СТ на взаимодействие пациента с врачом-стоматологом.

По данным Арутюнова С.Д. с соавторами [3], Решетовой Т.В. [21], даже при современном уровне развития стоматологии врачи-стоматологи ежедневно сталкиваются с проблемой постоянного преодоления возникающего у людей барьера страха перед стоматологическим вмешательством. Страх пациента перед ожидаемой болью и предстоящими манипуляциями врача является основной причиной позднего обращения его к врачу [26, 27, 30]. Поэтому проблема дентофобии и психопрофилактики в стоматологии традиционно актуальна для организации процесса оказания стоматологической помощи.

В результате при взаимодействии с этой категорией людей перед врачом встаёт проблема преодоления пациентом страха стоматологического лечения, проблема его убеждения в необходимости лечебного процесса для сохранения и улучшения актуального уровня здоровья [18, 24]. Эффективность социальных воздействий, следовательно, и продуктивность социальных взаимоотношений в диаде врач – пациент, зависит от таких детерминант как навык диалогического общения врача без терминологически сложных речевых оборотов, уважительное отношение к пациенту независимо от его возраста или социального статуса, чувство доверия к доктору, которое обуславливается опрятной внешностью врача, его недемонстративным дружелюбием, уравновешенностью характера, умением выслушать больного человека, попыткой вникнуть и понять мотивы его тревожности [22].

В беседе с пациентом важно следить за своей речью, чтобы избежать ятрогеноформных эффектов, усиливающих тревожность пациента, вызывающих стойкую обратную связь в ЦНС, детерминируя тем самым ятрогенные заболевания [21]. В настоящее время, несмотря на большое количество научно-практической литературы по теме профилактики стоматологической заболеваемости и её снижения по всем показателям, уровень дентофобии значимо снизить не удаётся [12].

В связи с не снижающейся среди населения тревогой в отношении стоматологического приёма необходима разработка комплекса мер для снижения тревожности пациентов стоматологов.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Клиническое исследование и психологическое исследование.

В соответствии со сформулированными задачами в исследовании приняли участие 60 пациентов из случайной выборки в возрастной категории от 20 до 25 лет, которые являются студентами Института наук о Земле Санкт-Петербургского государственного университета. 36 из них (60%) девушки, остальные 40% мужчины.

Клиническая часть исследования заключалась в осмотре пациентов и оценке их стоматологического статуса посредством определения индексов КПУ и КПИ.

Для психологической части исследования были разработаны анкеты, содержащие 3 блока вопросов, суммарно 25. Анкетные вопросы были открытого и закрытого типа с выбором ответа, а также ранжирование по порядку (по значимости).

Данные, полученные на клиническом этапе, были обработаны и сопоставлены с данными психологического исследования и проанализированы.

2.2. Описание методик диагностики психологического состояния.

Анкета для определения психоэмоционального статуса состоит из трех частей. Первая представляет собой тестирование на определение уровня СТ по тесту Спилбергера – Ханина (State-Trait Anxiety Inventory - STAI). Вторая позволяет оценить степень лояльности пациентов по шкале стоматологической тревожности Кораха [33]. В третьей части анкеты пациенты распределяли стрессорные факторы, проявляющиеся на стоматологическом приеме, по значимости.

2.2.1. Тестирование по Спилбергеру – Ханину.

Тревожность — индивидуальная характеристика уровня подверженности человека действию различных стрессоров. Чаще всего степень переживаний не соответствует величине реальной опасности и характеризует предыдущий опыт пациента, то есть как часто ему приходилось испытывать состояние СТ [34].

Тест разработан американским психологом Ч. Спилбергером, русскоязычная адаптация сделана Ю. Л. Ханиным.

Шкала состоит из двух подшкал для определения разных форм тревожности: подшкалы оценки СТ, отражающей самочувствие в данный момент, и подшкалы оценки ЛТ, определяющей обычное самочувствие пациента. Это единственная методика, которая дает возможность дифференцированно определять тревожность и как личностное ощущение, и как состояние, связанное с текущей ситуацией.

В этом исследовании была использована подшкала, отвечающая за определение СТ. Положительным свойством этой методики является возможность использования шкал как совместно, так и отдельно.

Инструкция: необходимо прочитать внимательно каждое из приведенных ниже предложений (таб. 1) и подчеркнуть цифру в соответствующей графе справа в зависимости от самочувствия в данный момент. Над вопросами долго не задумываться, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

Таблица 1

Утверждения	Вовсе нет	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1. Я спокоен	1	2	3	4
2. Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3. Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4. Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5. Я чувствую себя спокойно	1	2	3	4
6. Я расстроен	1	2	3	4
7. Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8. Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9. Я встревожен	1	2	3	4
10. Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11. Я уверен в себе	1	2	3	4
12. Я нервничаю	1	2	3	4
13. Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14. Я взвинчен	1	2	3	4
15. Я не чувствую скованности, напряженности	1	2	3	4
16. Я доволен	1	2	3	4
17. Я озабочен	1	2	3	4
18. Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19. Мне радостно	1	2	3	4
20. Мне приятно	1	2	3	4

Анализ результатов.

Общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. Чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности.

При интерпретации результатов можно использовать следующие категории оценки тревожности:

1. до 30 баллов – низкая;

2. 31 - 44 балла - умеренная;
3. 45 и более - высокая.

Состояние реактивной (ситуационной) тревожности возникает при попадании в дискомфортную ситуацию и характеризуется субъективной напряженностью, беспокойством и вегетативным возбуждением. Это состояние отличается неустойчивостью во времени и различной интенсивностью в зависимости от силы воздействия стрессовой ситуации. Таким образом, значение итогового показателя по данной подшкале позволяет оценить не только уровень актуальной тревоги испытуемого, но и определить, находится ли он под воздействием стрессовой ситуации и какова интенсивность этого воздействия на него.

Показатели ситуативной и личностной тревожности подсчитываются по формулам.

Ситуативная тревожность:

$$СТ = \sum 1 - \sum 2 + 50,$$

где $\sum 1$ — сумма баллов по таким пунктам подшкалы: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$\sum 2$ — сумма баллов по таким пунктам подшкалы: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

2.2.2. Тестирование по шкале стоматологической тревожности Кораха DAS.

Данная шкала состоит из 5 вопросов и отражает отношение пациентов непосредственно к стоматологическому приему и вмешательствам (рис. 1).

1. Какие чувства вы испытываете в день посещения стоматолога?

- А. Ожидаю визита к стоматологу с нетерпением.
- Б. Не испытываю никаких особых переживаний.
- В. Испытываю некоторое беспокойство.
- Г. Опасаюсь болезненных ощущений.
- Д. Серьезно испуган возможными действиями врача стоматолога.

2. Какие чувства Вы испытываете, ожидая своей очереди в коридоре у кабинета стоматолога?

- А. Расслабление.
- Б. Беспокойство.
- В. Напряжение.
- Г. Значительное напряжение.
- Д. Страх, повышенную потливость, чувство тошноты.

3. Какие чувства Вы испытываете, сидя в кресле стоматолога и наблюдая, как врач стоматолог готовит к работе бормашину?

- А. Расслабление.
- Б. Беспокойство.
- В. Напряжение.
- Г. Значительное напряжение.
- Д. Страх, повышенную потливость, чувство тошноты.

4. Какие чувства Вы испытываете, сидя в кресле стоматолога и наблюдая, как врач стоматолог готовит к работе инструменты?

- А. Расслабление.
- Б. Беспокойство.
- В. Напряжение.
- Г. Значительное напряжение.
- Д. Страх, повышенную потливость, чувство тошноты.

Анализ результатов.

- 1. ответу «А» соответствует 1 балл;
- 2. ответу «Б» — 2 балла;
- 3. ответу «В» — 3 балла;
- 4. ответу «Г» — 4 балла;
- 5. ответу «Д» — 5 баллов.

Сумма ответов на все вопросы может изменяться в пределах от 4 до 20 баллов.

Положительное отношение к стоматологическому вмешательству определяется при результате от 4 до 8 баллов. Нейтрально-отрицательная реакция выявлена от 9 до 12 баллов. Симптомы тревожности от 13 до 17

баллов. Выраженная дентофобия у пациентов признается при 17 баллах и более.

2.2.3. Определение доминантного фактора тревожности пациентов.

Пациентам были предложены 5 утверждений (таб. 2), сформированных на основе предыдущих исследований [Соколова И. С. Факторы страха на стоматологическом приеме, СПб, 2017 г.], о том, какие факторы на стоматологическом приеме являются наиболее стрессогенными. Эти факторы нужно было расположить в порядке возрастания, от 1 до 5, где 1 самый сильный, 5- наименее значимый.

Таблица 2

Утверждение	Номер по возрастанию (от 1 до 5)
1. Непосредственный отрицательный опыт при предыдущих посещениях стоматолога.	
2. Чужой негативный опыт.	
3. Ощущение собственной беспомощности и потери контроля над ситуацией, когда вы не в состоянии контролировать процесс.	
4. Перенос негативного опыта лечения в других областях медицины на стоматологию.	
5. Медиа-фактор – негативные изображения стоматологов и стоматологического лечения в СМИ, мультфильмах, кино.	

2.3. Определение стоматологического статуса.

В данном исследовании стоматологический статус оценивался по следующим показателям: интенсивность кариеса зубов (индекс КПУ), комплексный периодонтальный индекс (КПИ).

Индекс КПУ отражает интенсивность поражения зубов кариесом. К означает количество кариозных зубов, П — количество пломбированных зубов, У — количество удаленных или подлежащих удалению зубов. Сумма этих показателей дает представление об интенсивности кариозного процесса у конкретного человека.

Выделяют три вида индекса КПУ:

1. КПУ зубов (КПУ_з) — число кариозных и пломбированных зубов обследуемого;
2. КПУ поверхностей (КПУ_{пов}) — число поверхностей зубов пораженных кариесом;
3. КПУ_{пол} — абсолютное количество кариозных полостей и пломб в зубах [35].

В этой работе был определен индекс КПУ_з пациентов.

Расчет индекса:

Индекс КПУ зубов — это сумма кариозных и пломбированных постоянных зубов, а также удаленных постоянных зубов у одного человека (рис. 2).

Рисунок 2

$$\text{КПУ}_з = \frac{\text{Сумма кариозных, пломбированных и удаленных зубов}}{\text{Число обследованных людей}}$$

КПУ_з от 6 до 10 свидетельствует о высокой интенсивности кариозного поражения, 3-5 — умеренной, 1-2 — низкой.

Индекс КПИ (П.А. Леус, 1988) отражает состояние тканей периодонта: учитывает налет, как значимый фактор риска возникновения патологии периодонта, симптомы воспаления и признаки глубокой деструкции тканей.

У взрослых исследуют 17/16, 11, 26/27, 31, 36/37, 46/47 группы зубов.

Критерии определения КПИ (таб. 3):

Таблица 3

<i>Коды</i>	<i>Признаки</i>	<i>Критерии</i>
0	Здоровый	Зубной налет и признаки поражения пародонта при обследовании не определяются
1	Зубной налет	Любое количество мягкого белого налета, определяемое зондом на поверхности коронки, в межзубных промежутках или преддесневой области
2	Кровоточивость, видимая невооруженным глазом	Кровотечение при легком зондировании зубодесневого желобка (кармана)
3	Зубной камень	Любое количество твердых отложений (зубного камня) в поддесневой области зуба
4	Патологический карман	Пародонтальный карман, определяемый зондом
5	Подвижность зуба	Патологическая подвижность зуба 2-3-й степени

При наличии нескольких признаков, регистрируется более тяжелое поражение (более высокий балл).

КПИ индивидуума рассчитывается по формуле:

$$КПИ = \frac{\sum \text{кодов 6 зубов}}{n \text{ зубов}}$$

По данным КПИ дают оценку состояния периодонта (таб.4)

Таблица 4

<i>КПИ</i>	<i>Уровень интенсивности</i>
0,1-1,0	Риск заболевания
1,1-2,0	Легкий
2,1-3,5	Средний
3,6-5,0	Тяжелый

2.4. Методика статистической обработки данных.

Статистическую обработку полученных данных осуществляли с помощью с помощью параметрического и непараметрического анализов и использованием пакетов прикладных программ «Statistica» (StataSoft-Russia), MS Office Excel, а также сервиса «Медицинская статистика». Для проверки наличия или отсутствия статистической связи между количественными признаками использовали критерий корреляции Пирсона. Критический уровень значимости был принят $p < 0.05$.

2.4.1. Методика вычисления критерия корреляции Пирсона.

Критерий корреляции Пирсона – это метод параметрической статистики, позволяющий определить наличие или отсутствие линейной связи между двумя количественными показателями. С помощью данного коэффициента можно определить силу линейной зависимости. Критерий корреляции Пирсона был разработан командой британских ученых во главе с Карлом Пирсоном в 90-х годах 19-го века. Данный коэффициент имеет пределы значения от -1 до +1.

Для расчетов критерия корреляции Пирсона необходимы данные характеристики показателей:

1. Исследуемые переменные должны иметь нормальное распределение
2. Исследуемые переменные должны быть измерены в интервальной количественной шкале.
3. Количество значений для исследуемых переменных должно быть одинаковым (или примерно одинаковым).
4. Количество сопоставляемых величин равно двум.

Данный коэффициент высчитывается по следующим формулам (рис.3):

Рисунок 3

$$r_{xy} = \frac{\sum (x_i - \bar{x}) \times (y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum (x_i - \bar{x})^2 \times \sum (y_i - \bar{y})^2}}$$

\bar{x} – математическое ожидание ряда x ;

\bar{y} – математическое ожидание ряда y ;

Расчет коэффициента в исследовании был произведен при помощи сервиса «Медицинская статистика» [42], в котором указаны все необходимые для вычисления и интерпретации критерия корреляции Пирсона формулы.

Интерпретация данного коэффициента корреляции исходит из его абсолютных значений. Возможные значения, которые могут получиться в результате расчетов, имеют диапазон от -1 до +1. Чем выше полученное

значение (чем больше оно стремится к +1), тем более сильная взаимосвязь между двумя величинами.

1. Если коэффициент равен 0 - говорится о полном отсутствии взаимосвязи.
2. Если коэффициент равен 1 – судят о наличии абсолютной (функциональной) связи.
3. Если коэффициент равен - 1 – судят о полном отсутствии абсолютной (функциональной) связи.

Для оценки тесноты, или силы, корреляционной связи обычно используют общепринятые критерии, согласно которым:

1. абсолютные значения коэффициента корреляции < 0.3 свидетельствуют о слабой связи,
2. значения коэффициента корреляции от 0.3 до 0.7 - о связи средней тесноты,
3. значения коэффициента корреляции > 0.7 - о сильной связи.

Более точную оценку силы корреляционной связи можно получить, если воспользоваться таблицей Чеддока (таб. 5):

Таблица 5

Величина коэффициента корреляции	0.1 - 0.3	0.3 - 0.5	0.5 – 0.7	0.7 – 0.9	0.9 – 1.0
Характеристика силы связи	слабая	умеренная	заметная	высокая	весьма высокая
		 средняя		 сильная	

Оценка статистической значимости коэффициента корреляции r_{xy} осуществляется при помощи t-критерия, рассчитываемого по следующей формуле (рис. 4):

Рисунок 4

$$t_r = \frac{r_{xy} \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r_{xy}^2}}$$

Полученное значение t_r сравнивается с критическим значением при определенном уровне значимости и числе степеней свободы f (рис.5). Если t_r превышает $t_{\text{крит}}$, то делается вывод о статистической значимости выявленной корреляционной связи.

Рисунок 5

$$f = (n1 + n2) - 2$$

Сравниваем критическое и рассчитанное значения критерия:

Если рассчитанное значение t-критерия Стьюдента равно или больше критического, найденного по таблице, делаем вывод о статистической значимости различий между сравниваемыми величинами.

Если значение рассчитанного t-критерия меньше табличного, значит различия сравниваемых величин статистически не значимы.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1. Результаты тестирования пациентов по ситуативной и стоматологической тревожности.

3.1.1. Результаты тестирования по системе Спилберга-Ханина.

Показатель ситуативной тревожности менее 30 имеют **6 (10%)** пациентов. Он оценивается как низкий.

Следующие показатели имеют более высокие категории.

Показатели умеренной тревожности:

1. 31 балл – **3 (5%)** пациента.
2. 32 балла – **9 (15%)** пациентов.
3. 35 баллов – **1 (1,67%)** пациент.
4. 36 баллов – **3 (5%)** пациента.
5. 37 баллов – **1 (1,67%)** пациент.
6. 40 баллов – **5 (8,33%)** пациентов.
7. 41 балл – **4 (6,67%)** пациента.
8. 42 балла – **7 (11,67%)** пациентов.
9. 44 балла – **7 (11,67%)** пациентов.

Всего: **40 (66,7%)** обследуемых.

Показатели высокой степени тревожности:

1. 46 баллов – **1 (1,67%)** пациент.
2. 48 баллов – **2 (3,33%)** пациента.
3. 49 баллов – **1 (1,67%)** пациент.
4. 50 баллов – **1 (1,67%)** пациент.
5. 54 балла – **3 (5%)** пациента.
6. 55 баллов – **2 (3,33%)** пациента.
7. 56 баллов – **1 (1,67%)** пациент.
8. 60 баллов – **1 (1,67%)** пациент.

9. 63 балла– **1 (1,67%)** пациент.

10. 65 баллов – **1 (1,67%)** пациент.

Всего: **14(23,3%)** обследуемых.

Полученные данные были обобщены в график (рис. 6).

Рисунок 6



3.1.2. Результаты тестирования по методике оценки стоматологической тревожности Кораха (DAS).

При анализе анкет было определено следующее:

1. Положительное отношение к стоматологическому приему проявляют **8 (13,3 %)** пациентов.

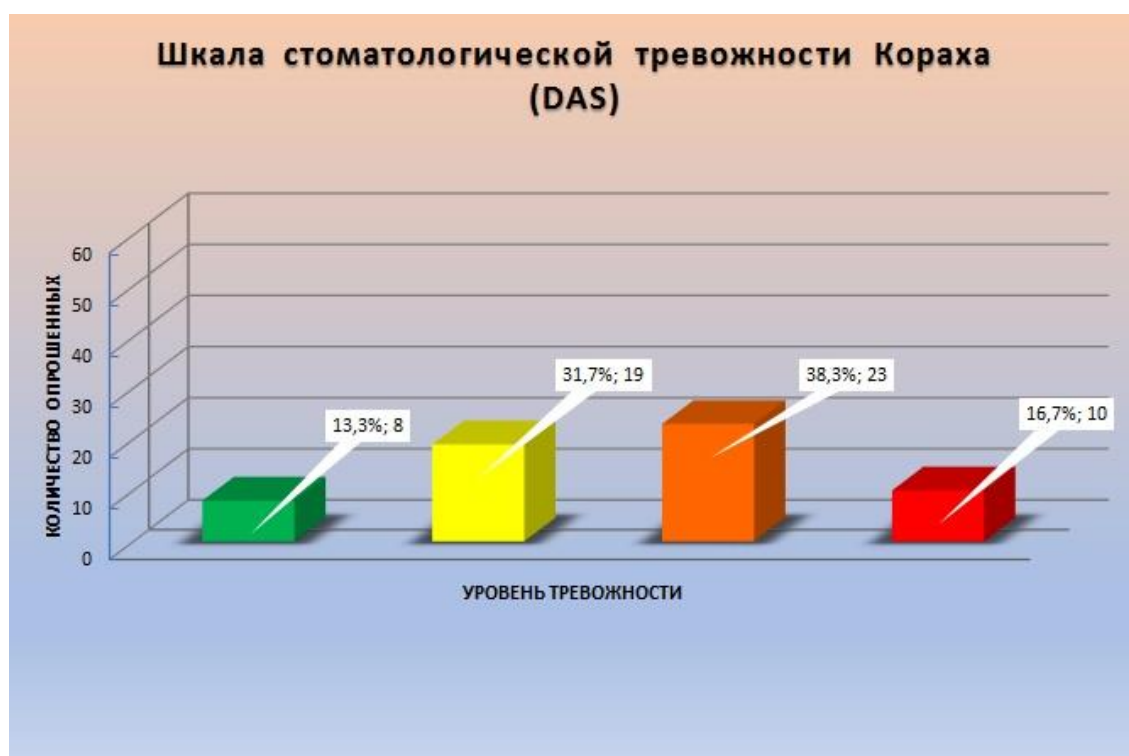
2. Нейтральную или слабо отрицательную реакцию проявляют **19 (31,7%)** пациентов.

3. Признаки негативного отношения и тревожности по отношению к стоматологическому приему были определены у **23 (38,3%)** участников исследования.

4. Выраженная дентофобия наблюдается у **10 (16,7%)** пациентов.

Данные, представленные в виде графика (рис. 7):

Рисунок 7



При сопоставлении результатов тестирования по методу Спилберга-Ханина и Кораха было выявлено, что системы аналогичны друг другу, так как результаты их сопоставимы. Таким образом, в условиях ограниченного времени на стоматологическом приеме возможно использование только одной из этих методик оценки психологического состояния (на выбор врача).

Однако, при теоретическом анализе литературы, было выявлено, что тестирование по методике Спилберга-Ханина является наиболее комплексным и позволяет в полной мере оценить психоэмоциональный

статус пациента. В связи с этим, система тестирования психологического состояния должна выбираться в зависимости от объема планируемого вмешательства. Таким образом, при проведении сложных манипуляций, либо при планировании долгосрочного лечения и взаимодействия с пациентом, более рациональным будет использование полноценный вариант шкалы Спилберга-Ханина, включающий в себя раздел анализа СТ и ЛТ.

3.2. Результаты определения доминантного фактора тревожности.

Большинство пациентов (**16 человек. 26,7%**) обозначили, что наиболее значимым стрессогенным фактором на стоматологическом приеме для них является **трансляция негативного опыта лечения из других сфер медицины на стоматологию.**

Вторым в рейтинге значимости причин тревожности является **чужой отрицательный опыт при стоматологических вмешательствах.** Его определили доминантным **14 человек (23,3%).**

13 (21,7%) респондентов определили наиболее важным аспектом стресса **личный негативный опыт.** Это пациенты, которые когда-либо испытывали чрезмерные болезненные ощущения во время стоматологических манипуляций, а также столкнулись с осложнениями после проведенного лечения.

Следующим по стрессогенности является **медиа-фактор**, такой как отрицательное изображение стоматолога в сети Интернет, негативные истории о лечении и общении с врачами, изображенные в кино, мультфильмах и СМИ. Данный фактор наиболее тревожит **9 человек (15%).**

8 (13,3%) пациентов определяют доминантным фактором **ощущение невозможности контролировать ситуацию.** Так как человек чувствует себя незащищенно в неизведанных условиях, это ощущение может нагнетать тревожность.

Обобщенные результаты в графике (рис. 8).

Рисунок 8



3.2. Результаты определения стоматологического статуса пациентов.

3.2.1. Результаты определения индекса КПУ.

Показатели индекса КПУ, определенные при помощи визуального и инструментального исследования, у обследованных пациентов представлены в таблице (таб. 6).

Таблица 6

Индекс КПУ	Количество пациентов	Тяжесть поражения
1	3	Легкая
2	7	
3	2	Средняя
4	10	
5	19	
6	9	Тяжелая
7	3	
9	5	
10	1	
11	1	

3.2.1. Результаты определения индекса КПИ.

Показатели индекса КПИ у обследованных пациентов представлены в таблице (таб.7)

Таблица 7

Индекс КПИ	Количество пациентов	Тяжесть поражения
0,1-1,0	21	Риск заболевания
1,1-2,0	26	Легкая
2,1-3,5	12	Средняя
3,6-5,0	1	Тяжелая

3.3. Результаты изучения влияния уровня ситуативной стоматологической тревожности на стоматологический статус пациентов.

Для обобщения количественных данных был проведен статистический подсчет результатов, а также математический анализ полученных величин.

3.3.1. Теоретический расчет критерия корреляции Пирсона для определения наличия связи между уровнем стоматологической тревожности и показателями индекса КПУ.

В данной части исследования были сопоставлены уровень СТ на стоматологическом приеме, определенный по методике теста Спилберга-Ханина, и показатели индекса КПУ₃ обследованных пациентов. В сервисе «Медицинская статистика» по заданной формуле был рассчитан коэффициент.

Результат расчета:

Коэффициент корреляции (r) равен **0.69**

Связь между исследуемыми признаками - прямая, теснота (сила) связи по шкале Чеддока – заметная.

Оценка статистической значимости была проведена при $n=60$ и $p=0.05$. Табличное значение t-критерия Стьюдента при данных показателях:

$$t_{\text{крит}}=2,002.$$

Значение t , рассчитанное по формуле на рисунке 4:

$$t_r = \frac{0,69 \cdot \sqrt{58}}{\sqrt{(1-0,69^2)}} = 7,26$$

t_r достоверно больше $t_{\text{крит}}$, что свидетельствует о статистической значимости коэффициента. То есть связь уровня СТ на приеме и показателей индекса КПУз статистически значима.

3.3.2. Персональный анализ уровня тревожности и показателей индекса КПУ.

Среди пациентов, чей уровень тревожности по шкале Спилберга оценивается как низкий, **100%** имеют низкую распространенность кариеса (рис. 9).

Рисунок 9



Пациенты, которые обладают умеренной тревожностью (рис. 10), распределились следующим образом:

1. **4 (10%)** человека имеют низкую интенсивность кариеса;

2. **31 (77,5%)** пациент имеют среднюю интенсивность кариеса;
3. **5 (12,5%)** человек имеют высокую распространенность кариеса.

Для пациентов с высоким уровнем тревожности (рис. 11) наиболее частым явлением стал результат КПУ, который соответствует сильной интенсивности кариозного процесса, он обнаруживается у **8 (57,2%)**. Средняя и низкая интенсивность определяется у равного количества респондентов: по **3 (21,4%)** соответственно.

Данные визуализированы на диаграммах.

Рисунок 10





3.3.3. Теоретический расчет критерия корреляции Пирсона для определения наличия связи между уровнем стоматологической тревожности и показателями индекса КПИ.

В данной части исследования были сопоставлены уровень ситуативной тревожности на стоматологическом приеме, определенный по методике теста Спилберга-Ханина, и показатели индекса КПИ обследованных пациентов. В сервисе «Медицинская статистика» по заданной формуле был рассчитан коэффициент.

Результат расчета:

Коэффициент корреляции (r) равен **0.27**

Связь между исследуемыми признаками - прямая, теснота (сила) связи по шкале Чеддока – слабая.

Оценка статистической значимости была проведена при $n=60$ и $p=0.05$. Табличное значение t -критерия Стьюдента при данных показателях:

$$t_{\text{крит}}=2,002.$$

Значение t , рассчитанное по формуле на рисунке 4:

$$t_r = \frac{0,27 \cdot \sqrt{58}}{\sqrt{(1-0,27^2)}} = 2,136$$

t_r достоверно больше $t_{\text{крит}}$, что свидетельствует о статистической значимости коэффициента. То есть связь уровня СТ на приеме и показателей индекса КПИ статистически значима.

3.3.2. Персональный анализ уровня тревожности и показателей индекса КПИ.

По результатам математического анализа было выявлено, что корреляция между индексом КПИ и уровнем СТ пациентов слабая. Эти данные подтвердились и при персональном анализе данных. Прямой взаимосвязи между стрессорным компонентом на приеме и показателями индекса КПИ не выявлено.

Так, например пациент О., не имеющий признаков дентофобии, имеет индекс 2,2, который определяется как средняя степень поражения периодонта. А у пациента Ю., тревожность которого выше среднего, определяется индекс КПИ 0,3, который соответствует параметру риска возникновения заболевания, но фактически признаки патологии отсутствуют.

ГЛАВА 3. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

3.1. Заключение.

Целью настоящего исследования являлось изучение влияния стрессовых факторов на стоматологический статус пациентов. В задачи входило изучение теоретических основ стрессорных факторов, определение оптимального метода анализа психоэмоционального состояния пациентов, а также выявление корреляции между уровнем тревожности и распространенностью патологических процессов в полости рта.

В работе приняли участие 60 студентов в возрасте от 20 до 25 лет. Исследование состояло из клинического обследования пациентов и оценки их психологического статуса. Клиническое обследование заключалось в осмотре полости рта и определении индексов КПУз и КПИ. Психоэмоциональный статус определяли путем анкетирования. Для каждого пациента была составлена анкета, состоящая из 3 блоков: тест по методике Спилберга-Ханина, определяющий СТ, стоматологическая шкала Кораха, а также опросник по доминантным факторам тревожности.

Статистический анализ данных проводился при помощи программ Statistica (Statsoft-Russia) и MS Office Excel.

Далее при помощи сервиса «Медицинская статистика» и расчетных формул был выполнен корреляционный анализ по критерию корреляции Пирсона, для определения линейной связи между двумя количественными показателями, а также оценить ее тесноту и статистическую значимость. Проводилась корреляция между такими показателями как уровень СТ и индекс КПУз, а также уровень СТ и индекс КПИ.

Проведенная обработка результатов анкетирования показала, что, исходя из методики определения СТ по Спилбергу-Ханину, низкий уровень тревожности отмечается у 10% обследуемых. Средней

интенсивностью тревожности обладает большинство (66,7%) пациентов. Высокий уровень СТ, который требует значительной коррекции, проявили 23,3% респондентов.

По анализу шкалы стоматологической тревожности Кораха (DAS) были получены следующие результаты: положительным отношением к лечению обладают 13,3% обследованных пациентов. У 31,7% наблюдается устойчивая нейтральная позиция. Еще 38,3% участников исследования проявляют нейтрально-отрицательную реакцию, но не нуждаются в коррекции. У 16,7% пациентов наблюдается выраженная дентофобия.

После результирования данных, полученных при анализе анкет, содержащих две различные системы определения психоэмоционального статуса (тест Спилберга и шкала Кораха), можно сделать вывод о том, что эти методики сопоставимы, и возможно их применение изолированно друг от друга. Таким образом, на амбулаторном приеме более рационально использование одной из систем.

Также по данным анкетирования было выяснено, какие факторы являются доминантными, среди стрессогенных на стоматологическом приеме. Большинство пациентов 26,7% обозначили, что наиболее значимым стрессорным фактором на стоматологическом приеме для них является трансляция негативного опыта лечения из других сфер медицины на стоматологию. Вторым в рейтинге значимости причин тревожности является чужой отрицательный опыт при стоматологических вмешательствах. Его определили доминантным 23,3% обследованных. 21,7% респондентов определили наиболее важным аспектом стресса личный негативный опыт. Следующим по стрессогенности является медиа-фактор, такой как отрицательное изображение стоматолога в сети Интернет, негативные истории о лечении и общении с врачами, изображенные в кино, мультфильмах и СМИ. Данный фактор наиболее тревожит 9 человек (15%). 13,3% пациентов определяют доминантным фактором ощущение невозможности контролировать ситуацию.

К каждому блоку анкетных данных были сконструированы наглядные диаграммы и графики, позволяющие более легко и точно анализировать информацию.

По данным клинического осмотра были составлены таблицы, отражающие значения индексов КПУз и КПИ. Исходя из показателей индекса КПУз, легкую степень распространенности поражения имеют 16,7% обследованных, среднюю – 51,6%, высокую – 31,7%. По данным индекса КПИ, 35% пациентов имеют риск развития заболеваний периодонта, но без патологических изменений на данный момент. У 43,3% осмотренных имеются признаки легкой степени патологии, 5% имеют среднюю степень, у 1,7% пациентов наблюдаются признаки тяжелой деструкции периодонта.

После составления итоговой таблицы и сопоставления результатов ситуативной тревожности пациентов и их показателей индекса КПУз, был высчитан критерий корреляция Пирсона. Коэффициент корреляции Пирсона составил 0,69. Данное значение показывает высокий уровень связи, который также является статистически значимым. Для проверки точности статистических расчетов был проведен персональный анализ анкет и данных клинического осмотра. При этом было выявлено, что уровень СТ и значения индекса КПУз действительно взаимосвязаны.

При определении корреляции уровня СТ пациентов и показателей индекса КПИ, достоверно значимой связи не было определено ни математически, ни путем персонализированных расчетов.

Таким образом, можно сделать вывод, что уровень ситуативной тревожности влияет на стоматологический статус пациента, вследствие чего, психоэмоциональное состояние нуждается в анализе, а также, при необходимости, своевременной коррекции.

3.2. Выводы.

1. Оптимальным способом оценки психоэмоционального состояния пациентов в условиях амбулаторного приема является тест-анкета по системе Кораха.

2. Большинство взрослых пациентов в возрасте от 20 до 25 лет обладают средним (66,7%), либо высоким (23,3%) уровнем тревожности. Основными стрессогенными факторами являются трансляция опыта из других областей медицины и чужой негативный опыт лечения.

3. Уровень ситуативной тревожности пациентов имеет непосредственное влияние на их стоматологический статус. Чем выше тревожность, тем выше интенсивность кариозных поражений.

3.3. Практические рекомендации.

1. При работе с пациентами стоит учитывать их психоэмоциональный статус с целью коррекции и создания благоприятного прогноза лечения.

2. Для определения ситуативной тревожности пациентов можно использовать краткий тест Кораха. Однако, при планируемом длительном лечении, либо объемном вмешательстве, также при необходимости установить с пациентом контактное взаимодействие, может потребоваться анализ СТ и ЛТ с применением метода Спилберга-Ханина.

Список литературы

Книги и статьи в журналах

1. Абаренкова А.М. Проблема адаптации. Стресс и стрессоустойчивость / А.М. Абаренкова // Интеграция теории, методологии и практики в современных науках и образовании. Международная научно-практическая конференция. – Армавир, 2015. – С. 10-15.
2. Анискин Д.Б. Психологический стресс и соматические расстройства / Д.Б. Анискин // Лечащий врач. – 1998. – №1. – С. 54-56.
3. Арутюнов С.Д. Экспрессия лица как индикатор эмоционального состояния пациентов на стоматологическом приёме / С.А. Арутюнов и др. // Российский стоматологический журнал. – 2003. – №1. – С. 24-28.
4. Астапов В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги / В.М. Астапов // Психологический журнал. – 1992. – № 5. – С. 111-117.
5. Бойко В.В. Пациент с негативным стоматологическим опытом / В.В. Бойко // Институт стоматологии. – 2002. – №1. – С. 11-13.
6. Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю. М., Максимовская Л. Н. - Терапевтическая стоматология, Учебник. – М.: Медицина, 2001 г.
7. Газиева М.З. Стрессоустойчивость личности как предмет психолого-педагогического изучения / М.З. Газиева // Вестник Пятигорского государственного лингвистического университета. – 2008. – №4. – С. 317-322.
8. Гревцова Е.А. Диагностика нервно-психического напряжения у учителей общеобразовательных школ / Е.А. Гревцова // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2007.

9. Гросицкая И.К. Отсроченные визиты к стоматологу и их связь с личностными особенностями пациента: Автореф. дис. канд.мед.наук. – М., 2002.
10. Дроздов В.Н. Становление личности будущего врача. – Омск, 2004.
11. Зорян Е.В., Рабинович С.А. Выбор местного обезболивания с учетом соматического состояния пациента и взаимодействия лекарств.// Клиническая стоматология. - 2010. - №1. - С.48-52.
12. Игумнов С.А. Стресс и стресс-зависимые заболевания / С.А. Игумнов, В.А. Жебентяев. – СПб: Речь, 2011.
13. Йоффе Е. Что думает пациент о вашей практике? / Е. Йоффе // Новое в стоматологии. – 2000. – №3. – С. 20-24.
14. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология и реабилитация: история и современность / Б.Д. Карвасарский, Р.К. Назыров, С.А. Подсадный, Е.И. Чехлатый // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. СПб., 2001. - С. 203-210.
15. Кудрявая Н.В., Анашкина Е.В., Зорин К. В. И др. Психология для стоматологов. Под ред. проф. Кудрявой Н.В. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. -С. 360-362
16. Кузнецова О.Б. Возрастные и гендерные особенности динамики психоэмоционального напряжения и тревожности студентов с разным уровнем физической активности / О.В. Кузнецова // Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. – 2010. – №4. – С. 49-51.
17. Кулакова Т.А. Формирование личности врача – формирование культуры человека / Т.А. Кулакова, О.В. Антонов, Е.Ф. Литвинович, С.И. Артюкова. – Омск, 2009.
18. Молчанов А. С. Бихевиористский подход в образовании//Педагогика и психология в высшем медицинском образовании: сборник научных статей факультета педагогического

образования в высшей медицинской школе.-М.: МГМСУ, 2011. -Ч. 1.-С. 38-47.

19. Нагирнер И.И. Стрессоустойчивость и адаптация: теоретический анализ понятий / И.И. Нагирнер // Актуальные вопросы психологии. – 2015. – №8. – С. 51-57.

20. Наенко Н.И. Психология эмоциональных состояний / Н.И. Наенко. – М., 2013.

21. Овчинникова О.В. Экспериментальное исследование эмоциональной напряженности в ситуации экзамена / О.В. Овчинникова, Э.Ю. Пунг // Психологические исследования. 2005. – № 4. – С. 112-119.

22. Петровская Л.В. Результаты сравнительного изучения психофизиологических факторов, влияющих на осознание (оценку) боли при проведении терапевтических стоматологических вмешательств / Л.В. Петровская, Ю.М. Максимовский, Е.В. Зорян // Стоматология. – 2003. – №2. – С. 15-20.

23. Проскурина Анна Николаевна, Хамерзокова Бэла Нурбиевна, Зороглян Гоар Амбарцумовна **ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НАПРЯЖЕННОСТИ И УРОВНЯ КОМПЛАЕНСА У ДЕТЕЙ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ** // Colloquium-journal. 2019. №4 (28).

24. Пшенникова М.Г. Эмоциональный стресс и его роль в патологии / М.Г. Пшенникова // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2000. – №3. – С. 20-26.

25. Рабинович С.А., Московец О.Н., Сухова Т.В., Нацикова Н. Л., Калашникова Н.В. Седация в стоматологии. Что может врач-стоматолог// Эндодонтия today. - М.,2011. - №2. - С.6-9.

26. Решетова Т.В. Влияние когнитивного стиля на взаимоотношения врача и больного / Т.В. Решетова // Психологический журнал. – 1990. – №1. – С. 45-52.

27. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога: Учеб. пособие: В 2 кн. 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Гума-нит. изд. центр ВЛАДОС, 2009. — Кн. 1: Система работы психолога с детьми разного возраста. — 384с: ил. — с. 334.
28. Седова Н.Н. Личность врача как фактор доверия к нему пациента. — Волгоград, 2000.
29. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. — М., 1982.
30. Сергеева О.О. Снижение психоэмоционального перенапряжения и болевой чувствительности больных на стоматологическом приёме: Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 2001.
31. Сергиенко Е.А., Журавлев А.Л., Проблемы стресса и выгорания и совладание с ними в современном обществе //М.: ИП РАН, 2011.
32. Серебрякова Т.А. Психология стресса / Т.А. Серебрякова. — Н. Новгород: ВГИПУ, 2007.
33. Судаков К.В. Эмоциональный стресс: теоретические и клинические аспекты / К.В. Судаков, В.И. Петров. — Волгоград, 1997.
34. Циркин С.Ю. Характерологические типы личности и стиль взаимодействия с пациентов в процессе психотерапии / С.Ю. Циркин, М.А. Кулагина // Российский психиатрический журнал. — 1998. — №2. — С. 44-48.
35. Юдин В.В. Стрессы. Стрессоустойчивость как способ предупреждения конфликтов / В.В. Юдин // Конфликтология. Сб. статей. — М., 2011. — С. 180-205.
36. Bonika J J.// The Management of Pain. — 1990. — Vol. 1. — P.18
37. Daublander Monica Patient Safety. Local Anesthesia XIII International Dental Congress on Anesthesia, Sedation, and Pain Control (Kona, Hawaii, February 29 - March 2, 2012) Annual Session Hawaii. - 2012. - P. 193-202.
38. McKay D.C., Christensen L.V. // J. Oral Rehabil. — 2008. — Vol. 25. — №10. — P. 731-746.

39. Mott A.E., Grushka M., Sessle B.J. // Dent. Clin. N. Am. – 2003. – Vol. 37. – №1. – P. 33-71.

40. Ship J.A., Grushka M. // J. Am. Dent. Assoc. – 1995. – Vol. 126. – №7. – P. 843-846

41. Thoma MV, Kirschbaum C, Wolf JM, Rohleder N. Acute stress responses in salivary alpha-amylase predict increases of plasma norepinephrine. Biol Psychol. 2012 Aug 28.

Сайты

42. <http://medstatistic.ru>