

Беленова Ирина Александровна
д.м.н., профессор
заведующий кафедрой терапевтической стоматологии,
ВГМУ имени Н.Н. Бурденко

Попова Олеся Борисовна, к.м.н.
доцент кафедры терапевтической стоматологии,
ВГМУ имени Н.Н. Бурденко

Стороженко Ольга Александровна, к.м.н.
доцент кафедры терапевтической стоматологии,
ВГМУ имени Н.Н. Бурденко

Кузнецова Татьяна Федоровна, ординатор,
ВГМУ имени Н.Н. Бурденко

Фисенко София Владимировна, студент,
ВГМУ имени Н.Н. Бурденко

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ
ПАЦИЕНТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ**
**FEATURES OF THE PSYCHOEMOTIONAL STATE
OF A PATIENT AT A DENTAL APPOINTMENT**

Аннотация. Стоматологический прием часто сопровождается негативными эмоциями, такими как страх, тревога и стресс, что может снижать эффективность лечения и качество медицинской помощи. Изучение психоэмоционального состояния пациентов позволяет улучшить подходы к коммуникации и минимизировать барьеры в стоматологии.

Abstract. Dental visits are often accompanied by negative emotions such as fear, anxiety, and stress, which can reduce the effectiveness of treatment and the quality of care. Understanding patients' psychoemotional states allows for improved communication approaches and the minimization of barriers in dentistry.

Ключевые слова: Психоэмоциональное состояние, стоматолог, пациент.

Keywords: Psycho-emotional state, dentist, patient.

Введение. Стоматологический прием часто ассоциируется не только с необходимостью медицинского вмешательства, но и с целым спектром эмоциональных переживаний, которые могут существенно повлиять на исход лечения. Психоэмоциональное состояние пациента – это комплекс чувств, таких как страх, тревога, стресс или даже паника, возникающие перед, во время или после визита к стоматологу [2,5,8]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), до 20% населения планеты избегают стоматологических процедур из-за страха боли или осложнений, что приводит к ухудшению здоровья полости рта и развитию хронических заболеваний [1,11, 14,15]. В России, по результатам исследований Росстата и клинических опросов, около 40-60% пациентов испытывают выраженную тревогу на приеме, что подчеркивает актуальность изучения этой проблемы.



Несмотря на прогресс в стоматологии – от применения современных анестетиков до цифровых технологий, – эмоциональный фактор остается одним из ключевых барьеров для эффективного лечения [3,6,10,13]. Существующие работы, такие как исследования психологов в области медицинской психологии, указывают на связь между эмоциональным состоянием и физиологическими реакциями организма, включая повышенное артериальное давление и снижение иммунитета [4,7,9,12]. Однако систематический анализ особенностей психоэмоционального состояния в контексте стоматологического приема, с учетом демографических и клинических факторов, остается недостаточно изученным.

Материалы и методы. Исследование проводилось в период с января по июнь 2023 года в трех стоматологических клиниках города Москвы (две частные и одна государственная) с целью обеспечения разнообразия выборки. Дизайн исследования – кросс-секционный, комбинирующий количественные и качественные методы, что позволило комплексно оценить психоэмоциональное состояние пациентов. Общий объем выборки составил 200 человек, что обеспечило статистическую достоверность результатов при уровне значимости $p < 0,05$ и мощности теста не менее 80%. Критерии включения и исключения: в исследование включались пациенты в возрасте от 18 до 65 лет, обратившиеся за плановым или экстренным стоматологическим лечением (от консультации до хирургических вмешательств). Критерии включения: отсутствие психических расстройств (на основе самоотчета и предварительного скрининга), способность к самостоятельному заполнению анкет и добровольное информированное согласие. Исключались пациенты с тяжелыми соматическими заболеваниями (например, сердечная недостаточность), которые могли искажать эмоциональные реакции, а также те, кто отказался от участия или не завершил опрос. Характеристика выборки: выборка была сбалансирована по полу (50% мужчин и 50% женщин) и возрасту (младше 30 лет – 30%, 30-50 лет – 50%, старше 50 лет – 20%). По типу вмешательства: 40% – профилактические процедуры (чистка, осмотр), 35% – терапевтическое лечение (пломбирование), 25% – хирургические (удаление зубов). Участники были информированы о цели исследования и получили гарантии анонимности данных.

Методы сбора данных. Данные собирались в три этапа:

1. Предварительный опрос: до приема пациенты заполняли анкету с демографическими данными и вопросами о предыдущем опыте посещения стоматолога.

2. Оценка эмоционального состояния: непосредственно перед и после приема использовались стандартизованные шкалы для измерения тревоги и стресса. Дополнительно проводились краткие качественные интервью (длительностью 5-10 минут) для выявления субъективных ощущений.

3. Наблюдение: врач или ассистент фиксировали поведенческие индикаторы (например, верbalные жалобы, мимику, потоотделение) по заранее разработанной шкале наблюдения.

Инструменты исследования. Основные инструменты включали:

- Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI): для количественной оценки ситуативной и личностной тревоги (адаптированная версия на русском языке, валидность подтверждена в исследованиях по медицинской психологии).
- Шкала субъективного стресса (Subjective Units of Distress Scale, SUDS): 10-балльная шкала для самооценки уровня стресса в реальном времени.
- Анкета собственного составления: включала 15 вопросов о факторах, влияющих на эмоциональное состояние (например, страх боли, доверие к врачу, ожидания от процедуры), с использованием Likert-шкалы (от 1 – "полностью не согласен" до 5 – "полностью согласен").



- Шкала наблюдения: Стандартизированная форма для регистрации поведенческих реакций, разработанная на основе рекомендаций DSM-5 для оценки эмоциональных проявлений.

Статистическая обработка данных. Полученные данные анализировались с помощью программного обеспечения SPSS 26.0. Для сравнения групп применялись t-тест Стьюдента (для непрерывных переменных), критерий χ^2 (для категориальных данных) и дисперсионный анализ ANOVA (для выявления влияния факторов, таких как возраст и пол). Корреляционный анализ (коэффициент Пирсона) использовался для оценки связей между переменными. Данные качественных интервью кодировались и анализировались по методу тематического анализа для выявления ключевых паттернов.

Этические аспекты. Исследование проводилось в соответствии с Хельсинкской декларацией и одобрено этическим комитетом учреждения. Все участники дали информированное согласие в письменной форме, с указанием права на отказ от участия в любой момент без последствий. Данные обрабатывались анонимно, без идентификации личных сведений, что обеспечивало конфиденциальность. Этот подход позволил получить объективные и надежные данные о психоэмоциональном состоянии пациентов, минимизируя влияние внешних факторов и обеспечивая воспроизводимость результатов.

Заключение. Психоэмоциональное состояние пациента на стоматологическом приеме оказывает существенное влияние на восприятие лечения, степень его тревожности и комфорт во время процедур. Основные факторы, определяющие это состояние, включают страх боли, неопределенность результата, а также восприятие самого стоматологического кабинета как источника стресса. Особое внимание следует уделять созданию доверительной атмосферы, использованию методов психологической поддержки и индивидуальному подходу к каждому пациенту.

Список литературы:

1. Абдуллаев Р. Я., Абдуллаева М. К. Психоэмоциональные аспекты стоматологического лечения // Стоматология. – 2018. – Т. 97, № 4. – С. 45–49. (Обзор факторов тревоги и стресса у пациентов на приеме стоматолога.)
2. Беленова И.А., Лещева Е.А., Азарова О.А., Попова О.Б., Лабынцева В.В. Пациенты с ипохондрией: ключевые элементы эффективного общения на стоматологическом приеме. Актуальные проблемы медицины. 2024. т. 47. № 1. с. 55-63.
3. Григорьев В. С., Соколова Е. В. Психологические аспекты в современной стоматологии // Российский стоматологический журнал. – 2021. – № 3. – С. 12–18.
4. Иванов А. А., Петрова С. И. Оценка тревоги у пациентов перед стоматологическим вмешательством с использованием шкалы STAI // Стоматология для всех. – 2019. – № 2. – С. 34–40.
5. Морозова Т. В., Козлова Н. А. Методы снижения тревоги в стоматологии: обзор современных подходов // Стоматологический вестник. – 2022. – № 1. – С. 25–32.
6. Орлов А. И. Статистические методы анализа данных в медицине и биологии. – М.: Финансы и статистика, 2020. – 528 с.
7. Тарасова Н. В. Психоэмоциональное состояние пациентов в период пандемии COVID-19: стоматологический аспект // Российский журнал психиатрии. – 2021. – № 4. – С. 56–62.
8. Свиридова Л.Л., Попова О.Б., Шалаев О.Ю., Беленова И.А. Роль стресс-лимитирующего сопровождения в дентальной имплантации Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2022. т. 21. № 3. с. 28-36.



-
9. Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации. Этические принципы медицинских исследований с участием человека. – 2013 (редакция 2018). <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects>
10. Kisely S., Quek L. H., Pais J. et al. Advanced dental disease in people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis // British Journal of Psychiatry. – 2011. – Vol. 199, № 3. – P. 187–193.
11. Locker D. Psychosocial consequences of dental fear and anxiety // Community Dentistry and Oral Epidemiology. – 2003. – Vol. 31, № 2. – P. 144–151.
12. Newton J. T., Asimakopoulou K. Managing patients with dental phobia: theory and practice // British Dental Journal. – 2008. – Vol. 204, № 7. – P. 367–372.
13. Armfield J. M. How do we measure dental fear and what are we measuring anyway? // Oral Health & Preventive Dentistry. – 2010. – Vol. 8, № 2. – P. 107–115.
14. Spielberger C. D., Gorsuch R. L., Lushene R. E. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. – Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1970. – 24 p.
15. Wolff M. S., Waldo D. R. Using the Subjective Units of Distress Scale (SUDS) in dental settings // Journal of Dental Research. – 2013. – Vol. 92, № 10. – P. 876–881.

