

Санкт-Петербургский государственный университет

Лахина Аделина Константиновна

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

«Основные причины тревожности пациентов на

стоматологическом приеме»

31.05.03 Стоматология

Научный руководитель:

Профессор, выполняющий лечебную работу, Кафедры терапевтической стоматологии, д.м.н.,

Ермолаева Людмила Александровна

Рецензент:

Кулик Инга Владимировна, доцент,

Кафедра стоматологии общей практики,

Федеральное государственное бюджетное

образовательное учреждение высшего

образования «Северо-Западный

государственный медицинский

университет имени И.И. Мечникова»

Минздрава России

Санкт-Петербург

2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Актуальность.....	3
Цель работы, задачи.....	5
Глава 1. Литературный обзор	
<u>1. Психологический компонент тревожности.....</u>	7
1.1. Психологическая напряженность.....	7
1.2. Тревожность и эмоциональная реакция. Формирование «угрозы».....	8
<u>2. Химическая составляющая страха.....</u>	10
2.1. Адреналин — гормон страха.....	11
2.2. Норадреналин — гормон ярости.....	13
<u>3. Мозг и страх.....</u>	14
3.1. Проявления страха.....	16
3.2. Причины страха.....	17
3.2.2 Предоперационный и постоперационный психологический стресс.....	18
3.2.3 Чужой негативный опыт.....	18
3.2.4 Отсутствие контроля.....	19
Глава 2. Методы диагностики психологического состояния пациентов	
<u>2.1 Шкала оценки поведения на стоматологическом приеме по Франклу.....</u>	20
<u>2.2 Цветовой тест Люшера.....</u>	20
<u>2.3 Шкала стоматологической тревожности Кораха DAS.....</u>	21
<u>2.4 Корреляция результатов тестов Франкла, Люшера и Кораха.....</u>	22

<u>2.5 Тест «Исследование тревожности» (опросник Спилбергера-Ханина)</u>	24
<u>2.6 Тест Сонди</u>	27
<u>2.7 Шкала Гамильтона для оценки тревоги (НАМ-А)</u>	29

Глава 3. Результаты собственного исследования

<u>3.1. План исследования</u>	32
<u>3.2. Материалы и методы</u>	32
<u>3.3. Результаты исследования</u>	33
3.3.1. <i>Результаты тестирования по системе Спилберга-Ханина</i>	33
3.3.2. <i>Результаты тестирования по методике оценки стоматологической тревожности Кораха (DAS)</i>	34
3.3.3. <i>Результаты тест-опроса «Боюсь ли я стоматолога?»</i>	36
3.3.4 <i>Результаты опроса «Причины тревоги на приеме у врача-стоматолога»</i>	38
3.3.5 <i>Результаты открытого теста «Как появилась тревожность»</i>	39

Глава 4. Заключение

<u>4.1 Заключение</u>	42
<u>4.2 Выводы</u>	46
<u>4.3 Практические рекомендации</u>	47
Список литературы	48

Актуальность

В современном мире страх перед посещением врача-стоматолога может являться барьером в профилактике стоматологических заболеваний. Логическая цепь данного утверждения весьма простая: человек, страхом которого является посещение врача, не придёт на профилактический осмотр полости рта, при котором могут быть своевременно выявлены начальные процессы каких-либо патологий, что, вне всякого сомнения, повлечёт за собой ухудшение состояния и качества жизни пациента. Обладая знаниями о страхе, его причинах и происхождении врач-стоматолог сможет оказать должную стоматологическую помощь, повысить качество проведения манипуляций, создав «безопасные» для пациента условия лечения.

Несмотря на то, что в современном мире качество оказания стоматологической помощи значительно выросло, вопрос о профилактике стоит неизменно остро, а одной из причин сложности проведения профилактических мер является отсутствие должной мотивации у пациентов к посещению врача-стоматолога в связи с негативными эмоциональными переживаниями. Причины тревожности на приёме остаются важным, требующим внимание аспектом при работе врача на стоматологическом приёме. В связи с множественными факторами, которые могли поспособствовать развитию устойчивой тревожности, невозможно точно сформулировать единый механизм развития тревожности у пациентов.

Основными «симптомами» проявления страха является когнитивные, моторные, мимические реакции, по проявлению которых можно судить о возбужденном состоянии пациента. По данным исследования британских ученых выявлено что:

1. Каждый десятый европеец испытывает страх при визите к дантисту.
2. Женщины чаще чувствуют сильное волнение и страх по отношению к стоматологии.

3. Самые распространенные страхи - боязнь сверления зубов (30 %), и боязнь анестезиологического укола (28%).

4. Страх стоматолога - не врожденное чувство; оно развивается в течение жизни, и его, в ряде случаев, можно преодолеть.

5. Картинки, виды и фильмы о стоматологии, просмотренные с детства, помогают избежать появления страха во взрослом возрасте

6. Современная стоматология является настолько развитой наукой, что позволяет проводить лечение практически без боли.

7. Некоторые клиники специально направляют своих специалистов на курсы, где им рассказывают об особенностях работы с эмоциональными людьми.

8. Преодолеть боязнь помогают специальные упражнения на расслабление и успокоение.

9. Но два из ста человек никогда не были на приеме у стоматолога.

[1]

В Голландии, было установлено, что 36% взрослых “очень боятся” визитов к зубному врачу (Schuurs, Duivenvoorden et al., 1981), а в интервью Алины Хараз для журнала «Здоровье» Соломон Рабинович поделился данными о том, что 14% населения США и Швеции боятся посетить кабинет врача-стоматолога из-за наличия страха перед болью. [2]

Одним из крайних проявлений страха стоматолога является дентофобия. Дентофобия (*называемая также стоматофобия, одонтофобия*) – панический интенсивный, непреодолимый страх, объектом которого является стоматологическое лечение. Носители дентофобии предпочитают переносить мучительную зубную боль, занимаясь самолечением и принимая сильные обезболивающие препараты, и

обращаются в стоматологическую клинику лишь в крайне тяжелых случаях.
[6]

По данным опроса сайта aiga.ru в октябре 2018 года было выявлено, что среди 348 527 опрошенных человек (пассажиры метро Москвы и Санкт-Петербурга), 18% боятся стоматологов. Другими вариантами ответа были: высота, скорость и насекомые. Также, можно было внести свой вариант ответа. Примечательно, что из всех врачебных специальностей, в данный опрос были вынесены исключительно стоматологи. Приложение 1.

По данным исследования Старикова И.В., Радышевской, Т.Н., Боброва Д.С., Тамазяна Н.Г [8] тревожность на приеме у врача-стоматолога может влиять на показатель крови и сердца, что необходимо учитывать при проведении манипуляций и выборе анестезии. Также, пациенты с сердечно-сосудистыми патологиями нуждаются в предварительной подготовке к амбулаторному приему, ведь «вероятность возникновения неотложных состояний на стоматологическом приеме напрямую зависит от частоты сердечных сокращений, так как происходит сдвиг регуляторных систем организма в сторону преобладания влияния симпатической нервной системы.» - пишут авторы статьи.

Исходя из этих данных, можно сделать вывод, что чувства тревоги и страха перед посещением врача-стоматолога представляют собой значимое препятствие в оказании стоматологической помощи населению, что является прямой обязанностью каждого доктора стоматологического профиля.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: изучение основных причин тревожности пациентов на стоматологическом приеме.

Для достижения поставленной цели были поставлены следующие задачи:

1. изучить стрессорные факторы на стоматологическом приёме;

2. выявить распространенность повышенной тревожности пациентов в разных возрастных группах;

3. определить оптимальные методы оценки психоэмоционального состояния 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) .

ТЕОРИТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ:

1. получение данных, позволяющих судить о взаимосвязи стрессорных факторов и уровня тревожности пациентов на стоматологическом приеме;

2. рассмотрение особенностей тревожности, 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, для проведения более успешного лечения и учета личных особенностей на стоматологическом приеме;

2. по возможности избежать формирования хронического стрессового состояния и устойчивого негативного стереотипа со стороны пациентов.

Глава 1. Литературный обзор.

1. Психологический компонент тревожности

1.1. 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].

1.2. 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, 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.

2. Химическая составляющая страха

Далеко не все жизненно важные процессы управления человеческим организмом проходят в ЦНС. Надпочечники - парные эндокринные железы всех позвоночных также играют большую роль в регуляции его функций. Именно в них вырабатываются два важнейших гормона: адреналин и норадреналин.

Адреналин - важнейший гормон, реализующий реакции типа «бей или беги». Его секреция резко повышается при стрессовых состояниях, пограничных ситуациях, ощущении опасности, при тревоге, страхе, при травмах, ожогах и шоковых состояниях.

Адреналин - не нейромедиатор, а гормон - то есть он не участвует напрямую в продвижении нервных импульсов. Зато, поступив в кровь, он вызывает целую бурю реакций в организме:

- усиливает и учащает сердцебиение
- вызывает сужение сосудов мускулатуры, брюшной полости, слизистых оболочек
- расслабляет мускулатуру кишечника, и расширяет зрачки.

Да-да, выражение "у страха глаза велики" и байки о встречах охотников с медведями - имеют под собой абсолютно научные основания.

Основная задача адреналина - адаптировать организм к стрессовой ситуации. Адреналин улучшает функциональную способность скелетных мышц. При продолжительном воздействии адреналина отмечается увеличение размеров миокарда и скелетных мышц. Вместе с тем длительное воздействие высоких концентраций адреналина приводит к усиленному белковому обмену, уменьшению мышечной массы и силы, похуданию и истощению. Это объясняет исхудание и истощение при дистрессе (стрессе, превышающем адаптационные возможности организма).

Норадреналин - гормон и нейромедиатор. Норадреналин также повышается при стрессе, шоке, травмах, тревоге, страхе, нервном

напряжении. В отличие от адреналина, основное действие норадреналина заключается в исключительно в сужении сосудов и повышении артериального давления. Сосудосуживающий эффект норадреналина выше, хотя продолжительность его действия короче.

И адреналин, и норадреналин способны вызывать тремор - то есть дрожание конечностей, подбородка. Особенно ясно эта реакция проявляется у детей возраста 2-5 лет, при наступлении стрессовой ситуации.

Непосредственно после определения ситуации как стрессовой, гипоталамус выделяет в кровь кортикотропин (адренкортикотропный гормон), который, достигнув надпочечников, побуждает синтез норадреналина и адреналина.

Считается, что норадреналин - гормон ярости, а адреналин - гормон страха. Норадреналин вызывает в человеке ощущение злобы, ярости, вседозволенности. Адреналин и норадреналин тесно связаны друг с другом. В надпочечниках адреналин синтезируется из норадреналина. Что ещё раз подтверждает давно известную мысль, что эмоции страха и ненависти родственны, и порождаются одна из другой.

2.1. Адреналин — гормон страха

Первым и главным ответом на подступившую опасность служит выброс корой надпочечников в кровь большого количества адреналина. По этой причине адреналин образно называют гормоном страха. После такой внутренней «инъекции» в организме запускается целый ряд сложных процессов, целью которых в конечном счете является максимальное увеличение способности к выживанию в экстремальной ситуации. Под действием адреналина повышается давление и расширяются сосуды головного мозга. Это улучшает питание мозга, обостряет восприятие, ускоряет обработку информации и облегчает процесс мышления. Адреналин сам относится к катаболическим гормонам, и стимулирует выработку другого катаболического гормона — кортизола. Это значит, что под его действием происходит ускорение обмена веществ и усиленное насыщение

крови веществами, облегчающими физическую и умственную работу. Он повышает содержание глюкозы. Одновременно увеличивается частота сердечных сокращений, частота и глубина дыхания. Это естественная замена разминки. Разминаясь перед предстоящей нагрузкой, спортсмен достигает точно такого же эффекта, только обходным путем и затрачивая больше времени.

Таким образом обеспечивается эффект мобилизации всех доступных ресурсов. В целом это может вызвать специфическое ощущение бодрости и внутреннего подъема, близкое к эйфории. Эти ощущения хорошо известны курильщикам, так как никотин стимулирует выброс адреналина, и бодряще-эйфорическое действие сигареты во многом обусловлено именно адреналином. Некоторым так нравятся подобные ощущения, что они стремятся вновь и вновь добывать адреналин из собственных надпочечников, подвергая себя опасности. Такое поведение получило название адреналиновой зависимости. Впрочем, для получения очередной «дозы» вовсе не обязательно прыгать с парашютом или гонять на мотоцикле. Достаточно просто вылить на себя ведро ледяной воды. Дело в том, что адреналин - это адаптоген. То есть он выделяется в ответ на любой стресс, в том числе и на физический, а не только в ответ на опасность. Именно с этим связана мода на холодное обливание, которое бодрит не хуже сигареты или бегства от разъяренной собаки. Но за все надо платить. Всем известно — наркотики - это плохо. И даже если наркотик или стимулятор выделяется самим организмом, это все равно плохо. Разрушительное действие регулярного выброса адреналина в кровь как раз хорошо наблюдать на любителях холодных обливаний. Сначала утреннее обливание бодрит на целый день. Если процедуру повторять каждое утро, то со временем запаса бодрости будет хватать все на более и более короткий период. В конце концов ее будет хватать всего на несколько минут, а вместе с тем произойдет множество внутренних катаклизмов, которые можно назвать одним простым выражением — общий износ организма.

2.2. Норадреналин — гормон ярости

Практически каждому известно ощущение легкого головокружения одновременно с «затуманиванием» головы, приливом сил и дикой ярости, желающей только уничтожить. Считается, что это и есть действие норадреналина — гормона ярости и гнева. В какой-то степени - это так, но с поправками. Стресс вызывает выброс целого ряда гормонов в кровь, главным и наиболее действенным из которых является адреналин. Норадреналин несколько слабее и проще действует на организм в целом, и его действие нужно рассматривать только в комплексе с адреналином. А от соотношения ингредиентов в этом «коктейле» (и еще от целого ряда факторов) в конечном итоге и зависит, будет реакция на стресс скорее агрессивной, или наоборот — трусливой.

Норадреналин сильнее сужает сосуды и сильнее способствует повышению артериального давления. Но на остальные функции организма оказывает существенно меньшее действие. Например, на дыхание и сердечный ритм. Норадреналин является существенным компонентом в механизме бодрствования, заставляя человека быть более собранным и активным. Более высокая его концентрация действительно может вызвать скорее агрессивную реакцию на стресс. Соотношение адреналина и норадреналина в крови в ответ на стресс является величиной физиологически предопределенной, и с этим ничего нельзя сделать. Поэтому трусость в определенной степени можно считать врожденной чертой характера. Но не все так печально, потому что далеко не все в нашей жизни определяется физиологией. Просто одним храбрость дается легко и естественно, а другим придется ее воспитывать, только и всего. Это похоже на развитие физической силы — одним достаточно немного походить в зал, и мышцы сразу же вырастают, в то время как другим приходится трудиться значительно больше. Но в конечном счете во всем победа достается не более талантливому, а более трудолюбивому. Об этом как раз речь пойдет ниже. [4]

3. Мозг и страх

За эмоции в целом, и за страх в частности, отвечает главным образом лимбическая система. Это довольно древняя часть мозга, у эмбриона она формируется сразу же вслед за стволом. Лимбическая система получила такое название из-за своей формы - она кольцеобразно огибает верх ствола, образуя подобие лимба. Анатомически она связывает спинной мозг с головным, являясь как бы посредником между рефлекторной частью человеческого существа и высшими психическими функциями, локализованными в коре головного мозга.

В процессе эволюции зачатки лимбической системы (неостриатум) уже появляются у рептилий, хотя собственно лимбической системой такие образования назвать сложно. Поэтому у амфибий и рептилий эмоциональная жизнь крайне скудна, если вообще можно говорить о таковой. Зато у них достигло совершенства то образование, которое иногда называют «рептильный мозг». Эти существа наделены совершенным набором реакций на опасность, еду и сексуального партнера, что делает их неплохими специалистами по выживанию на примитивном уровне.

С развитием лимбической системы у эволюционно более совершенных животных эмоции становятся богаче и тоньше, давая им новые инструменты, в том числе и новые страхи. Более развитая эмоциональная сфера дает возможность заботиться о потомстве, что существенно повышает шансы на выживание. На еще более высоком уровне эмоции позволяют осуществлять сложную внутривидовую коммуникацию, что делает возможным стайный образ жизни. Но с развитием эмоций появляются новые, неведомые рептилиям, оттенки и разновидности страха. Например, беспокойство об оставленных на время детенышах. Или страх опуститься на более низкую ступень в иерархии сообщества.

Если же говорить о страхе как таковом, то его центром в мозгу можно считать миндалевидное тело (амигдала, амигдолярный комплекс, миндалина). Оно является частью лимбической системы и представляет

собой два образования, находящихся внутри срединных височных долей. Вообразив мозг прозрачным, мы увидим их как бы свисающими по бокам пояса, образуемого лимбической системой.

Поскольку страх служит ключевым элементом в выживании, миндалевидное тело анатомически связано со всеми крупными отделами мозга. Амигдала непрерывно получает сигналы от обонятельных, тактильных, зрительных и слуховых анализаторов, придирчиво исследуя их на предмет возможной угрозы. И если таковая замечена, запускается механизм испуга. Для этого используются связи с гипоталамусом, который начинает продуцировать кортиколиберин - гормон, вызывающий чувство тревоги и заставляющий отвлечься от дел и сосредоточиться на опасности. Сигнал, передаваемый от миндалевидного тела к голубому пятну в стволе мозга, приводит к секреции всем известного норадреналина. Также идут сигналы к полосатому телу, центральному серому веществу и другим центрам нервной системы, отвечающим за двигательную сферу. Отсюда влияние на тонус мышц, сердечный ритм и даже на кишечник, который, как известно, может дать весьма курьезную реакцию на опасность.

Но все не так просто. Одной из функций миндалевидного тела является формирование эмоциональной памяти, особенно на комплексы сигналов, предшествующих возникновению опасности. А ведь опасность может быть не только непосредственной, в виде приближающегося хищника. [3] К примеру, пациент, ожидающий своего приема у врача-стоматолога, может так же ожидать «опасность». Какую? На этот вопрос автор данной работы ищет ответ в своем исследовании.

3.1. Проявления страха

Предложено считать, что негативное поведение на приеме стоматолога включает 8 характеристик: движение головой, высоко поднятые руки, движение корпусом, ногами, крики, устные протестующие заявления и физическое сопротивление стоматологическому лечению. [21]

Регистрация психоэмоционального напряжения производится по следующим группам:

- Вегетативные (КГР, ЧСС);
- Психофизиологические (ЭЭГ, ВП);
- Психометрические;
- Экспрессивные;

К экспрессивным методам относится, например, анализ речи пациента, направленный на выявление маркеров психоэмоционального напряжения. Важными данными, которые можно получить в ходе такого наблюдения, являются: тон пациента, спектр, вариативность, ритм, темп, паузы. [16,17]

Дополнительным методом может являться исследование мимики пациента, но на сегодняшний день этот метод не до конца изучен, поэтому нельзя полностью опираться на данный способ. [18]

О.В. Овчинникова и Э.Ю. Пунг, изучавшие особенности внешнего выражения состояния эмоциональной напряженности, установили, что одним из ярких показателей эмоциональной напряженности является тремор рук. Согласно результатам их исследования, у всех участников проведенного ими исследования, в повышенной эмоциональной ситуации возрастал тремор конечностей. [19]

Благодаря исследованиям В.И. Барабаш, Н.И. Наенко и О.В. Овчинниковой стало известно, что при проявлениях эмоциональной напряженности, можно выделить два типа: возбудимый и тормозной. [19, 20]

3.2. Причины страха

Дентофобией страдает 5% населения, в то время, как количество пациентов, испытывающих сильное и умеренное психоэмоциональное напряжение в связи с посещением кабинета врача-стоматолога составляет ~ 20-30% [10].

Тревожное состояние пациента усугубляет не только сопутствующие соматические патологии, усиливая сердцебиение, учащая дыхание, но и

влияет на качество оказываемой ему врачом-стоматологом помощи. Так, например, пациент, испытывающий колоссальный страх перед врачом, с большей вероятностью будет прикрывать рот во время лечения с целью «защититься», нежели пациент, не испытывающий волнения. [11]

3.2.1 Собственный негативный опыт

К основным причинам страха у пациентов относится негативный опыт. Как правило, в качестве негативного опыта выступали болезненные ощущения у пациентов на приеме у врача-стоматолога, ставшие причиной появления этого самого негативного опыта (52% - 84%) [9], но не исключен фактор испуга пациента от резких движений врача, тревожащих своей громкостью звуков медицинского инструментария и бормашины.

Наличие травмы во время первого приема у стоматолога увеличивает риск развития повышенной тревожности у пациентов. Так, в ходе эксперимента американских врачей, входящих в состав Американской Стоматологической Ассоциации, в котором принимало участие 462 женщины, было выявлено, что наличие травмы связано со страхом перед медицинским вмешательством врача-стоматолога. [15]

3.2.2 Предоперационный и постоперационный психологический стресс

Причинами страха может стать предоперационный и постоперационный психологический стресс. Очень часто внезапная необходимость в проведении манипуляции (касается острой боли) ведет к повышению уровня тревоги у пациента. В отличие от терапевтической патологии, хирургические - не дают возможности пациенту адаптироваться к изменениям в состоянии своего здоровья. Данные причины страха и способы борьбы с ним зависят от настоя пациента. Так, пациент, считающий, что все инвазивные манипуляции – это крайняя мера лечения, будет всячески «оттягивать» визит к врачу, чем усугубит свое положение, что также может привести к осложнениям. Пациент, нацеленный на выздоровление, не смотря

на тревогу по поводу вмешательства, раньше придет на прием, предупредив тем самым осложнения. [13]

3.2.3. Чужой негативный опыт

Чужой негативный опыт тоже можно отнести к причинам страха перед посещением кабинета врача-стоматолога. Доктор Дж. Гордон Рубин, специалист из США, работающий с дентофобией, утверждает, что «многие проблемы возникали 20 – 30 лет назад, когда стоматология была значительно менее изощренной, но фобия продолжает удерживаться, подпитываясь нечеткими воспоминаниями» [14]

3.2.4 Отсутствие контроля

Пациент, который располагается в лежачем или полулежачем положении, не способный словесно выразить свои переживания в связи с тем, что манипуляции производятся в полости рта, ослепленный ярким светом лампы испытывает напряжение, а отсутствие контроля над ситуацией только усугубляет его эмоциональное состояние.

Помимо выше перечисленного причиной психической напряженности у пациента могут послужить:

- медиа;
- перенос негативного опыта медицинского лечения в других областях;
- большой объем важной информации, которую необходимо обработать;
- цейтнот;
- различного рода депривации и прочие обстоятельства, вызывающие дискомфорт на приеме.

Глава 2. Методы диагностики психологического состояния пациентов

К методам диагностики психологического состояния можно отнести различные тесты, которые были разработаны исследователями разных областей психологии, применимых для стоматологических пациентов.

2.1 Шкала оценки поведения на стоматологическом приеме по Франклу

Используется для объективной оценки тревожного поведения ребенка на стоматологическом приеме.

Уровень 1. Определенно отрицательный.

Отказ от стоматологического лечения, неконтролируемый плач, страх или любое другое свидетельство полного выражения отказа от лечения зубов.

Уровень 2. Отрицательный.

Согласие на лечение, но с большой осторожностью.

Уровень 3. Положительный.

Согласие следовать указаниям врача на приеме стоматолога с определенными отклонениями в поведении, но в целом следуя его рекомендациям.

Уровень 4. Определенно положительный.

2.2 Цветовой тест Люшера

Тест Люшера основан на предположении о том, что выбор цвета отражает нередко направленность испытуемого на определенную деятельность, настроение, функциональное состояние и наиболее устойчивые

черты личности. Значения цветов в их психологической интерпретации определялись в ходе разностороннего обследования многочисленного контингента различных испытуемых.

Характеристика цветов (по Макс Люшеру) включает в себя 4 основных и 4 дополнительных цвета.

Основные цвета:

- 1) синий — символизирует спокойствие, удовлетворенность;
- 2) сине-зеленый — чувство уверенности, настойчивость, иногда упрямство;
- 3) оранжево-красный — символизирует силу волевого усилия, агрессивность, наступательные тенденции, возбуждение;
- 4) светло-желтый — активность, стремление к общению, экспансивность, веселость.

При отсутствии конфликта в оптимальном состоянии основные цвета должны занимать преимущественно первые пять позиций.

Дополнительные цвета: 5) фиолетовый; 6) коричневый, 7) черный, 8) нулевой (0). Символизируют негативные тенденции: тревожность, стресс, переживание страха, огорчения. Значение этих цветов (как и основных) в наибольшей степени определяется их взаимным расположением, распределением по позициям. [22]

2.3 Шкала 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.

2.4 Корреляция результатов тестов Франкла, Люшера и Кораха.

Таблица 1.

	тест Франкла	тест Кораха (DAS)	тест Люшера
Низкий уровень тревоги	«F ++» абсолютно позитивное поведение	4 балла	4 балла
	«F +» позитивное поведение	5 – 9 баллов	3 балла
Средний уровень тревоги	«F -» негативное поведение	10 -16 баллов	2 балла
Высокий уровень тревоги	«F--» абсолютно негативное поведение	более 17	1 балл

2.5 Тест «Исследование тревожности» (опросник Спилберга-Ханина)

Методика, предложенная Ч.Д. Спилбергером позволяет дифференцированно измерять тревожность как личностное свойство. Данная методика была адаптирована в России Ю.Л. Ханиным.

Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так

как это свойство во многом обуславливает поведение субъекта. Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельности личности. У каждого человека существует свой оптимальный, или желательный, уровень тревожности – это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

Личности, относящиеся к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Инструкция: необходимо прочитать внимательно каждое из приведенных ниже предложений (таб. 2) 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 2

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:

до 30 баллов – низкая;

31 - 44 балла - умеренная;

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.

2.6 Тест Сонди

Тест Сонди - проективный личностный тест, разработан швейцарским врачом, психоаналитиком и психологом Леопольдом Сонди в 1947 году.

Тест Сонди базируется на положении, что типологически разные личностные структуры могут быть представлены сочетаниями 8-ми

основных влечений. Каждое из них в зависимости от формализованных показателей выявляет с помощью теста Сонди ту или иную патологию или проблему обследуемой личности. В обоснование своего теста, Сонди высказывает предположение, что наиболее выраженную силу и психодиагностическое значение имеют портреты, которые соответствуют наиболее значимым потребностям индивида и соответствуют его генетически обусловленным и динамически актуальным склонностям. Свои предположения Сонди аргументирует проведенными экспериментальными исследованиями теста и клиническими наблюдениями.

Стимульный материал состоит из 48 стандартных карточек с портретами людей с психическими расстройствами (гомосексуализм, садизм, эпилепсия, истерия, кататоническая форма шизофрении, параноидная шизофрения, депрессия, мания). Карточки-портреты разделены на шесть серий по восемь штук (по одному портрету от каждой категории больных). Обследуемому предлагается во всех сериях портретов выбрать по два наиболее и наименее понравившихся.

Основное психодиагностическое обследование влечений состоит из двух частей. Первая его часть заключается в выборе двенадцати симпатичных и двенадцати несимпатичных портретов, она диагностирует те импульсивные влечения и эго-функции, которые благодаря своей эпизодической актуальности выходят на передний план личности. Эта часть эксперимента называется «первым заходом», а профиль «первого захода» называется «профилем переднего плана» (ППП). Таким образом, для диагностики первого захода используются 24 портрета из 48 предложенных.

Вторая часть обследования состоит из выбора тех 24 портретов, которые остались невыбранными в первом заходе. По результатам второй части составляется вывод об импульсах влечений той части личности, которая осталась на заднем плане (т. н. профиль заднего плана (ПЗП)).

Время проведения – 15-20 мин.

Тест предназначен для работы с детьми старше 10 лет и взрослыми. Так как структура влечений, лежащая в основе перцепции материала методики Сонди универсальна, тест Сонди может использоваться для людей любой национальности и социально-региональной принадлежности.

Предмет диагностики: Диагностика содержания и структуры человеческих побуждений, оценка эмоционального состояния и качеств личности, прогнозирования вероятности различных заболеваний, профессиональных, сексуальных и криминальных предпочтений.

2.7 Шкала Гамильтона для оценки тревоги (НАМ-А)

Шкала Гамильтона для оценки тревоги (НАМ-А) позволяет количественно оценивать выраженность тревожного синдрома и часто используется для оценки антипсихотических препаратов. Она состоит из 14 показателей, каждый из которых определяется рядом симптомов. Каждый показатель оценивается по 5-балльной шкале от 0 (отсутствует) до 4 (тяжелый).

Таблица 3

Тревожное настроение	Озабоченность, ожидание наихудшего	0 1 2 3 4
Напряжение	Вздрагивания, легко возникающая плаксивость, беспокойство, дрожь	0 1 2 3 4
Страхи	Боязнь темноты, незнакомых людей, одиночества	0 1 2 3 4
Инсомния	Затруднение засыпания, прерывистый сон, ночные кошмары	0 1 2 3 4
Интеллектуальные нарушения	Затрудненная концентрация внимания, снижение памяти	0 1 2 3 4

Депрессивное настроение	Снижение интереса к деятельности, ангедония, бессонница	0 1 2 3 4
Соматические жалобы (мышечные)	Боли в мышцах, бруксизм	0 1 2 3 4
Соматические жалобы (чувствительные)	Звон в ушах, нечеткость зрения	0 1 2 3 4
Сердечно-сосудистые симптомы	Тахикардия, сердцебиение, боль в грудной клетке, ощущение предобморочного состояния	0 1 2 3 4
Респираторные симптомы	Чувство давления в грудной клетке, ощущение удушья, одышка	0 1 2 3 4
Желудочно-кишечные симптомы	Дисфагия, тошнота или рвота, запор, снижение массы тела, чувство перенаполнения желудка	0 1 2 3 4
Мочеполовые симптомы	Учащение мочеиспускания или императивные позывы на мочеиспускание, дисменорея, импотенция	0 1 2 3 4
Вегетативные симптомы	Сухость во рту, приливы, бледность, потливость	0 1 2 3 4
Поведение при беседе	Беспокойство, тремор, беспокойная походка	0 1 2 3 4

Общая оценка:

[Анализ]

Оценка 6 и меньше – симптомов тревоги нет.

Оценка от 7 до 13 – могут быть тревожные расстройства.

Оценка от 14 до 20 – тревога.

Оценка от 21 до 28 – симптоматическая тревога.

Оценка более 29 — пациент с выраженным тревожным состоянием.

В целом оценка в 14 баллов является пограничной.[23]

Известен способ определения уровня стресса, включающий одновременное измерение любым известным методом частоты сердечных сокращений (f , мин-1) и артериального давления (АД, мм рт. ст.) с последующим расчетом, так называемого двойного произведения (ДП) по уравнению (1):

$$ДП = f \times САД \times 10^{-2}$$

(1), где САД – систолическое АД

Обзор различных методов исследования психоэмоционального состояния пациентов позволил сделать следующие выводы:

1. Заблаговременное исследование тревожного состояния пациента позволит врачу применить необходимую тактику ведения пациента для устранения у больного негативных эмоций по поводу лечения, что существенно повысит качество отказываемой медицинской помощи.

2. Данные методы просты в применении, каждый тест имеет длительность проведения до 15 минут. В поликлинических условиях применение данных методов возможно на первичном приеме для более точного представления о пациенте, в частной же практике допустимо проведение тестов на каждом приеме.

3. Проведение оценочных тестов может повысить уровень компетентности и заинтересованности врача в глазах пациента, тем самым улучшив коммуникацию, повысив уровень доверия и, как следствие, снижения тревожности.

Глава 3. Результаты собственного исследования

3.1. План исследования:

1. Разработать анкету, пригодную для определения уровня тревожности стоматологических пациентов;
2. Разработать опросник, который бы смог удовлетворить ответ на вопрос об уровне тревоги пациентов, ожидающих/проходящих стоматологическое лечение разных возрастных групп;
3. Провести анкетирование;
4. Систематизировать полученные данные;
5. Выявить наиболее информативные вопросы в анкетах посредством метода последовательного статистического анализа с применением табличного процессора Statistica для ввода и обработки данных;
6. Изложить результаты исследования для представления исходного и окончательного вариантов анкет (опросников).

3.2. Материалы и методы

Дизайн: это когортное, нерандомизированное, ретроспективное исследование.

Критерий включения: возраст 18-50 лет.

Критерий исключения: хронические соматические заболевания.

Объем исследования: 60 пациентов из России и Казахстана.

Методы: экспертно – аналитический, статистическая обработка.

С целью реализации поставленных задач в ходе работы над дипломным проектом автором были составлены следующие анкеты:

1. Тест-опрос для пациентов «Боюсь ли я стоматолога?»
2. «Причины тревоги на приеме у врача-стоматолога»
3. Открытый тест «Как появилась тревожность»

Для определения уровня тревожности были проведены тесты по системе DAS Корах и тестирование Спилберга-Ханина для всех пациентов.

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».

3.3. Результаты исследования

3.3.1. 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. 31балл – 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.

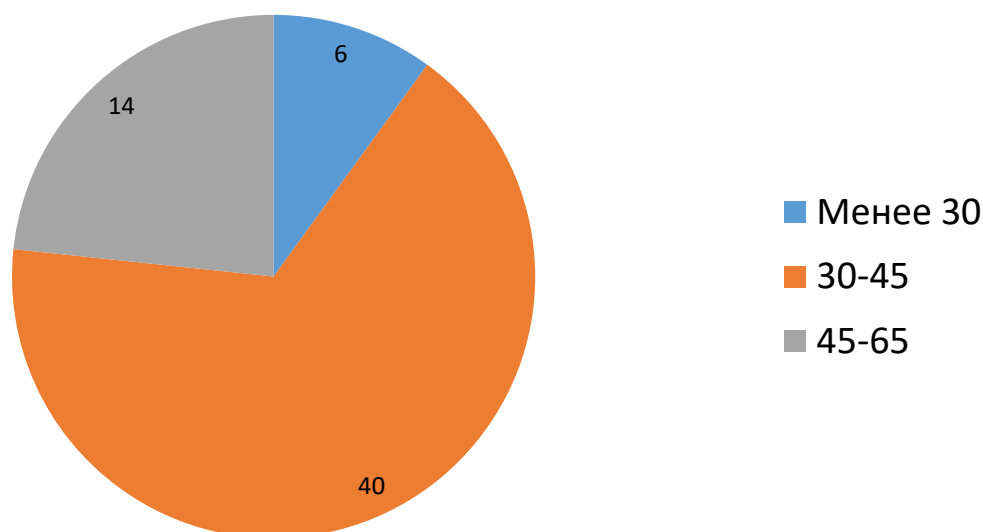
Показатели высокой степени тревожности:

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.

Данные представлены в диаграмме 1.

Тест Спилберга-Ханина (уровень тревожности)



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

При анализе анкет было определено следующее:

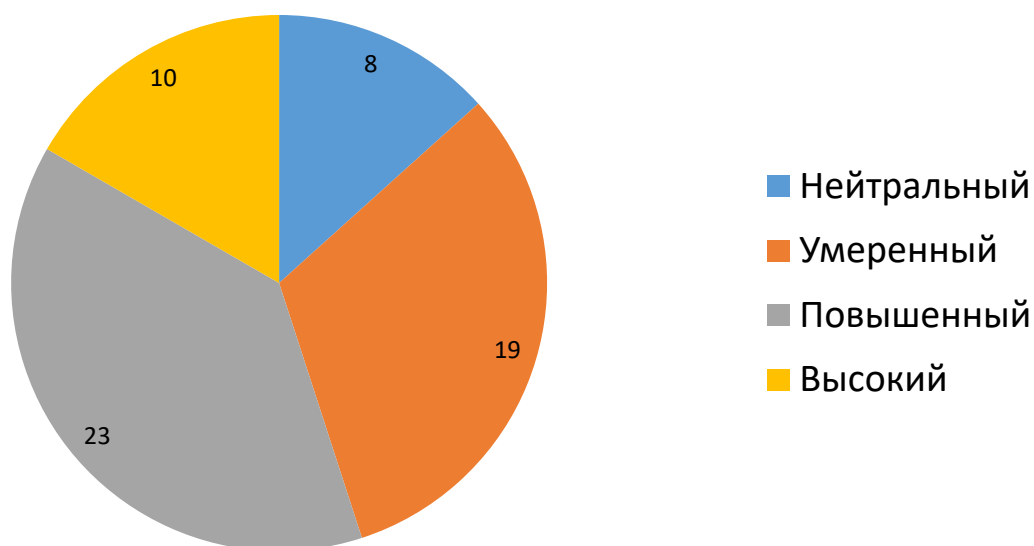
1. Положительное отношение к стоматологическому приему проявляют 8 (13,3 %) пациентов.

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.

Тест Кораха (уровень тревожности)



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

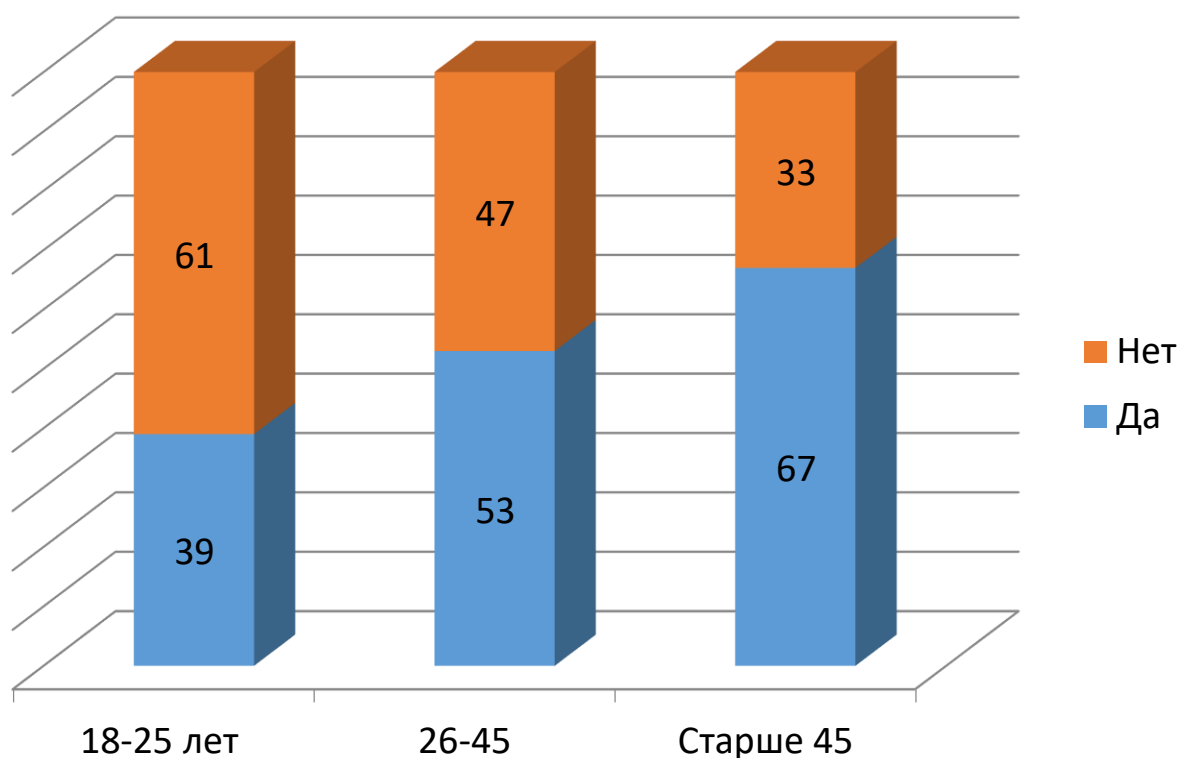
вмешательства. Таким образом, при проведении сложных манипуляций, либо при планировании долгосрочного лечения и взаимодействия с пациентом, более рациональным будет использование полноценный вариант шкалы Спилберга-Ханина.

3.3.3. Результаты тест-опроса «Боюсь ли я стоматолога?»

Тестирование проводилось в сети Instagram среди жителей России и Казахстана. Этот и следующие тесты проводились среди аудитории возрастной группы 18-50 лет, количество респондентов- 100 человек.

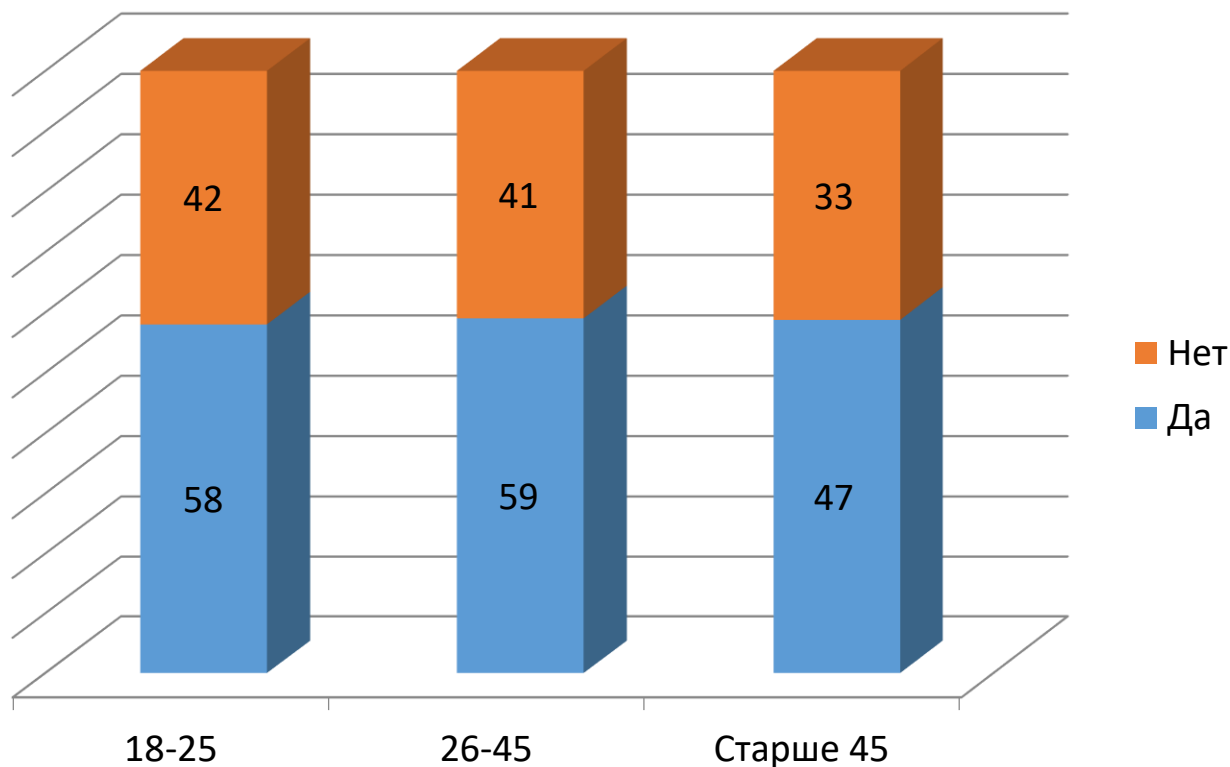
Результаты представленные в виде столбчатой диаграммы для России (в процентах, %) :

Диаграмма 1



Результаты представленные в виде столбчатой диаграммы для Казахстана (в процентах, %) :

Диаграмма 2



По данным диаграммам видно, что в России уровень тревожности пациентов на стоматологическом приеме увеличивается пропорционально возрасту. Это может быть связано с тем, что люди старше 45 лет переживали на своем опыте негативные ощущения при стоматологических вмешательствах, которые были связаны с отсутствием адекватного обезболивания, несовременными установками, отсутствием точных диагностических методик и так далее. В возрастной группе 18-25 лет менее 40% пациентов проявляют признаки боязни стоматологических манипуляций, что свидетельствует о положительном влиянии современных методов премедикации, обезболивания и лечения на ситуативное отношение пациентов к приему.

Среди жителей Казахстана отмечается отсутствие принципиальной разницы результатов в различных возрастных группах. В среднем порядка половины пациентов признают свою боязнь перед стоматологами.

3.3.4 Результаты опроса «Причины тревоги на приеме у врача-стоматолога»

Это тестирование было направлено на определение основных факторов тревожности пациентов.

Данные опроса представлены в таблице 3.

Таблица 3

Фактор тревожности	Россия (%)	Казахстан (%)
Боль	65	63
Анестезия	22	13
Звуки	8	12
Удаление зубов	3	5
Отсутствие контроля над ситуацией	2	1

Среди всех предложенных факторов, вызывающих повышенную тревожность пациентов в обеих странах подавляющее большинство выбрали боль, уже испытанную при предыдущих посещениях стоматолога либо гипотетически возможную при следующих вмешательствах.

Достаточно весомым негативным фактором стала сама анестезия, ее выбрали, как наиболее тревожный момент стоматологического приема от 13 (в Казахстане) до 22 (в России) процентов опрошенных. Причем относительно анестезии опасения респондентов разделились: часть пациентов беспокоились о том, что анестезия может не подействовать или

быть недостаточно эффективной, других же волновали неприятные ощущения во время проведения инъекционной анестезии, а также момент, когда наступает ослабление анестезирующего действия, возникают побочные неприятные ощущения.

Наименьшим из предложенных факторов стало отсутствие возможности контролировать происходящее вокруг во время стоматологического лечения, за этот пункт проголосовали 1 и 2 % в России и Казахстане соответственно.

3.3.5 Результаты открытого теста «Как появилась тревожность»

Данное тестирование было проведено для выявления основных причин формирования тревожного состояния пациентов перед стоматологическим приемом и на нём.

Данные представлены в таблице 4.

Таблица 4

Причины появления тревожности	Россия (%)	Казахстан (%)
Собственный негативный/болезненный опыт	81	92
Чужой негативный опыт	9	7
Образ стоматологического лечения в СМИ и медиа	7	0
Транслирование негативного/болезненного опыта из других областей медицины	3	1

В России большинство пациентов (81%) обозначили, что наиболее значимым стрессогенным фактором на стоматологическом приеме для них является собственный негативный опыт

Вторым в рейтинге значимости причин тревожности является чужой отрицательный опыт при стоматологических вмешательствах. Его определили доминантным 9%.

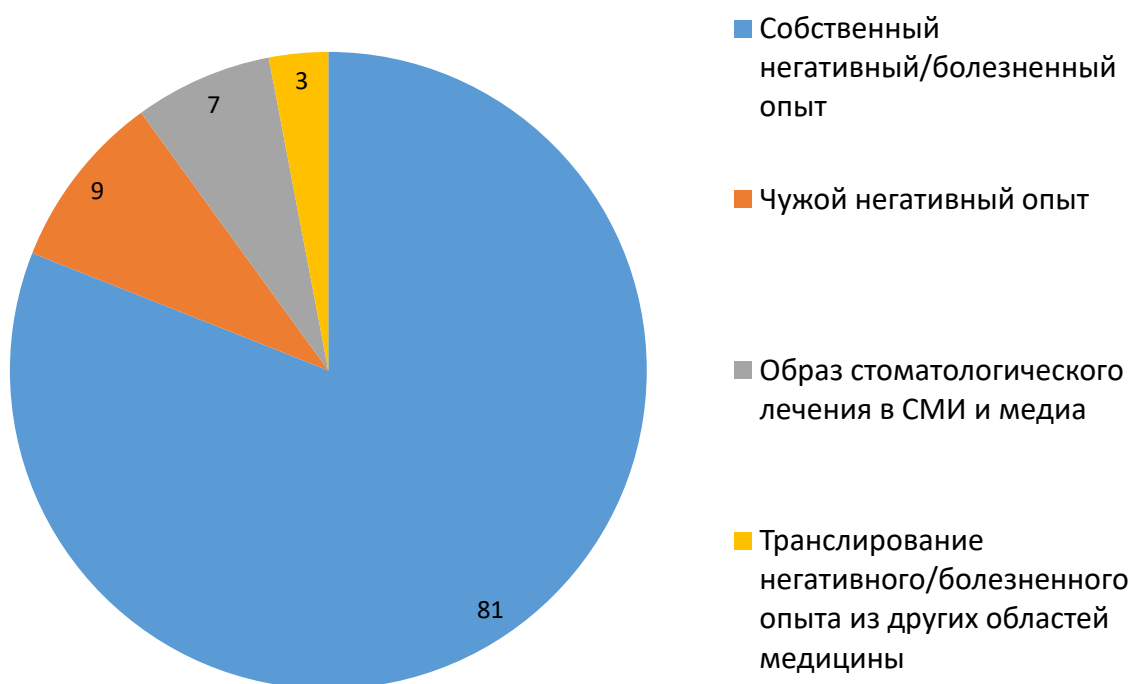
Следующим по стрессогенности является медиа-фактор, такой как отрицательное изображение стоматолога в сети Интернет, негативные истории о лечении и общении с врачами, изображенные в кино, мультфильмах и СМИ. Данный фактор наиболее тревожит 7% пациентов.

Также для 3% стало решающим фактором транслирование негативного опыта из других областей медицины на стоматологию.

Данные для России представлены в диаграмме 3.

Диаграмма 3

Причины появления тревожности



Боль	65
Анестезия	22
Звуки	8

Удаление зубов	3
Отсутствие контроля над ситуацией	2

Для Казахстана распределение произошло иначе: 92% пациентов связывают тревожность со своим личным опытом стоматологического лечения, 7% принимают на себя чужой негативный опыт, 1% опрошенных применяют для стоматологии свой опыт из других областей медицины. Однако не встретилось пациентов, которые сталкивались с освещением образа врача-стоматолога или стоматологических манипуляций в отрицательном свете в СМИ и медиа.

По результатам данного анкетирования можно сделать следующие выводы:

- 1) Необходимо соблюдение норм этики и деонтологии на стоматологическом приеме.
- 2) Максимальное обеспечение безболезненности и безопасности процедур.
- 3) Популяризация стоматологии должна происходить посредством просвещающих мероприятий: лекций, демонстрация и обучение индивидуальной гигиене.
- 4) Формирование позитивного образа врача-стоматолога в средствах массовой информации.

Глава 4. Заключение

4.1 Заключение

Дентофобия (*называемая также стоматофобия, одонтофобия*) – панический интенсивный, непреодолимый страх, объектом которого является стоматологическое лечение. Носители дентофобии предпочитают переносить мучительную зубную боль, занимаясь самолечением и принимая сильные обезболивающие препараты, и обращаются в стоматологическую клинику лишь в крайне тяжелых случаях. Целью работы стало изучение основных причин тревожности пациентов на стоматологическом приеме.

Для достижения поставленной цели были поставлены следующие задачи:

1. изучить стрессорные факторы на стоматологическом приёме;
2. выявить распространенность повышенной тревожности пациентов в разных возрастных группах;
3. определить оптимальные методы оценки психоэмоционального состояния пациентов.

В работе приняли участие 100 человек в возрасте от 18 до 50 лет, проживающие в России и Казахстане. Исследование состояло из анкетирования пациентов и оценки их психологического статуса. 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. Также пациентам были предложены следующие анкеты:

1. Тест-опрос для пациентов «Боюсь ли я стоматолога?»
2. «Причины тревоги на приеме у врача-стоматолога»
3. Открытый тест «Как появилась тревожность»

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

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.

Обзор различных методов исследования психоэмоционального состояния пациентов позволил сделать следующие выводы:

1. Заблаговременное исследование тревожного состояния пациента позволит врачу применить необходимую тактику ведения пациента для устранения у больного негативных эмоций по поводу лечения, что существенно повысит качество отказываемой медицинской помощи.

2. Данные методы просты в применении, каждый тест имеет длительность проведения до 15 минут. В поликлинических условиях применение данных методов возможно на первичном приеме для более точного представления о пациенте, в частной же практике допустимо проведение тестов на каждом приеме.

3. Проведение оценочных тестов может повысить уровень компетентности и заинтересованности врача в глазах пациента, тем самым улучшив коммуникацию, повысив уровень доверия и, как следствие, снижения тревожности.

По данным исследования выявлено, что в России уровень тревожности пациентов на стоматологическом приеме увеличивается пропорционально возрасту. Это может быть связано с тем, что люди старше 45 лет переживали на своем опыте негативные ощущения при стоматологических вмешательствах, которые были связаны с отсутствием адекватного обезболивания, несовременными установками, отсутствием точных диагностических методик и так далее. В возрастной группе 18-25 лет менее 40% пациентов проявляют признаки боязни стоматологических манипуляций, что свидетельствует о положительном влиянии современных методов премедикации, обезболивания и лечения на ситуативное отношение пациентов к приему.

Среди жителей Казахстана отмечается отсутствие принципиальной разницы результатов в различных возрастных группах. В среднем порядка половины пациентов признают свою боязнь перед стоматологами.

Из всех предложенных факторов, вызывающих повышенную тревожность пациентов в обеих странах подавляющее большинство выбрали боль, уже испытанную при предыдущих посещениях стоматолога либо гипотетически возможную при следующих вмешательствах.

Достаточно весомым негативным фактором стала сама анестезия, ее выбрали, как наиболее тревожный момент стоматологического приема от 13 (в Казахстане) до 22 (в России) процентов опрошенных. Причем относительно анестезии опасения респондентов разделились: часть пациентов беспокоились о том, что анестезия может не подействовать или быть недостаточно эффективной, других же волновали неприятные ощущения во время проведения инъекционной анестезии, а также момент, когда наступает ослабление анестезирующего действия, возникают побочные неприятные ощущения.

Наименьшим из предложенных факторов стало отсутствие возможности контролировать происходящее вокруг во время

стоматологического лечения, за этот пункт проголосовали 1 и 2 % в России и Казахстане соответственно.

Также было проведено анкетирование для выявления основных причин формирования тревожного состояния пациентов перед стоматологическим приемом и на нём.

Для Казахстана распределение произошло иначе: 92% пациентов связывают тревожность со своим личным опытом стоматологического лечения, 7% принимают на себя чужой негативный опыт, 1% опрошенных применяют для стоматологии свой опыт из других областей медицины. Однако не встретилось пациентов, которые сталкивались с освещением образа врача-стоматолога или стоматологических манипуляций в отрицательном свете в СМИ и медиа.

Таким образом можно сделать вывод, что своевременное выявление повышенной тревожности у пациентов способствует наиболее продуктивному лечению и профилактике стоматологических заболеваний. Тревожность может быть выявлена различными способами анкетирования и тестирования, подходящими для различных возрастных групп (тест Франка и Люшера для детей, тесты Кораха и Спилберга-Ханина для старшей возрастной группы).

Необходимо проведение систематических профилактических мероприятий, таких как открытые уроки, лекции и мастер-классы для повышения стоматологической грамотности пациентов. Важным звеном в общении врача-стоматолога с больными является своевременное и систематическое проведение профилактических процедур, таких как

Также большое значение имеет положительный образ врача-стоматолога в СМИ и медиа, отсутствие запугивающих лозунгов и рекламных проектов, внушающих пациентам, что стоматология непременно сопряжена с болью и негативными ощущениями.

4.2 Выводы

1. Оптимальным способом оценки психоэмоционального состояния пациентов в условиях амбулаторного приема является тест-анкета по системе Кораха либо Спилберга-Ханина, в зависимости от объема стоматологического вмешательства
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 собственный и чужой негативный опыт стоматологических вмешательств.
3. По данным исследования выявлено, что в России уровень тревожности пациентов на стоматологическом приеме увеличивается пропорционально возрасту: чем старше пациент, тем выше его уровень стоматологической тревожности.
4. Большинство пациентов определили наиболее значимым фактором тревожности боль, испытанную при стоматологических манипуляциях ранее, либо ожидаемую.

4.3 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.

3. Популяризация стоматологии должна происходить посредством просвещающих мероприятий: лекций, демонстрация и обучение индивидуальной гигиене.

4. Формирование позитивного образа врача-стоматолога в средствах массовой информации.

Список литературы

1. <http://www.stomport.ru/news>
2. Рабинович, Соломон Абрамович (доктор медицинских наук; профессор). «Стоматолог обязан уметь заговаривать зубы» [Текст] : интервью / Соломон Абрамович Рабинович ; записала Алина Хараз // Здоровье. - 2011. - № 3. - С. 60-62 : фот..
3. Валентин Рыков «Мозг и страх.» [Текст] статья / <http://strah-trevozhnost-fobiya.ru> – 2016.
4. Валентин Рыков «Гормон страха.» [Текст] статья / <http://strah-trevozhnost-fobiya.ru> – 2014.
5. Л. И. Ларенцова: "Психологические подходы к стоматологической практике" - 2009. – С. 15
6. <http://fobiya.info>
7. <http://aura.wi-fi.ru>
8. Старикова И.В., Радышевская Т.Н., Бобров Д.С., Тамазян Н.Г. «Уровень тревожности и некоторые показатели гемодинамики у стоматологических больных» // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 2.;
9. Bonika J J.// The Management of Pain. – 1990. – Vol. 1. – P.18
10. 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.
11. Ship J.A., Grushka M. // J. Am. Dent. Assoc. – 1995. – Vol. 126. – №7. – P. 843-846
12. Серебрякова Т.А. Психология стресса / Т.А. Серебрякова. – Н. Новгород: ВГИПУ, 2007.

13. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология [Текст]: Учебное пособие / В. Д. Менделевич. – 6-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2008. – 166 с
14. Дж. Г. Рубин. «Good news for dental phobia» // American Health. May, 1989. P. 46,48
15. Walker E., Milgrom P., Weinstein P., Getz T., Richardson R. “Assessing abuse and neglect and dental fear in women” // Journal of American Dental Association. 1996. Vol 127. No.4. P. 485-490.
16. Эйхгольц И. А. «Восприятие формальных признаков эмоциональной напряженности в спонтанной звучащей речи (на материале речи спортивных телекомментаторов)» // Вестник ВГУ, серия: лингвистика и межкультурная коммуникация, 2008, № 2
17. Балабанова Л.М. «Судебная патопсихология.» Д.: Сталкер, 1998. — 432 с.
18. Астапов В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги / В.М. Астапов // Психологический журнал. – 1992. – № 5. – С. 111-117
19. Кулакова Т.А. Формирование личности врача – формирование культуры человека / Т.А. Кулакова, О.В. Антонов, Е.Ф. Литвинович, С.И. Артюкова. – Омск, 2009
20. Кузнецова О.Б. Возрастные и гендерные особенности динамики психоэмоционального напряжения и тревожности студентов с разным уровнем физической активности / О.В. Кузнецова // Педагогикопсихологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. – 2010. – №4. – С. 49-51.
21. Ларенцова Л. И. "Психологические подходы к стоматологической практике"- М., 2007.
22. Psyfactor, 2005 г. <https://psyfactor.org>
23. © Neuronews, 2015
24. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – М., 1982.

25. Сергеева О.О. Снижение психоэмоционального перенапряжения и болевой чувствительности больных на стоматологическом приёме: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2001.
26. Сергиенко Е.А., Журавлев А.Л., Проблемы стресса и выгорания и совладание с ними в современном обществе //М.: ИП РАН, 2011.
27. Серебрякова Т.А. Психология стресса / Т.А. Серебрякова. – Н. Новгород: ВГИПУ, 2007.
28. Судаков К.В. Эмоциональный стресс: теоретические и клинические аспекты / К.В. Судаков, В.И. Петров. – Волгоград, 1997.
29. 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.
30. 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).
31. Пшенникова М.Г. Эмоциональный стресс и его роль в патологии / М.Г. Пшенникова // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2000. – №3. – С. 20-26.

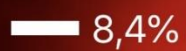
aura.wi-fi.ru

Чего вы больше боитесь?

Высоты



Скорости



Насекомых



Стоматолога



Свой вариант ☰



Опрошено 348 527 чел.
с 01.10.18 по 01.11.18