

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
«Южно-Уральский государственный университет»
(национальный исследовательский университет)
Высшая медико-биологическая школа
Факультет «Психология»
Кафедра «Клиническая психология»

РАБОТА ПРОВЕРЕНА

Рецензент, (должность)

_____ (И.О. Ф.)

_____ 2020 г.

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой

_____ М.А. Берebin

_____ 2020 г.

**Характеристики психоэмоционального статуса пациентов
со стоматологическими заболеваниями**

**ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА
К ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЕ
ЮУрГУ–37.05.01.2019.075.ПЗ ВКР**

Руководитель работы,
заведующий кафедры
клинической психологии

_____ М.А. Берebin

_____ 2020 г.

Автор работы
студент группы МБ-671

_____ А.В. Козьмин

_____ 2020 г.

Нормоконтролер,
доцент кафедры
клинической психологии

_____ А.В. Астаева

_____ 2020 г.

АННОТАЦИЯ

Козьмин А.В. Характеристики
психоэмоционального статуса
пациентов со стоматологическими
заболеваниями. – Челябинск:
ЮУрГУ, МБ-671, 48 с., 3 ил., 5
табл., библиогр. список – 50 наим.,
2 прил..

Данная работа выполнена с целью рассмотрения состояния и психоэмоционального напряжения пациента при оказании стоматологической помощи. Дипломная работа нацелена на исследование поведенческих и личностных особенностей, которые отражают характеристики фобических проявлений и первичных симптомов их возникновения у лиц, обращающихся за помощью к стоматологу. Работа также направлена на подбор методов работы с данными пациентами и построение организации рабочей бригады.

Актуальность представленной проблемы заключается в том, что оказание стоматологических услуг является важной составляющей современного общества. При этом большинство людей испытывают дискомфорт и сильный стресс, когда идут на прием к стоматологу. Данная работа направлена на изучение личности пациента с целью успешной работы с ним и оказания ему помощи.

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|----|
| ВВЕДЕНИЕ..... | 6 |
| 1.ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПРИ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ | 7 |
| 1.1 Мотивация и личность пациента..... | 7 |
| 1.2 Психологические особенности отношений «врач – пациент»..... | 11 |
| 1.3 Индивидуально-психологические факторы взаимоотношения пациента и врача-стоматолога..... | 14 |
| 1.4 Характеристики эмоционального реагирования у пациентов страдающих стоматологическими заболеваниями..... | 16 |
| 1.5 Симптоматика дентофобии..... | 18 |
| 1.6 Методы работы с пациентами стоматологической клиники..... | 20 |
| 1.7 Феномен страха на стоматологическом приеме..... | 22 |
| 2.ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ..... | 28 |
| 2.1 Цель, задачи, предмет и объект исследования..... | 28 |
| 2.2 Методы исследования..... | 28 |
| 3. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ | 30 |
| 3.1 Анализ психоэмоционального статуса пациентов стоматологической клиники..... | 32 |
| ВЫВОДЫ..... | 38 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... | 39 |
| БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК..... | 40 |
| ПРИЛОЖЕНИЯ | |
| ПРИЛОЖЕНИЕ А..... | 45 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ Б..... | 48 |

ВВЕДЕНИЕ

Стоматология исторически изначально относится к мануальным и техническим аспектам лечения. На примере профилактической стоматологии, заметно особое значение психологии для современной профессиональной деятельности. В сфере стоматологии позже возникали изменения, и важным аспектом в этом направлении стала психологическая составляющая, а именно сопровождение и изучение особенностей личности пациента.

Знание основ психологии в общении с пациентом любого возраста является важнейшей составляющей практической работы врача-стоматолога, залогом его успешности и востребованности. Психологическое сопровождение, консультирование, а также подготовка пациента к получению стоматологической помощи является детальным изучением человеческой личности и поведенческого реагирования, а также характерологических особенностей индивидов.

Актуальность данной темы заключается в том, что оказание стоматологической помощи является достаточно популярной темой современного общества. Однако процесс лечения зубной полости остается большой проблемой для человека, как с точки зрения физического аспекта, а именно, переживание боли, так и психологического.

Новизна данной работы заключается в систематизации психологических процессов пациента, понимании фобических состояний пациента. Необходимо охарактеризовать данное состояние, понять причину возникновения и как работать с таким пациентом.

Выпускная работа направлена на изучение психологических особенностей пациента, фобических состояний при получении стоматологической помощи. В работе будут рассмотрены отдельные пункты сопровождения пациента, эффективные способы психологической подготовки пациента, социально-психологические и индивидуально-психологические факторы.

1. ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПРИ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

1.1 Мотивация и личность пациента

Мотивация – одна из наиболее сложных проблем психологии.

В здравоохранении России проблема мотивации пациента охватывает два важных компонента, отражающих его эффективность: мотивация пациентов к лечению и трудовая мотивация работников медицинских учреждений. Мотивация к лечению – это сознательное стремление пациента к выздоровлению, готовность выполнять врачебные рекомендации, делать необходимые лечебно-профилактические действия, соблюдать режим терапии для улучшения самочувствия.

В современной российской медицине изменение системы здравоохранения подняло множество проблем социального, экономического, правового и эстетического характера. В этом отношении стоматология, является одной из самых востребованных областей медицинских услуг, которая не осталась в стороне.

Интенсивное развитие рынка медицинских услуг стимулирует пациента, как активного потребителя, быть равноправным субъектом социальных взаимоотношений, отвечающих мировым стандартам.

Переход к новым социально-экономическим отношениям связан с многочисленными трудностями в любой области деятельности человека, в том числе и такой специфичной, как медицина. Появление частных стоматологических клиник, жесткая конкуренция среди врачей призваны изменить конструкты сознания пациента и определить его мотивацию на получение высококвалифицированной помощи. С другой стороны, за предыдущие годы развития такой важной социальной сферы, как охрана здоровья, были сформированы системы норм и ценностей, регулирующие общественные отношения в области здравоохранения, которые не приемлемы в современном обществе [26, с. 121].

При этом появляется задача решения еще одной важной проблемы – комплаентного поведения пациента через формирование адекватного поведения к своему здоровью, выработки необходимых мотивационных компонентов [4, с. 53].

Термин комплаентность стал широко применяться практическими врачами, как за рубежом, так и в России. Комплаентность, приверженность лечению – степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача.

Комплаентность является одним из критериев эффективности проводимых лечено-диагностических мероприятий.

Результативность лечения напрямую зависит от уровня комплаентности пациента. Часто ухудшение состояния больного наступает именно из-за неправильных соблюдения врачебных рекомендаций.

Анализ уровня комплаентности пациентов прямым образом отражает то, что одни из них основаны на вере на выздоровление, другие – на альтернативной адаптации, а третьи – на когнитивных функциях [8, с. 15].

В настоящее время выделяют высокую и низкую комплаентность. Первостепенной задачей врача является формирование у пациента позитивной мотивации на приверженность лечению.

Здоровье как социальная ценность является важным фактором при приеме на работу. Как для отечественных, так и зарубежных фирм важен высокий престиж, работодатели стараются принимать на работу людей со здоровыми зубами и красивой улыбкой. Позднее обращение людей за помощью к стоматологу, неадекватное отношение к профилактическим мероприятиям может привести к снижению их социальной активности, невозможности качественного выполнения ими профессиональных обязанностей, к профессиональной непригодности.

Такие социально-психологические факторы, как общение, социальная оценка, статус личности в группе, имеют огромное значение в общественной жизни пациента, но, безответственное отношение к своему здоровью может стать причиной ограничения в этом общении, снижении самооценки и прочее [20, с. 129].

Уровень жизни населения, а именно, обеспеченность материальными, социальными и духовными благами, оказывает влияние на формирование мотивированного отношения к своему здоровью [23, с. 39].

Здоровье индивида, его психологическое состояние и духовное самочувствие определяются не только культурными, социально-экономическими, но и типологическими, морфологическими, психофизическими факторами и закономерностями.

Без таких важных составляющих как окружающая среда, жизненные ситуации, индивидуальность личности нельзя эффективно рассматривать проблему комплаентного поведения человека [50, с. 91].

В зависимости от характера личности и реагирования на окружающую среду по-разному протекает «внутренняя картина болезни» и имеет большое определение в понимании поведения больного.

Огромную роль в формировании внутренней картины болезни играет тип эмоционального реагирования к собственной болезни, ее проявлениям и прогнозу. Степень осознанности своего заболевания во многом зависит от образованности и культурного образования пациента.

Одним из немаловажных факторов, формирующих негативные поведенческие установки человека по отношению к лечебно-профилактическим мероприятиям в стоматологии, по мнению многих авторов, является страх перед болью или неприятные эмоциональные переживания на основе негативного прошлого опыта.

Так, например, гармоничный тип отношений к болезни, с одной стороны подразумевает объективную оценку больным своего состояния без склонности преувеличивать его опасность и видеть все в мрачном свете, с другой стороны, объективно оценивать тяжесть заболевания, что позволяет активно содействовать успешному лечению [14, с. 28].

Типы эргопатической и анозогностической объединяет «отрицание болезни». Такие пациенты неохотно сотрудничают с врачом, при облегчении состояния самостоятельно прекращают лечение. При работе с пациентами указанных типов

в основном приходится уделять внимание программам оказания экстренной и неотложной помощи, а также методам лечения при обострениях [8, с. 150].

Медицинский патернализм предполагает, что врач может опираться лишь на собственные суждения о потребностях пациента в лечении, информированности, консультировании. Позиция патернализма позволяет оправдывать принуждение пациентов, их обман и ограничение от них информации, это делается (с точки зрения врача) во имя их блага.

Таким образом, взаимодействие пациента и стоматолога в современном понимании – социально и личностно-ориентированный процесс, в котором реализуются не только личностные отношения, но и установки на социальные нормы.

Еще совсем недавно эталоном успешного лечения пациенты стоматологических клиник отмечали безболезненность, а на сегодняшний день главной силой становятся доверительные деловые отношения врача и пациента.

Большое значение в формировании и укреплении мотивации к лечению имеет личность врача, его компетентность, возраст, умение устанавливать эмоциональный контакт.

Современная культура обращения к постоянному стоматологу возлагает большую ответственность на врача-стоматолога не только в области его профессиональной, но и психологической компетентности. Эта культура раскрывает классическую закономерность: регулярно повторяющиеся социальные контакты субъектов стоматологической практики образуют устойчивые, а значит, более предсказуемые и управляемые социальные отношения [15, с. 87].

Таким образом, успех лечения в значительной степени связан с мотивацией пациента. Учет мотивационных факторов позволяет оптимизировать процесс лечения, создать модель партнерства между врачом и пациентом.

Эффективность лечебной и профилактической помощи во многом зависит от сложных взаимодействий врача и пациента, именно поэтому психологический портрет каждого из них будет весомым фактором, влияющим на результат.

1.2 Психологические особенности отношений «врач - пациент»

Российское общество на современном этапе переходит на новый уровень развития, предъявляя комплексные требования к специалистам различных сфер. Так большинство данных специалистов должны быть еще и психологами, переговорщиками, конфликтологами, психотерапевтами и консультантами.

Психологические знания занимают огромное место в медицине.

Необходимо отметить, что все мировое сообщество на данном этапе понимает значение психологических знаний для любой специальности и ценит их наравне с отраслевыми знаниями [16, с. 92].

Основной задачей исследования является изучение возможности применения психологического знания в профессиональной деятельности врача с целью повышения эффективности работы с пациентами.

Залогом успешного лечения являются доверительные отношения между врачом и пациентом, основанные на уважении, понимании и сочувствии. Существует несколько моделей общения врача и пациента:

- 1) информационная;
- 2) интерпретационная;
- 3) совещательная;
- 4) патерналистская.

Для малообразованных людей больше всего подходит интерпретационная модель общения, для людей, вникающих в суть проблемы со здоровьем – совещательная модель. Патерналистская модель в настоящее время не применяется, так как предполагает нарушение прав пациента, хотя есть исключения ее применения, когда речь идет об угрозе жизни больного.

Взаимоотношения врача и пациента многогранны. Это большой комплекс психологических и морально-этических проблем, с которыми приходится постоянно сталкиваться врачу.

Задачей врача, в первую очередь, является определение психологического состояния пациента, чтобы снять травмирующее воздействие, порождающее

душевное беспокойство, так как его присутствие будет препятствовать ходу лечению. Важно настроить пациента на мысли о выздоровлении.

Врач должен владеть тонким психологическим чутьем, а для этого необходима постоянная работа сознания.

Известный отечественный невропатолог, психолог, а также генерал – майор медицинской службы В.М. Бехтерев особо подчеркивал роль слова в лечении, отмечая, что «...если больному после беседы с врачом не становится легче – это не врач». Бехтерев считал, что в ходе беседы больному необходимо объяснить следует объяснить суть болезненных ощущений и внушить мысль о том, что врачи делают все возможное для его скорейшего выздоровления. Беседа должна способствовать преодолению явления тоски, возникающей из-за одиночества и недостатка общения.

Советский психолог, доктор психологических наук и медицинских наук, а также профессор К.К. Платонов также считал, что слово выступает «как физиологический и лечебный фактор», подчеркивая значимость подобранных слов и стиля проведения беседы. Необходимо помнить, что даже одно необдуманное слово может вызвать у больного эмоциональную реакцию, порождающую ятрогению, что порой происходит из-за повышенной чувствительности и мнительности больного, который весьма чутко реагирует на каждое сказанное ему слово [6, с. 75].

Построение доверительных отношений «врач – пациент» основывается на таких принципах общения, как:

1. Принцип научности.
2. Принцип фундаментальности и прикладной направленности.
3. Принцип своевременности и постепенности дозированной информации.
4. Принцип основательности целей процесса лечения и гарантированности их достижения.
5. Принцип предельной доступности.
6. Принцип максимального доверия.

7. Принцип наибольшей искренности.
8. Принцип адекватной эмоциональности.
9. Принцип соответствия психологическим, возрастным, индивидуальным и социальным особенностям пациента.
10. Принцип посильности процесса лечения и его наглядности.
11. Принцип соблюдения врачебной этики.
12. Принцип кооператива.

Все выше перечисленные принципы процесса лечения тесно взаимосвязаны между собой и функционируют как целостная система. Из этих принципов должны вытекать правила лечения, которые определяют характер отдельных методических приемов [21, с. 39].

Таким образом, только совокупное действие принципов процесса лечения обеспечивает правильное определение его задач, отбор содержания, выбор форм, методов и средств наиболее целесообразной деятельности, как врачей, так и психологов.

При всем разнообразии подходов взаимоотношения врача и пациента состоят из четырех основных компонентов: поддержки, понимания, уважении и сочувствии.

Таким образом, сотрудничество врача и пациента – необходимое условие успеха лечебных мероприятий, однако нередко возникают конфликтные ситуации.

Конфликты между врачом и пациентом разделяются на:

- 1) предметные или реалистические,
- 2) беспредметные или нереалистические.

Предметные конфликты вызваны неудовлетворением требований и ожиданий, а также несправедливым, по их мнению, распределением каких-либо обязанностей, преимуществ.

Беспредметные конфликты имеют своей целью открытое выражение накопившихся обид, отрицательных эмоций, враждебности, когда острое

конфликтное взаимодействие становится не средством достижения конкретного результата, а самоцелью.

Важнейшими условиями взаимопонимания являются:

- 1) понимание речи взаимодействующей личности;
- 2) выявление влияния на личность ситуации взаимодействия с партнером;
- 3) осознание проявляющихся качеств взаимодействующей личности;
- 4) выработка соглашения и практическое его выполнение по установленным правилам.

Особую роль в создании положительных отношений между врачом и пациентом играет первое впечатление.

Таким образом, умение общаться с больными – коммуникативная компетентность врача – искусство, которое начинает формироваться еще в процессе обучения, впоследствии в процессе самостоятельного профессионального общения с больными, людьми разного возраста, уровня образования. Чем больше стаж работы врача, тем больше внимания он уделяет психологическим аспектам диагностического и терапевтического процесса, повышению уровня коммуникативной компетентности, во многом обеспечивающей эффективность профессионального взаимодействия.

1.3 Индивидуально-психологические факторы взаимоотношения пациента и врача-стоматолога

При установлении психологического контакта с пациентом врач должен учитывать личностные характеристики пациента, к которым относятся такие качества, как темперамент, характер, способности, интеллект и другие.

Еще до первого визита к стоматологу необходимо начинать стоматологическую подготовку пациента. Регистратор – это не менее важный член команды врача, который может придать уверенности и решительности пациенту в желании лечиться именно у этого стоматолога. В работе регистратора важна манера общения, с которой он говорит [25, с. 128].

Врач должен взаимодействовать с пациентом в ходе планирования лечения. Каждый пациент – личность, со своими индивидуальными проблемами, поэтому необходимо учитывать психологическое состояние пациента при диагностике и планировании лечения. Таким образом, изначально в данном вопросе должен заниматься психолог.

К. Левин выделил четыре типа личности: активный, экспрессивный, добродушный и аналитический [19, с.152].

Активный тип – тип личности, который быстро принимает решения, высокоорганизован, настойчив, предпочитает уточнять подробности в жатой форме. С таким пациентом должно быть быстрое и эффективное общение, с максимальной краткостью и точностью.

Экспрессивный тип – творческие, дружелюбные и спонтанные люди, которые ценят признание, стремятся к положительным эмоциям, быстро принимают решение, не любят монотонной работы, в общении много рассказывают о своей личной жизни.

Добродушный тип – это ориентированные на отношения люди, которым важны личные взаимодействия, доверие и личный комфорт, плохо реагируют на давление со стороны других или мотивацию, медленно принимают решения. Таким пациентам предпочтительнее предоставлять информацию о лечении в несколько посещений.

Аналитический тип – это человек логики и информации, который не представляет свою жизнь без размышления и анализа, очень требователен и эмоционален. Планируя лечение с таким пациентом, лучше предоставить ему дополнительную объективную информацию в виде печатных материалов [12, с. 42].

Таким образом, стоматологу и членам его команды необходимо уметь определять все четыре типа личности, корректировать манеру общения с пациентами.

Искусство межличностного общения, так же важно, как и практические навыки.

Следующим важным аспектом является непосредственно беседа с самим пациентом. Пациент это индивид, который обладает набором личностных и характерологических проявлений, все они разные, но для всех пациентов остается важным аспектом – это доверительный контакт. В большинстве случаев стоматолог не обладает достаточным уровнем знаний, чтобы настроить пациента на благоприятную атмосферу, создать зону комфорта, доверительные и теплые отношения и в данном этапе работа в основном будет зависеть от психолога.

Эффективнее всего если беседа будет проводиться вместе со стоматологом, пациент должен открыться врачу, так как основную работу будет проводить он, пациент должен почувствовать в первую очередь, что он может довериться этому специалисту, и настроиться на дружеский контакт. Естественно такой разговор должен состояться до того как пациент сядет в стоматологическое кресло для проведения осмотра. Именно в этот момент можно изучить его личностные особенности применив метод наблюдения и интервью.

Как было сказано ранее, пациент это личность, следовательно, каждый человек индивидуален и в следующем этапе сопровождения пациента необходимо подобрать индивидуальный подход к пациенту. Исходя из его личностных особенностей и предпочтений, специалисты будут подбирать эффективные методы работы.

1.4 Характеристики эмоционального реагирования у пациентов страдающих стоматологическими заболеваниями

Интересно, но существует такая фобия, как боязнь стоматологического лечения. Со временем страх набрал серьезные обороты и превратился в фобию, которая в свою очередь стала болезнью и получила название дентофобия. Заболевание актуально на сегодняшний день, несмотря на то, что стоматологические клиники давно уже оборудованы современным безопасным оборудованием, а врачи используют только хорошие обезболивающие препараты.

Выделяют три степени выраженности дентофобии, а именно – легкая, средняя и тяжелая.

При легкой степени пациент испытывает легкое беспокойство, сидя в стоматологическом кресле. При средней – в зависимости от вида стоматологического вмешательства, пациент испытывает тревогу, а после успешно проведенного лечения, чувство дискомфорта исчезает. А вот пациенты с тяжелой степенью выраженности дентофобии посещают стоматолога только в случае крайней необходимости, не выполняют рекомендации врача.

Каждый третий больной в мире продолжает испытывать страх перед стоматологическим кабинетом.

Главными причинами дентофобии среди пациентов стоматологического приема являются:

- 1) Собственный отрицательный опыт пациента при предыдущих стоматологических манипуляциях;
- 2) Чужой негативный пример;
- 3) Детская зубная травма;
- 4) Интернет, средства массовой информации создают определенный образ стоматолога. Получая этот негативный пример, пациент создает в своем сознании недостоверный стереотип;
- 5) Неправильное воспитание;
- 6) Наследственная предрасположенность;
- 7) Финансовый фактор [50, с. 63].

У детей и взрослых дентофобия проявляется различно. Например, у детей выражено психомоторное возбуждение, в виде активных двигательных реакций, различных эмоций, у взрослых же пациентов – соматические проявления дентофобии, а именно: повышение артериального давления, инфаркты, неврозы, истерии, обострение нейроаллергических заболеваний [1, с. 19].

Квалифицированный врач-стоматолог обязан определить и выявить страх пациента к лечению. Статистические исследования показывают, что пациенты стесняются говорить о своих страхах.

Таким образом, налаживание контакта с пациентом – важный фактор в работе врача-стоматолога. Трудно работать с пациентом, который панически боится садиться в стоматологическое кресло, поэтому задача врача – помочь успокоиться, поговорить и выяснить причину страха, рассказать обо всех необходимых процедурах [49, с. 538].

Для преодоления дентофобии, врачу-стоматологу необходимо помнить о этическом, социально-гигиеническом и психологическом факторе.

1.5 Симптоматика дентофобии

Дентофобия (стоматофобия) – нерациональное прогрессирующее чувство непреодолимого страха перед стоматологическими процедурами, с активным проявлением физиологических и психологических реакций. Вне зависимости от того, какую форму будет иметь дентофобия, в каждом случае она проявляется одними и теми же симптомами.

Выделяют три степени выраженности дентофобии:

1. Легкая степень, при которой пациент испытывает легкое беспокойство, сидя в стоматологическом кресле.

2. Средняя степень – в зависимости от вида стоматологического вмешательства, пациент испытывает тревогу, после проведенного успешного лечения чувство дискомфорта исчезает.

3. Тяжелая степень – пациент посещает стоматолога только в случае крайней необходимости, создает трудности в процессе лечения, не выполняет рекомендации врача.

В стоматологической практике выделены следующие основные симптомы, которые отличают патологию от чувства сильного волнения:

- 1) Повышенное напряжение мышц.
- 2) Головные боли.
- 3) Предобморочные состояния.
- 4) Потеря сознания.
- 5) Нежелание идти на контакт со стоматологом.

- 6) Агрессивное поведение по отношению к врачу.
- 7) Чрезмерное потоотделение.
- 8) Расширение зрачков без воздействия раздражителя.
- 9) Рвота.
- 10) Колики в животе.
- 11) Диарея.
- 12) Учащенное сердцебиение.
- 13) Повышение давления.

В современной стоматологии, где есть перечень эффективных препаратов и способов обезболивания, проблема психологической реабилитации таких пациентов остается актуальной [27, с. 163].

Пациенты, которые избегают обращения к врачу-стоматологу, чаще всего нуждаются в квалифицированной помощи, так как обращаются уже с острой болью. Данные пациенты истощают все энергетические запасы врача, мешая своей излишней эмоциональностью, от чего снижает качество лечения.

Ни в коем случае нельзя игнорировать страх пациента, так как любое вмешательство во время паники может привести к обострению соматических заболеваний или даже привести к неотложным состояниям.

Стоматологи активно используют фармакологические способы седации (диазепам, медазолам), проведение которой сегодня возможно лишь с помощью анестезиолога. Использование фармакологических форм легких седативных препаратов (грандаксин, тенотен, афобазол) не решают проблему дентофобии, так как стресспротективный эффект от приема этих препаратов может возникнуть только при курсовом приеме.

Следовательно, залогом успешной работы врача-стоматолога является индивидуальный подход к пациенту, обеспечение комфорта и безопасности на приеме [39, с. 95].

1.6 Методы работы с пациентами стоматологической клиники

Правильная диагностика стоматологических заболеваний – важный этап для грамотного и профессионального лечения. К основным составляющим диагностики относятся:

- 1) семиотика (наука о признаках болезни),
- 2) оценка состояния пациента,
- 3) постановка диагноза,
- 4) составление прогноза заболевания.

В 1983 году У. Миллер впервые описал концепцию мотивированного интервьюирования. Данная концепция разработана на основе опыта, полученного в ходе работы с людьми, имеющими проблемы с алкоголем, а позднее использовалась у пациентов в различных областях медицины.

Метод мотивированного интервьюирования представляет собой системный подход к проблемам пациента, который направлен на формирование мотивации пациента к изменению его поведения, основанный на выявлении его побуждений к действию и оказании результативного влияния на внутренне-мотивационную динамику поведения пациента.

Данный способ необходим для определения страхов пациента в стоматологии, его ожиданий, для устранения проблемы неприверженности стоматологическому лечению, профилактики конфликтных ситуаций.

Подходы метода мотивированного интервьюирования опираются на следующих положениях о природе мотивации:

- 1) мотивация многомерна, динамична и неустойчива, интерактивна;
- 2) мотивация является ключом к изменению, который можно преобразовать в ходе лечения;
- 3) стиль работы врача и всего медицинского персонала сильно влияет на мотивацию пациента.

Мотивация дана человеку с самого рождения, хотя поддается влиянию посторонних людей и окружающих факторов. На мотивацию личности влияет семья, друзья, личные переживания и поддержка общества [26, с. 27].

Мотивация вбирает в себя внутренние переживания, отражает внешнее давление на пациента, заставляет переоценивать свое поведение, риск и преимущества определенного выбора. Это динамичное состояние подвержено изменениям под влиянием времени и различных ситуаций.

Для эффективного взаимодействия с пациентом врачу-стоматологу необходимо придерживаться следующей стратегии:

1. Сконцентрироваться на сильных сторонах пациента, не обращая внимания на его слабости;
2. Уважать независимость и самостоятельные решения пациента.
3. Сделать лечение индивидуальным, а пациента центрированным.
4. Развивать терапевтическое партнерство.
5. Проявлять сочувствие и не оказывать авторитарное давление.
6. Принять во внимание предыдущие попытки лечения.
7. Задать новые цели лечения, включая промежуточные, пошаговые и даже временные этапы достижения.

Основные принципы мотивированного интервьюирования:

1. Выражать эмпатию.
2. Усиливать противоположности суждений.
3. Не вызывать сопротивления пациента.
4. Подкреплять позитивную самооценку пациента.

Американские психологи В.Р. Миллер, С. Роллник разработали способ специального консультирования для пациентов, не готовых менять свое поведение. Данное собеседование проходит в атмосфере безусловного принятия, используется эмпатическое слушание, задаются открытые вопросы. Врач помогает пациенту разрешить свою амбивалентность, противоречивость в отношении своего здоровья и будущего, и это помогает принять решение об изменении поведения.

Основным недостатком такого метода является то, что он не может быть использован на стоматологическом приеме, так как отсутствует четкий алгоритм

действий врача и используется для формирования мотивации на изменение поведения лиц, зависимых от алкоголя и наркотиков.

На стоматологическом приеме необходимо использовать структурированный метод, который направлен на формирование приверженности к стоматологическому лечению, на преодоление излишней тревоги и страха, а также формирование мотивации для ухода за полостью рта [48, с. 133].

1.7 Феномен страха на стоматологическом приеме

Страх представляет собой форму защитного поведения в случае угрозы для жизни или здоровья человека, а также для его социального существования. Посещение врача-стоматолога часто является стрессом, связанным со страхом ожидания, напряженностью и вегетативной дистонией. Часто больные собираются к стоматологу с чувством вины. Страх и чувство вины нередко ведут к пренебрежению регулярными осмотрами у стоматолога.

С тех пор, как появились первые зубные врачи, существует страх перед стоматологическим лечением. Часто страх на приеме у врача-стоматолога вызван не просто страхом посещения специалиста и предстоящим вмешательством, а является генерализованной формой самосохранения.

Боязнь лечения зубов возникает и существует при участии мышления, которое как бы удлиняет и усложняет систему реагирования, а человек при этом сосредотачивается на причинах, вызывающих такое состояние.

Страх лечения зубов – это биологически обусловленный механизм защиты человека, при котором последний подвергается более выраженному психоэмоциональному напряжению, которое в значительной степени блокирует мышление либо совсем «выключает» его.

Состояния боязни и страха нельзя игнорировать, их надо преодолевать, поскольку они усложняют работу персонала, препятствуют установлению доверительных отношений с пациентом, «напрягают» врача и ассистента.

Различными должны быть и методы преодоления боязни и страха в стоматологии. В первом случае нужно больше подключать сознание с помощью

словесно ориентированной психотерапии. Во втором – более эффективными будут различные технологии и премедикация, способные ослабить сознательный контроль пациента за ситуацией.

Страх сродни аффектам и навязчивым эмоциональным состояниям, для которых характерно полное или частичное исключение когнитивного элемента из поведения человека. В сознании человека страх не имеет конкретизированного объекта – причины, в отличие от боязни. Сошлемся на авторитет З. Фрейда: «Я полагаю, что «страх» (Angst) относится к состоянию и не выражает внимания к объекту, между тем, как «боязнь» (Furcht) указывает на объект».

Страх – это конфликтное видение мира, беспокойное предсознательное и бессознательное, воспоминания о травмах прошлого, в том числе родовых травмах. Наличие страха у человека подчеркивает эмоциональность, впечатлительность и правополушарную направленность его развития. Страх может быть следствием различных факторов перинатального периода и раннего детства: выраженный стресс у матери при беременности, нежелательность и случайность появления ребенка, недостаточно развитый у родителей инстинкт материнства и отцовства, недостаточное принятие и поддержка со стороны матери (эффект материнской депривации).

На обычном стоматологическом приеме есть перспектива преодолеть те или варианты состояния страха, используя различные психотерапевтические техники. Если же страх проявляется как устойчивое психическое образование, то требуются специальные блокирующие медикаментозные средства. Таких пациентов положено принимать в специализированных центрах [24, с. 124].

Генерализованный страх, блокирующий разумное поведение, может вызвать аггравацию, преувеличение пациентом тяжести своих заболеваний. В таком случае, чем сильнее страх, тем ужаснее представления пациента о своем здоровье, но тем меньше мотивация к посещению врача.

Возможно, когда пациент, испытывающий страх, сенсорно недоверчив. В разговоре с доктором и ассистентом избегает смотреть в глаза, отстраняется,

отводит в сторону голову и корпус тела, не прикасается к персоналу и нервно реагирует на прикосновения врача и ассистента. В то же время хорошо воспитанный и общительный пациент может с усилием демонстрировать сенсорную доверчивость, понимая, что такая форма поведения уместна в кабинете врача. Наличие сенсорной доверчивости на фоне страха – достаточно надежный признак внушаемости.

Нередко страх вызывает экспрессию защиты и безысходности. Эта модель поведения очень информативна для стоматолога: он имеет дело с проявлением страха у невротизированной личности. Если при этом пациент произносит ключевую фразу «никто и ничто мне не поможет» или какую-нибудь ее вариацию, то это свидетельствует о безуспешности рационального воздействия. Такой человек практически навсегда остается заложником стоматофобии.

Страх в форме заискивания – особенность поведения людей-манипуляторов, цел которых расположить к себе врача, побудить его работать внимательнее, чтобы избежать угрозы осложнений и боли. Заискивающее поведение может сопровождать также боязнь.

Наиболее сложны для врача случаи, когда страх проявляется на фоне проблемных свойств личности и в замаскированной форме. Такое поведение характерно для психопатизированных личностей, страдающих нарушениями эмоционально-волевой сферы.

Вербальная, словесная форма страха проявляется с участием речи.

Невербальная форма страха распознается по поведенческим признакам, замедленные движения, расширенные зрачки, бледность, гримаса ужаса, речевые затруднения, чрезмерное напряжение конечностей или всего тела.

Спящую форму стоматофобии можно охарактеризовать как случай, когда пережитый в прошлом страх словно оживляется под воздействием конкретных обстоятельств. Из беседы с врачом: «Я был у стоматолога еще в детстве. Сейчас вошел в клинику и почему-то вспомнил, как я переживал тогда и боялся; пока ожидал приема, сильно переживал. Сажусь к Вам в кресло, а коленки трясутся.

Хотя понимаю, что бояться нечего: вед теперь лечат совсем по-другому». Только в диалоге с пациентом порой ситуация проясняется, когда появляется возможность уточнит оттенки переживаний и причины появления негативных эмоций.

На приеме у врача пациент признается: «Прийти к стоматологу меня заставляет только боль. Обычно я откладываю визит до последнего, уж очень противно, когда тебе в рот лезут». Такая формулировка содержит две посылки: о страхе свидетельствует то, что только боль побуждает обратиться за помощью; в то же время есть иной мотив избегания визитов – «противно, лезут в рот». Либо пациент брезглив и сенсорно недоверчив, либо таким образом маскирует страх. Ситуацию легко прояснить, задав дополнительные вопросы, внимательно изучив поведение пациента. Целесообразно узнать, отмечаются ли значительные изменения в психоэмоциональном и психофизическом состоянии на приеме у стоматолога [30, с. 26].

Замаскированными формами проявления страха являются анозогнозия, эскапизм, эйфория, вытеснение, утрирование негативных впечатлений, агрессия.

Анозогнозия – состояние, при котором у пациента отсутствует осознание наличия болезни (дефекта) или нарушено критическое отношение к заболеванию. Пациент испытывает стоматофобию и, чтобы определить внутренний конфликт, отрицает наличие стоматологических дефектов, необходимость медицинского вмешательства, игнорирует информацию о состоянии полости рта. Вариант анозогнозии – вера пациента в свою неуязвимость, когда он допускает наличие проблемы, но не считает ее достаточно серьезной, чтобы обращаться к врачу или устранять, недооценивает возможность неприятных последствий.

Эскапизм – социальное явление, которое характеризуется временным или постоянным уходом от насущных проблем и забот, избегание неприятного, скучного в жизни, бегство от действительности. Избегание может быть связано с различными психологическими особенностями пациента, например, с

неспособностью интеллектуально или эмоционально оценить информацию о состоянии полости рта.

Для эйфорической формы маскировки страха характерно пренебрежительное отношение к здоровью и лечению. Врачу не понятен наигранный оптимизм пациента, который утверждает, что состояние зубов и десен – не предмет для беспокойства. При этом проблемы в полости рта очевидны, а типичный финал – совокупность серьезных нарушений. Однако, если внимательно присмотреться к пациенту, то оказывается он панически боится стоматолога, о чем сам себе боится признаться. Отягощенный диагноз такой пациент воспринимает с некоторым апломбом, бравадой, проявляя своего рода стоицизм, демонстрируя пренебрежение здоровьем.

При вытеснении пациент под влиянием страха переключает мысли на что-то якобы более важное, чем стоматологические проблемы. Страх – истинная причина того, что пациент объясняет врачу: «Мне некогда лечить зубами – делами надо заниматься». Стоматофобия иногда заставляет пациента сконцентрироваться на соматических заболеваниях. Тогда состояние полости рта – пустяк, по поводу которого больше заботится врач, чем пациент.

Если у пациента слишком лабильная нервная система или снижен уровень общей культуры, то страх может проявиться в форме злости, грубости, откровенных выпадов в адрес врача, обвинений на повышенных тонах, и не важно, был для этого повод или не было, допустил ли какую-нибудь оплошность персонал или нет.

Для психологически грамотного стоматолога различные варианты защитного поведения пациентов не есть нечто из ряда вон выходящее, неожиданное. Психологическая защита – естественный механизм поведения и является нормой, хотя данное обстоятельство усложняет работу врача, требует повышенного внимания к пациентам, знания методов нейтрализации дискомфортных состояний [10, с. 56].

2. ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Объект и предмет исследования, цели и задачи исследования

Целью проведенного исследования является изучение характеристики состояния и психоэмоционального напряжения у пациентов при получения стоматологических услуг в частной клинике. Для реализации данной цели были поставлены следующие задачи:

1. Выявить данные о процессах страха и личностных особенностях пациента.
2. Определить проявления и причины возникновения страха и боязни, охарактеризовать данное состояние.
3. Охарактеризовать состояние страха у стоматологических пациентов.

Объектом исследования в представленной работе являются пациенты из стоматологической клиники.

Предмет – личностные особенности, волнение, страх и фобические проявления.

Гипотезы исследования:

Дентофобия является изолированным фобическим проявлением.

Боязнь стоматологических манипуляций является ситуативной тревогой.

2.2 Методы исследования

В данной работе были использованы клинико-психологические методы, такие как клиническая беседа и наблюдение за пациентами, которые получают стоматологические услуги.

Также было проведено экспериментально-психологическое исследование. Были включены следующие методики:

«Шкала тревоги Спилбергера-Ханина». Опросник, приложение А, направлен на исследование уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека).

«Диагностика межличностных отношений Тимоти Лири». Опросник, приложение Б, направлен на диагностику межличностных отношений и свойств

личности, существенных при взаимодействии с другими людьми для выявления уровня комплаентности.

Также в ходе интервью использовалась методика «VAS» – визуально-аналоговая шкала оценки боли. Также по данной шкале испытуемые оценивали качество оказания услуги и комфорт стоматологического кресла.

Исследование проводилось в стоматологической клинике «Доктор Дент», город Нязепетровск. В исследование были включены 30 испытуемых, которые обратились за стоматологической помощью.

3. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1 Анализ психоэмоционального статуса пациентов стоматологической клиники

Во второй главе были поставлены следующие задачи:

1. Рассмотреть данные о процессах страха и личностных особенностях пациента.
2. Изучить проявления и причины возникновения страха и боязни, охарактеризовать данное состояние.
3. Систематизировать фобическое состояние у стоматологических пациентов.

Для решения поставленных задач проводилось клинико-психологическое исследование пациентов стоматологической клиники. Всего в исследовании приняли участие 30 испытуемых, из которых 13 мужчин и 17 женщин, в возрасте от 25 до 30 лет.

У испытуемых были различные тяжести заболевания полости рта, такие как кариес, флегмона, пульпит, киста, пародонтоз и переломы зубов. Десять испытуемых являлись постоянными клиентами, другие 20 пациентов были на приеме у этого стоматолога первый раз. В ходе интервью испытуемые говорили, что боязнь стоматологических манипуляций была сформирована еще в детстве, у других же фобические проявления дентофобии сформировались во взрослом возрасте на основе плохого опыта (некачественно оказанная услуга, проблемы после лечения, болезненная процедура).

Для определения и систематизации фобического состояния пациентов были проведены методики на исследования тревожности, страха, оценки боли, отношения к болезни и комплаентности.

Первые данные испытуемых получены при помощи методики «Шкала тревоги Спилбергера-Ханина», результаты которой показаны в таблице 1. В исследовании принимали участие 30 испытуемых, в данной методике оценивалась ситуативная и личностная тревога.

Таблица 3.1 – Результаты исследования по методике «Шкала тревоги
Спилбергера-Ханина»

| Испытуемые | Шкала ситуативной тревоги | Шкала личностной тревоги |
|------------|---------------------------|--------------------------|
| 1 | 45 – высокий уровень | 41 – средний уровень |
| 2 | 55 – высокий уровень | 44 – средний уровень |
| 3 | 73 – высокий уровень | 38 – средний уровень |
| 4 | 61 – высокий уровень | 37 – средний уровень |
| 5 | 58 – высокий уровень | 31 – средний уровень |
| 6 | 42 – средний уровень | 38 – средний уровень |
| 7 | 68 – высокий уровень | 39 – средний уровень |
| 8 | 45 – высокий уровень | 53 – высокий уровень |
| 9 | 59 – высокий уровень | 30 – низкий уровень |
| 10 | 35 – высокий уровень | 45 – высокий уровень |
| 11 | 50 – высокий уровень | 46 – высокий уровень |
| 12 | 64 – высокий уровень | 34 – средний уровень |
| 13 | 71 – высокий уровень | 41 – средний уровень |
| 14 | 49 – высокий уровень | 58 – высокий уровень |
| 15 | 66 – высокий уровень | 38 – средний уровень |
| 16 | 60 – высокий уровень | 44 – средний уровень |
| 17 | 51 – высокий уровень | 32 – средний уровень |
| 18 | 42 – средний уровень | 40 – средний уровень |
| 19 | 39 – средний уровень | 36 – средний уровень |
| 20 | 52 – высокий уровень | 30 – низкий уровень |
| 21 | 48 – высокий уровень | 25 – низкий уровень |
| 22 | 73 – высокий уровень | 29 – низкий уровень |
| 23 | 68 – высокий уровень | 32 – средний уровень |
| 24 | 58 – высокий уровень | 37 – средний уровень |
| 25 | 49 – высокий уровень | 45 – высокий уровень |
| 26 | 48 – высокий уровень | 35 – средний уровень |
| 27 | 57 – высокий уровень | 29 – низкий уровень |
| 28 | 67 – высокий уровень | 33 – средний уровень |
| 29 | 71 – высокий уровень | 37 – средний уровень |
| 30 | 69 – высокий уровень | 41 – средний уровень |

| | Шкала ситуативной тревоги | Шкала личностной тревоги |
|------------------|---------------------------|--------------------------|
| Среднее значение | 55 – высокий уровень | 36 – средний уровень |

По результатам методики «Шкала тревоги Спилбергера-Ханина» среднее значение показателей у испытуемых был высокий уровень ситуативной тревожности и средний уровень личностной тревоги.

Полученные данные свидетельствуют о том, что уровень ситуативной тревожности выше (рисунок 3.1), чем уровень личностной тревожности (рисунок 3.2), это обусловлено фобическими проявлениями на приеме у стоматолога. При клинической беседе испытуемые подтверждали свое эмоциональное состояние.

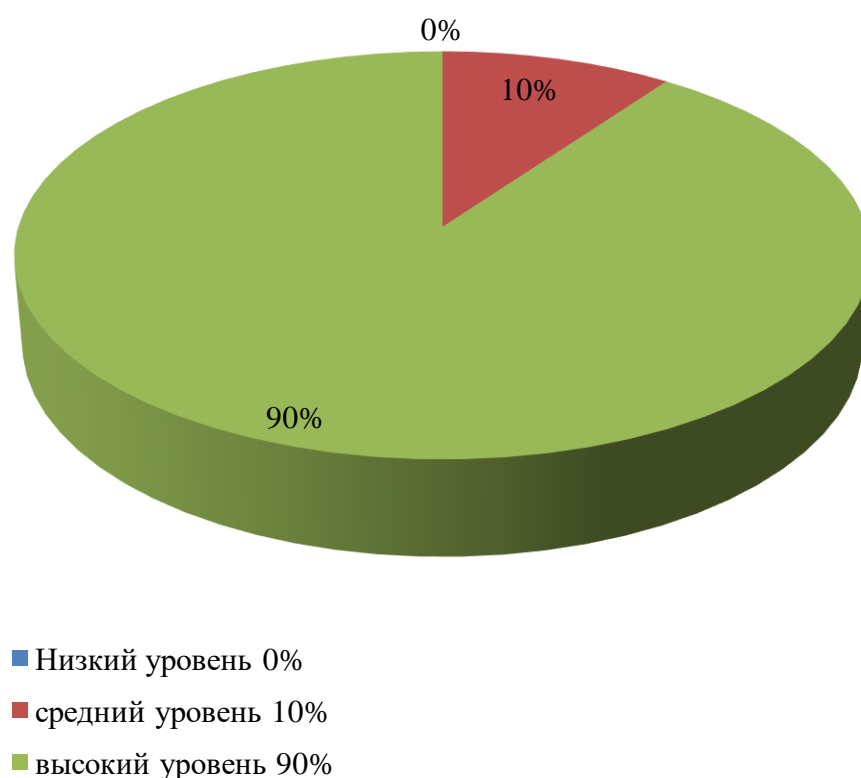


Рисунок 3.1 – Уровень ситуативной тревожности (данные методики «Шкала тревоги Спилбергера-Ханина»; %)

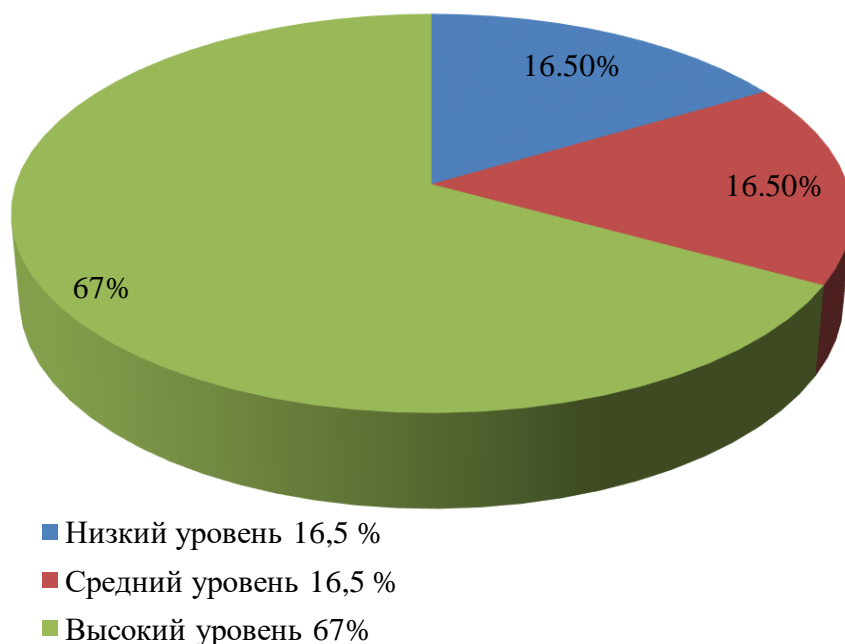


Рисунок 3.2 – Уровень личностной тревожности (данные методики «Шкала тревоги Спилбергера-Ханина»; %)

Таблица 3.2 – Результаты исследования по методике «Диагностика межличностных отношений Тимоти Лири»

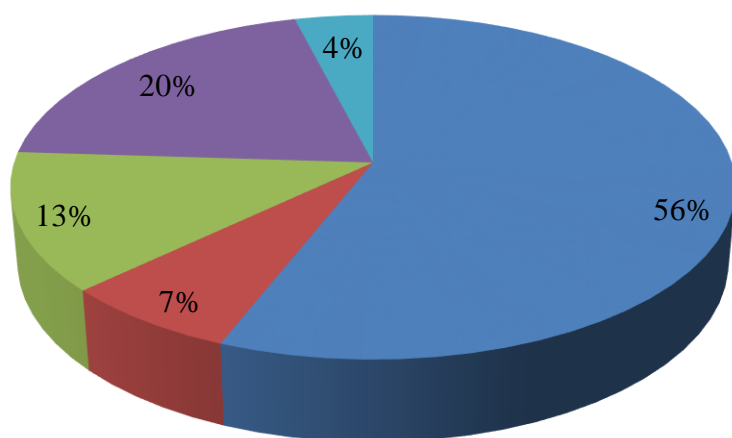
| Испытуемые | Шкала высокого показателя | Балл |
|------------|---------------------------|------|
| 1 | Сотрудничающий | 13 |
| 2 | Агрессивный | 13 |
| 3 | Сотрудничающий | 14 |
| 4 | Сотрудничающий | 13 |
| 5 | Недоверчивый | 12 |
| 6 | Покорный | 13 |
| 7 | Покорный | 14 |
| 8 | Сотрудничающий | 12 |
| 9 | Сотрудничающий | 13 |
| 10 | Сотрудничающий | 11 |
| 11 | Покорный | 12 |
| 12 | Покорный | 15 |
| 13 | Зависимый | 14 |
| 14 | Сотрудничающий | 15 |
| 15 | Недоверчивый | 14 |

| Испытуемые | Шкала высокого показателя | Балл |
|------------|---------------------------|------|
| 16 | Покорный | 11 |
| 17 | Сотрудничающий | 13 |
| 18 | Сотрудничающий | 11 |
| 19 | Сотрудничающий | 12 |
| 20 | Сотрудничающий | 9 |
| 21 | Недоверчивый | 14 |
| 22 | Агрессивный | 9 |
| 23 | Недоверчивый | 8 |
| 24 | Сотрудничающий | 14 |
| 25 | Сотрудничающий | 13 |
| 26 | Сотрудничающий | 11 |
| 27 | Сотрудничающий | 14 |
| 28 | Покорный | 10 |
| 29 | Сотрудничающий | 10 |
| 30 | Сотрудничающий | 11 |

Полученные данные свидетельствуют о том, что в отношениях врач – пациент клиенты стоматологической клиники принимают сотрудничающий тип взаимоотношений (56%). Пациенты с повышенным фобическим проявлением проявляли защитные реакции, и позже уходили в агрессивный и зависимый тип.

Для клиентов, которые впервые пришли на прием свойственный недоверчивый тип взаимодействия. 20% составляет покорный тип взаимодействия врача и пациента. Стоматологи отмечают, что с данным типом клиентов комфортно работать, им свойственный повышенный уровень комплаентности.

Следующие диагностические данные были получены из методики «Визуально-аналоговая шкала» (VAS), результаты представлены в таблице 3.3.



- Сотрудничающий тип 56%
- Агрессивный тип 7%
- Недоверчивый тип 13%
- Покорный тип 20%
- Зависимый тип 4%

Рисунок 3.3 – Диагностика межличностных отношений (данные методики «Диагностика межличностных отношений Тимоти Лири»; %)

Таблица 3.3 – Результаты исследования по методике «VAS»

| Испытуемые | Оценка уровня боли | Оценка качества оказанной услуги | Комфорт в кабинете и стоматологическом кресле |
|------------|--------------------|----------------------------------|---|
| 1 | 5 | 10 | 10 |
| 2 | 6 | 10 | 8 |
| 3 | 5 | 8 | 10 |
| 4 | 10 | 7 | 10 |
| 5 | 4 | 10 | 8 |
| 6 | 5 | 10 | 6 |
| 7 | 6 | 8 | 10 |
| 8 | 3 | 10 | 10 |
| 9 | 6 | 10 | 10 |
| 10 | 8 | 10 | 6 |
| 11 | 7 | 9 | 9 |
| 12 | 5 | 9 | 8 |
| 13 | 10 | 7 | 10 |
| 14 | 5 | 10 | 10 |
| 15 | 6 | 10 | 10 |
| 16 | 5 | 10 | 7 |

| Испытуемые | Оценка уровня боли | Оценка качества оказанной услуги | Комфорт в кабинете и стоматологическом кресле |
|------------------|--------------------|----------------------------------|---|
| 17 | 5 | 10 | 9 |
| 18 | 6 | 8 | 10 |
| 19 | 7 | 9 | 10 |
| 20 | 10 | 6 | 10 |
| 21 | 5 | 10 | 8 |
| 22 | 3 | 10 | 10 |
| 23 | 10 | 8 | 9 |
| 24 | 4 | 10 | 10 |
| 25 | 2 | 10 | 10 |
| 26 | 4 | 10 | 10 |
| 27 | 7 | 10 | 6 |
| 28 | 9 | 8 | 10 |
| 29 | 3 | 10 | 10 |
| 30 | 3 | 10 | 10 |
| Среднее значение | 6 | 9 | 9 |

По данным, полученным из методики «VAS» получились следующие показатели. Среднее значение уровня боли составляет 6 баллов, что говорит о среднем уровне боли и дискомфорта пациентов. По интерпретации боль носит умеренно сильный характер, она сильно мешает выполнять обычную повседневную деятельность, проявляется трудность сосредоточения в повседневных делах.

Также по данной визуально-аналоговой шкале оценивался показатель качества оказанной услуги, среднее значение – 9. Пациенты оставляли положительные отзывы о работе, безболезненной процедуре и хорошем отношении.

Показатель комфорта в кабинете и стоматологическом кресле получил 9 баллов по среднему значению. Пациенты отметили, что кабинет стоматолога не вызывал страха или других негативных эмоций, кресло было мягким и удобным, что помогало им расслабиться во время приема.

Также в ходе исследования проводилось интервью и наблюдение. По результатам наблюдения за пациентами удалось установить, что пациенты испытывали страх непосредственно на самом приеме у стоматолога. Часто состояние сопровождалось физиологическими проявлениями: сухость в горле, потоотделение ладоней и лица, дрожь в конечностях. Был также единичный случай, на приеме у стоматолога пациент потерял сознание, данный пациент набрал высокие показатели тревожности в методиках, обладал зависимым типом сотрудничества. Показатели агрессивности были в основном тех пациентов, кто пришел впервые, также у них сформировалось негативное отношение к стоматологии вследствие плохого прошлого опыта.

В основном страх перед стоматологическими манипуляциями появлялся при появлении раздражителей, таких как: белый халат, сверла, бормашина, уколы и так далее.

ВЫВОДЫ

Таким образом, в ходе проведенной работы удалось рассмотреть данные о процессах страха и личностных особенностях пациентов стоматологической клиники, в данной работе было изучено проявление страха и боязни стоматологических манипуляций, а также причины их возникновения. Итогом выполненной работы было систематизирование фобического состояния пациентов стоматологической клиники.

В ходе проведенного исследования удалось установить, что пациенты обладают высоким уровнем комплаентности, при четких рекомендациях и указаниях врача. Также уровень комплаентности определяется по мере тяжести их заболевания. Пациенты с легкой формой кариеса менее комплаентны, чем пациенты с более тяжелым типом заболевания.

Также удалось установить, что дентофобия является изолированным страхом, соответственно при виде любого раздражителя связанного со стоматологией чувство страха повышалось.

Также, исходя из полученных данных путем проведения методик и клинической беседы, удалось установить, что дентофобия является ситуативной тревожностью.

Таким образом, гипотезы подтверждаются полностью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сопровождение психолога в стоматологической практике является важной составляющей в современном мире. Пациент, который приходит в стоматологию нуждается в психологической помощи.

В процессе развития данного направления появилось множество методов для исследования мотивационного компонента, эмоционального состояния, а также уровня комплаентности пациентов. Данные методы представляют собой важный процесс для изучения личностной модели пациента, так как это облегчает работу с ним. В связи с тем, что такое понятие как дентофобия в стоматологической практике намного шире по объему, чем в фармакологии, для оценки данного явления нужно применять как можно больше методов, которые позволят определить поведение пациента и его приверженность к лечению, а не просто назначать прием лекарств.

Данная тема остается актуальной, поскольку в России существует большая проблема в изучении личностной сферы пациента при получении стоматологических услуг. Малое количество литературы, а также недоступность данного материала не позволяют изучить эту тему более подробно.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1 Абрамова, Г.С. Психология в медицине / Г.С. Абрамова, Ю.Л. Юдкевич. М.: Кафедра, 1998. – С. 49–85.
- 2 Айер, У. Психология в стоматологической практике / У. Айер. – СПб., 2008. – С. 200–212.
- 3 Алекминская, А.Ф. Врач-стоматолог: психологический анализ личностных особенностей в профессиональной деятельности / А.Ф. Алекминская // Институт стоматологии. – 2006. – № 4 (33). – С. 18–19.
- 4 Алимский, А.В. Экономика и менеджмент в стоматологии / А.В. Алимский, А.А. Смелянский. – 2000. – № 2. Национальный институт информатики, анализа и маркетинга в стоматологии – С. 50–52.
- 5 Ананьев, В.А. Введение в психологию здоровья / В.А. Ананьев. СПб., 1998. Издательство «Речь» – 48 с.
- 6 Анисимова, Е.Н. Психологический способ коррекции страха и тревоги перед стоматологическим вмешательством / Е.Н. Анисимова, З.М. Гасанова, А.С. Молчанов, Н.А. Рязанцев // Эндодонтияtoday. – 2012. – № 1. – С. 31–35.
- 7 Банщиков, В.М. Медицинская психология / В.М. Банщиков, В.С. Гуськов, И.Ф. Мягков. – М.: Медицина, 1967. – С. 15–45.
- 8 Бизяев А.Ф. Обезболивание у больных с сопутствующей патологией в условиях стоматологической поликлиники / А.Ф. Бизяев. – М., ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ 1989. – С. 30–31.
- 9 Боровский, Е.В. Терапевтическая стоматология / Е.В. Боровский. – М.: Медицина, 1988. – С. 522–560.
- 10 Бройтигам, В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан. М.: Медицина, 1999. – С. 127–139.
- 11 Булатова, Т.А. Социальная тревожность в психологическом контексте / Т.А. Булатова, Е.И. Черных // Вестник Томского гос. пед. университета (TomskStatePedagogicalUniversityBulletin). – Вып. 2. – 2010. – С. 107–112.

- 12 Виноградова, Т.Ф. Руководство по стоматологии детского возраста / Т.Ф. Виноградова, Н.Т. Снагина // Медицина. – 1995. – С. 75–83.
- 13 Волков, В.Т. Личность пациента и болезнь / В.Т. Волков, А.К. Стрелис, Е.В. Караваева, Ф.Ф. Тетенев. – Томск: Сибирский медицинский университет, 1995. – С. 152–187.
- 14 Воробьев, А.А. Влияние информированности пациента на структурирование взаимоотношений в системе врач-пациент / А.А. Воробьев, В.В. Деларю, А.В. Куцепалов // Социология медицины. – 2004. – №1. – С. 39–45.
- 15 Гагарин, А.В. Профессиональная подготовка конкурентоспособного преподавателя высшей школы: проблемы и перспективные направления / А.В. Гагарин // Акмеология. – 2012. № 4(44). – С. 46–49.
- 16 Гашимов, Р.Г. Психологические особенности детей со стоматологическими заболеваниями/ Р.Г. Гашимов, М.Н. Аракелова // Стоматология. – 1988. – С. 60.
- 17 Гоинин, В. М. Стоматология / В.М. Гоинин, В.Т. Караханян, Ю. М. Максимовский и др. // . – 2003. – №2. – С. 65–67.
- 18 Гонопольский, М.Х. Психическое здоровье / М.Х. Гонопольский// – Алма-Ата: Изд-во КГУ, 1989.– С. 28–49.
- 19 Гросицкая, И. К. Отсроченные визиты к стоматологу и их связь с личностными особенностями пациента. / И.К. Гросицкая // канд. мед. наук. – М., 2002. – 21 с.
- 20 Деларю, В.В. Конкретные социологические исследования в медицине / В.В. Деларю.– Волгоград, Изд-во ВГУМУ, 2005. – С. 67–95.
- 21 Жалов, Н.В. О принципах классификаций психогенных реакций. Научные труды (Центр.научно-исслед. институт судебной психиатрии) / Н.В. Жалов. – 1970. – Вып. 19. – С. 36–48.
- 22 Завьялов, А.О путях вовлечения психологии в практическую медицину / А. Завьялов, В. Плотников // Психологический журнал. – 1996. – № 4. Т. 17. – С. 126–133.

23 Зорина, З.Н. Методологические принципы исследования реактивных состояний / З.Н. Зорина // Труды (Ижевский мединститут). – 1998. – Т. 30. – С. 162–164.

24 Зыятдинов, К.Ш. Некоторые этико-правовые взаимоотношения врача и пациента / К.Ш. Зыятдинов // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – № 2. – С. 199–235.

25 Иванов, Г.Г. Оценка психоэмоционального состояния детей / Г.Г. Иванов, М.А. Иванова // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2001. – № 1. С. 23–26.

26 Карвасарский, Б.Д. Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский, А.П. Бизюк., Н.Н. Володин. – СПб.: Питер, 2014. – С. 56–97.

27 Карелин, А.А. Психологические тесты / А.А. Карелин // в 2 т. П 86. М.: Гуман. изд. центр ВЛАДос, 2000. – 248 с.

28 Квасенко, А.В. Психология больного / А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев. – Л.: Медицина, 1980. – С. 231–247.

29 Куликов, Л.В. Психология здоровья / Л.В. Куликов, ред. Г.С. Никифорова. – СПб., 2000. – С. 240–284.

30 Куликов, Л.В. Осознание здоровья как ценности. Психология здоровья / Л.В. Куликов, ред. Г.С. Никифоров. – СПб., 2000. – С. 240–284.

31 Куцепалов, А.В. Информированность пациентов и структурирование взаимоотношений в системе «врач – пациент» в отечественной и зарубежной медицине на рубеже XX–XI вв. / А.В. Куцепалов. – Волгоград: ВолГАСА, 2002. – 28 с.

32 Лепелин, А.В. Психоэмоциональное напряжение как основа дентофобии и причина развития страха / А.В. Лепелин, Д.Я. Сутенков, Л.Н. Казакова // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2004. – №3. – С. 18–25.

33 Лукиных, Л.М. Клиническая стоматология / Л.М. Лукиных. – 2004. – № 2 (30). – С. 64–67.

34 Максимовский, Ю.М. Межличностные взаимоотношения стоматолога с пациентом – важная составляющая в стоматологической практике / Ю.М. Максимовский, Л.И. Ларенцова // Стоматология для всех. – 2006. – № 4. – С. 34–37.

35 Михальченко, В.Ф. Системные механизмы формирования эмоционального напряжения человека в условиях стоматологического приема / В.Ф. Михальченко // Диссертация д-ра мед. Наук. – Волгоград: Волгоградская медицинская академия (ВМА), 2002. – С. 53–84.

36 Молофеева, В.А. Дентофобия: Почему дети боятся стоматолога? / В.А. Молофеева // Проблемы стоматологии. 2013. – Выпуск № 3.

37 Мясищев, В.Н. Актуальные вопросы медицинской психологии / В.Н. Мясищев. – Л., 1974. – С. 5–26.

38 Панин, М.Г. Стоматология / М.Г. Панин, В.С. Агапов, А.М. Панин и др. // . – 1989. – № 2. – С. 78–80.

39 Полуев, В.И. Особенности развития стоматологической службы в новых социально-экономических условиях. / В.И. Полуев // Диссертация д-ра мед. наук в виде науч. Доклада. – М., 2001. – 62 с.

40 Рабинович, С.А. Оценка потребности в проведении местной анестезии на амбулаторном стоматологическом приеме / С.А. Рабинович // Клиническая стоматология. – 2011. – № 3. – С. 1–15.

41 Райнов, Н.А. Комплексное лечение стоматологических больных в клинике терапевтической стоматологии с применением психотерапии / Н.А. Райнов. – М., 1986. – С. 112–120.

42 Решетников, А.В. Социология медицины / А.В. Решетников. – 2003. – № 2. – С. 3–18.

43 Роберт О. Беккер. Электрическое тело: электромагнетизм и основа жизни / Роберт О. Беккер, Гарри Селден. – Нью-Йорк, 1985. – С. 292–468.

44 Седова, Н.Н. Личность врача как фактор доверия к нему пациента: методические рекомендации по курсу психологии для студ. медицинских вузов / Н.Н. Седова. – Волгоград, 2000. – С. 30–35.

45 Синицина, Г.Н. Экономика и менеджмент в стоматологии / Г.Н. Синицина. – 2002. – № 2 (7). – С. 36–44.

46 Столяренко, Л.Д. Основы психологии. / Л.Д. Соляренко. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2000. – С. 215–268.

47 Чеботарева, О.А. Традиция отношений врача и пациента в отечественной медицине. Гуманитарное образование и медицина / О.А. Чеботарева, О.В. Мирошникова. – Волгоград, 2005. – С. 118–125.

48 Чистов, В.В. Психология в медицине и её роль в подготовке будущих врачей / В.В. Чистов // Вестник Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова (КазНМУ). – Алматы, 2005. – № 1. – С. 25–31.

49 Miller, W.R. Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach / W.R. Miller // Approaches to Drug Abuse Counseling .NIDA . Printed July – 2000. – P. 99–106.

50 Rollinck, S. Health Behavior Change .A Guide for practitioners; Churchill Livingston / S. Rollinck, P. Mason, C. Putler. – 1999. – P. 98–113.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ А

«Шкала тревоги Спилбергера-Ханина»

Инструкция (ситуативная тревожность). Прочитайте внимательно каждое из приведенных предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент.

Таблица А.1 – Бланк ответов по шкале ситуативной тревожности

| | Суждение | Нет, это не так | 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 внутренне скован | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Я чувствую себя свободно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Я расстроен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Меня волнуют возможные неудачи | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Я ощущаю душевный покой | 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, напряжения | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Я доволен | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | Суждение | Нет, это не так | Пожалуй, так | Верно | Совершенно верно |
|----|--------------------------------------|-----------------|--------------|-------|------------------|
| 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 |

Инструкция (личностная тревожность). Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений. Зачеркните цифру в соответствующей графе справа, в зависимости от того, как вы себя обычно чувствуете.

Таблица А.2 – Бланк ответов по шкале личностной тревожности

| | Суждение | Нет, это не так | Пожалуй, так | Верно | Совершенно верно |
|---|--|-----------------|--------------|-------|------------------|
| 1 | У меня бывает приподнятое настроение | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Я бываю раздражительным | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Я легко могу расстроиться | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Я чувствую прилив сил, желание работать | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Я спокоен, хладнокровен и собран | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Меня тревожат трудности | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | Суждение | Нет, это не так | Пожалуй, так | Верно | Совершенно верно |
|----|---|-----------------|--------------|-------|------------------|
| 9 | Я слишком переживаю из-за пустяков | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Я бываю вполне счастлив | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Я все принимаю близко к сердцу | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Мне не хватает уверенности в себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Я чувствую себя незащищенным | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Я стараюсь избегать критических ситуаций | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | У меня бывает хандра | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Я бываю доволен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Бывает, что я чувствую себя неудачником | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Я уравновешенный | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах | 1 | 2 | 3 | 4 |

Приложение Б

«Диагностика межличностных отношений Тимоти Лири»

Инструкция. Перед Вами опросник, который содержит различные характеристики. Следует внимательно прочесть каждую и подумать, соответствует ли она Вашему представлению о себе. Если «да», то перечеркните в сетке регистрационного листа крестом цифру, соответствующую порядковому номеру характеристики. Если «нет», то не делайте никаких пометок на регистрационном листе.

Стимульный материал методики Тимоти Лири

1. Другие думают о нем благосклонно
2. Производит впечатление на окружающих
3. Умеет распоряжаться, приказывать
4. Умеет настоять на своем
5. Обладает чувством собственного достоинства
6. Независимый
7. Способен сам позаботиться о себе
8. Может проявить безразличие
9. Способен быть суровым
10. Строгий, но справедливый
11. Может быть искренним
12. Критичен к другим
13. Любит поплакаться
14. Часто печален
15. Способен проявить недоверие
16. Часто разочаровывается
17. Способен быть критичным к себе
18. Способен признать свою неправоту
19. Охотно подчиняется
20. Уступчивый

21. Благородный
22. Восхищающийся и склонный к подражанию
23. Уважительный
24. Ищущий одобрения
25. Способен к сотрудничеству
26. Стремится ужиться с другими
27. Дружелюбный, доброжелательный
28. Внимательный и ласковый
29. Деликатный
30. Одобряющий
31. Отзывчивый к призывам о помощи
32. Бескорыстный
33. Способен вызвать восхищение
34. Пользуется уважением у других
35. Обладает талантом руководителя
36. Любит ответственность
37. Уверен в себе
38. Самоуверен и напорист
39. Деловит и практичен
40. Любит соревноваться
41. Строгий и крутой, где надо
42. Неумолимый, но беспристрастный.
43. Раздражительный
44. Открытый и прямолинейный
45. Не терпит, чтобы им командовали
46. Скептичен
47. На него трудно произвести впечатление
48. Обидчивый, щепетильный
49. Легко смущается

50. Не уверен в себе
51. Уступчивый
52. Скромный
53. Часто прибегает к помощи других
54. Очень почитает авторитеты
55. Охотно принимает советы
56. Доверчив и стремится радовать других
57. Всегда любезен в общении
58. Дорожит мнением окружающих
59. Общительный и уживчивый
60. Добросердечный
61. Добрый, вселяющий уверенность
62. Нежный и мягкосердечный
63. Любит заботиться о других
64. Бескорыстный, щедрый
65. Любит давать советы
66. Производит впечатление значимости
67. Начальственно-повелительный
68. Властный
69. Хвастливый
70. Надменный и самодовольный
71. Думает только о себе
72. Хитрый и расчетливый
73. Нетерпим к ошибкам других
74. Свокорыстный
75. Откровенный
76. Часто недружелюбен
77. Озлобленный
78. Жалобщик

79. Ревнивый
80. Долго помнит обиды
81. Склонный к самобичеванию
82. Застенчивый
83. Безынициативный
84. Кроткий
85. Зависимый, несамостоятельный
86. Любит подчиняться
87. Предоставляет другим принимать решения
88. Легко попадает впросак
89. Легко попадает под влияние друзей
90. Готов довериться любому
91. Благорасположен ко всем без разбору
92. Всем симпатизирует
93. Прощает все
94. Переполнен чрезмерным сочувствием
95. Великодушен и терпим к недостаткам
96. Стремится покровительствовать
97. Стремится к успеху
98. Ожидает восхищения от каждого
99. Распоряжается другими
100. Деспотичный
101. Сноб (судит о людях по рангу и личным качествам)
102. Тщеславный
103. Эгоистичный
104. Холодный, черствый
105. Язвительный, насмешливый
106. Злобный, жестокий
107. Часто гневливый

108. Бесчувственный, равнодушный
109. Злопамятный
110. Проникнут духом противоречия
111. Упрямый
112. Недоверчивый и подозрительный
113. Робкий
114. Стыдливый
115. Отличается чрезмерной готовностью
116. Мягкотельный
117. Почти никогда и никому не возражает
118. Ненавязчивый
119. Любит, чтобы его опекали
120. Чрезмерно доверчив
121. Стремится снискать расположение каждого
122. Со всеми соглашается
123. Всегда дружелюбен
124. Всех любит
125. Слишком снисходителен к окружающим
126. Старается утешить каждого
127. Заботится о других в ущерб себе
128. Портит людей чрезмерной добротой