

СПЕЦІАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 616.31:614.48

DOI <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.2.15>

Литовченко В. П.

інтерн

Української військово-медичної академії

Литовченко С. В.

доктор педагогічних наук, старший науковий співробітник,

завідувач відділу освіти дітей з порушеннями слуху

Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка

Національної академії педагогічних наук України

ДЕНТОФОБІЯ: ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПРОФІЛАКТИКА ІЗ ДОТРИМАННЯМ НОРМ ІНКЛЮЗИВНОСТІ

DENTOPHOBIA: PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND PREVENTION WITH OBSERVANCE OF INCLUSIVE STANDARDS

Особлива увага в сучасній психології приділяється питанням у сфері збереження здоров'я у зв'язку із визнанням проблеми глобального погіршення здоров'я населення, питанням дотримання права людей на рівний і справедливий доступ до ресурсів здоров'я. На теперішній час проблема дентофобії (надзвичайний страх стоматологічного втручання, що призводить до уникнення лікування та погіршення стану ротової порожнини) є вкрай актуальною для України; особлива увага до профілактики дентофобії у дітей та підлітків, урахування потреб у додаткових заходах у контексті безбар'єрності та інклюзивності. Відповідно до визначеної мети на основі теоретичного аналізу результатів досліджень та узагальнення практичного досвіду визначено дві групи факторів з профілактики дентофобії у дітей, зокрема з особливими потребами: чинники, що впливають на весь хід розвитку дитини (своєчасність/доступність/системність послуг, зокрема на нормативно-правовому рівні; вчасне діагностування стоматологічних проблем та оптимальне лікування; позитивний досвід першого та наступних відвідувань стоматолога (психологічний комфорт, седация, сучасне обладнання кабінету тощо); просвітницькі заходи щодо збереження здоров'я (із врахуванням віку дитини); врахування індивідуальних психологічних та особливих потреб; інформаційно-психологічна робота з батьками; супровід міждисциплінарної команди фахівців; позитивне ставлення; навчальні програми підготовки майбутніх лікарів-стоматологів/підвищення професійної компетентності фахівців та ін.); умовно друга група факторів навколишнього середовища – як саме облаштовано середовище, в якому отримує стоматологічні послуги дитина, якою мірою враховано її потреби.

Ключові слова: фобія, дентофобія, діти з особливими потребами, фактори/чинники навколишнього середовища, профілактичні заходи.

Special attention in modern psychology is paid to issues in the field of health preservation in connection with the recognition of the problem of the global deterioration of the health of the population, the issue of observing the right of people to equal and fair access to health resources. Currently, the problem of dentophobia (extreme fear of dental intervention, which leads to avoidance of treatment and deterioration of the condition of the oral cavity) is extremely relevant for Ukraine; special attention to the prevention of dentophobia in children and adolescents, taking into account the need for additional measures in the context of barrier-free and inclusiveness. In accordance with the defined goal, based on the theoretical analysis of research results and the generalization of practical experience, two groups of factors for the prevention of dentophobia in children, in particular with special needs, have been identified: factors that affect the entire course of the child's development (timeliness/availability/systematic services, in particular on regulatory legal level; timely diagnosis of dental problems and optimal treatment; positive experience of the first and subsequent visits to the dentist (psychological comfort, sedation, modern office equipment, etc.); educational measures to preserve health (taking into account the age of the child); consideration of individual psychological and special needs; informational and psychological work with parents; support of an interdisciplinary team of specialists; positive attitude; training programs for future dentists/ improvement of professional competence of specialists, etc.); conditionally, the second group of environmental factors is exactly how the environment in which the child receives dental services is arranged, to what extent his needs are taken into account.

Key words: phobia, dentophobia, children with special needs, environmental factors, preventive measures.

Вступ. На сучасному етапі фобії є предметом численних досліджень, що пов'язано зі значним поширенням такого стану серед населення: за даними наукових робіт з епідеміології середній показник складає від 7,3 до 18% респондентів на момент проведення оцінки [1], водночас лише 20-25% пацієнтів з фобіями звертаються за професійною допомогою [2; 3].

Фобії викликають у людей суттєву соціальну дезадаптацію, негативно впливають на спосіб життя, у більшості відмічається стійка втрата працездатності, погіршення здоров'я [4]. В умовах війни питання стабілізації психологічного стану людей, за можливості попередження страхів та тривожних розладів різної етіології, підтримка від профільних фахівців особливо на часі.

Протягом останніх десятиріч у багатьох країнах відбувається масове поширення фобій пов'язаних зі станом здоров'я, зокрема дентофобії (4,6% і 2,7% зареєстровано у жінок і чоловіків відповідно). Такий вид фобії визначається надзвичайним страхом стоматологічного втручання, що призводить до уникнення лікування та погіршення стану ротової порожнини (що певною мірою ще підсилює страх) [4]. На теперішній час ця проблема є вкрай актуальною і для України; особлива увага до профілактики дентофобії у дітей та підлітків, урахування потреб у додаткових заходах у контексті безбар'єрності та інклюзивності.

Мета статті – на основі теоретичного аналізу результатів досліджень визначити чинники виникнення дентофобії у дітей та заходи з профілактики із урахуванням необхідності адаптації (за наявності особливих потреб).

Основними **методами дослідження** визначено: методи теоретичного аналізу літературних джерел та результатів сучасних досліджень, представлених у електронних наукових виданнях, включених до наукометричних баз даних PubMed, Index Copernicus, Ulrich's Periodicals, Google Scholar, Web of Science, Scopus, Medline та ін.; узагальнення знань та практичного досвіду, отриманих під час навчання на базі Стоматологічного Медичного Центру Національного медичного університету імені О. О. Богомольця та Української військово-медичної академії, опитування респондентів за допомогою Google forms.

Виклад основного матеріалу дослідження. У сучасному науковому просторі сутність терміну «фобія» залишається предметом дискусій. Згідно останнього п'ятого видання «Рекомендацій з діагностики та статистики психічних розладів» («Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – DSM-5») [5] більшість фобій розглядають як підтипи тривожного розладу та розподіляють за трьома категоріями:

– **конкретні фобії** – страх об'єктів чи соціальних ситуацій, які відразу викликають занепокоєння та можуть призвести до нападів паніки. Такі фобії ще характеризують як *специфічні*; вони можуть бути розподілені за 4-ма групами: страх природного середовища (блискавок, води, шторму тощо); страх тварин (страх перед зміями, гризунами, павуками та ін.); страх медичного втручання, пошкоджень (зокрема крові, ін'єкцій, відвідування лікаря, наявності хвороби тощо); страх певної ситуації (мостів, «бути похованим живою», водіння автомобіля та ін.) [6];

– **агорафобії** – страх покинути свій дім або знайому «безпечну» зону та наступні напади паніки. До такої категорії відносять страх відкритого простору, зараження (страх мікробів, можливо ускладнений obsесивно-компульсивним розладом), соціальну агорафобію, посттравматичний стресовий розлад, пов'язаний із травмою, що відбулася на вулиці тощо;

– **соціальні фобії** (соціальні тривожні розлади) – приміром занепокоєння тим, що інші тебе засуджують [7].

Фобії також розрізняють за ступенем тяжкості: деякі люди можуть лише уникати предмету свого страху та відчувати порівняно легке занепокоєння;

інші – страждають від повноцінних нападів паніки зі всіма пов'язаними симптомами. Більшість людей розуміють, що вони відчувають нелогічний/іраціональний необґрунтований страх, проте не в змозі подолати панічну реакцію. Часто пацієнти повідомляють про запаморочення, втрату контролю над січковим міхуром, прискорене поверхневе дихання (тахипное), відчуття болю, задишку тощо [8].

Основні причини утворення фобій:

– **біологічні та спадкові чинники** – недолік гамма-аміномасляної кислоти (має заспокійливу дію) в організмі, що призводить до підвищення страху й тривожності, що своєю чергою сприяє ризику появи фобій. Причинами зменшення кількості цієї кислоти можуть бути травми головного мозку, тривале застосування ліків і психотропних препаратів, стрес, депресія. Окрім зазначеного, причиною виникнення фобій може бути генетичний фактор: якщо один з батьків страждає фобічним розладом, то ризик появи фобії у дитини дуже високий; однак, що саме вплинуло, спадкова схильність або певна поведінка члена родини, на практиці визначити важко;

– **зовнішні причини (чинники навколишнього середовища)** – найчастіше виникнення фобій зумовлено впливом зовнішніх чинників (часто це події негативного характеру, що відбулися в дитинстві). Зокрема, психологічні травми дитячого віку можуть бути пов'язані з: укусом комах або тварини, втрачено близьких, тривалою розлукою, негативним досвідом плавання або перебування у закритому приміщенні тощо; з віком такі травми «виростають» у непередбачувані страхи;

– **психологічні чинники** – спотворене сприйняття слів або дій, хибний погляд на реальні та майбутні події, інші психологічні проблеми можуть вплинути на виникнення фобій. Певні страхи з'явилися в процесі еволюції, наприклад, боязнь відкритого простору має своє коріння в далекому минулому, коли в незахищеному місці існувала небезпека нападу диких тварин;

– **соціальні причини** – причиною соціофобії можуть стати надмірно суворе виховання або критика батьків, неадекватна оцінка дорослими подій, що відбуваються з дитиною, невдалий досвід спілкування з однолітками або «протилежною статтю» тощо.

Отже, травмуючі ситуації, що мають вплив на психіку або спадкову схильність, а також соціальне та фізичне оточення сприяють виникненню і розвитку різних фобій [9].

У «Великому психологічному словнику» фобії визначено як стан необґрунтованого страху. Проблема *страхів*, зокрема у дітей, є предметом досліджень філософії, психології, соціології з давніх часів. Аналіз сучасних психолого-педагогічних досліджень свідчить, що психологічні аспекти виникнення страхів є предметом вивчення зарубіжних та українських вчених; на сьогодні сформовано різні підходи до сутності поняття страху:

– як емоція, що виникає в ситуаціях загрози біологічному або соціальному існуванню індивіда і спрямована на джерело дійсної або уявної небезпеки;

– почуття напруженості, коли людина вважає, що існує небезпека для її життя, перебуває в очікуванні загрозових подій, дій; такий стан може проявлятися по різному (від відчуття невпевненості, небезпеки до жаху) та супроводжуватися різноманітними вегетативними розладами [10];

– одна з основних «форм реакції людини: змінюються предмети страху, особливості прояву страху і його вплив на внутрішній світ особи, на поведінку, але страх, як форма оцінки, тип ставлення до світу і людей залишається завжди». На думку українського філософа В. Зеньковського, якщо дитина один раз злякалася темряви, то згодом темрява сама по собі лякатиме її.

Суттєвим у контексті дослідження є визначення, що включено до видання «Екстремальна та кризова психологія: термінологічний словник»: страх є емоцією, що виникає в ситуаціях загрози біологічному або соціальному існуванню індивіда й спрямована на джерело дійсної або уявної небезпеки [11]. «Словник практичного психолога» дає аналогічне тлумачення, а також розрізняє страх інфантильний, невротичний, реальний, вільний, страх смерті [12].

Варто акцентувати: страх – це реакція на конкретно існуючу загрозу, а тривога – стан передчуття неприємної події без реальної причини (існує лише у свідомості людини); страх і тривога тісно взаємопов'язані («жало страху – це тривога, а тривога прагне перетворитися на страх») (П. Тілліх).

Існують різні класифікації страхів, залежно від критерію, що покладений в основу. Зокрема, виділяють страхи: особистісні реактивно-екстернальні (стосуються інших), особистісні реактивно-інтернальні (стосуються власного Я), середовищні, фізичні та страх насильства. Вважається, що у випадку психотравми, особливо вираженими будуть страхи тієї категорії, до якої відноситься першопричина (психотравма).

Ступінь прояву страху може бути різний: жах (страх найтяжчого ступеня прояву); переляк (тяжкий ступінь); тривога (помірний ступінь); побоювання, хвилювання (легкий); занепокоєння (найлегший).

Синдроми тривоги й страху відносять до найбільш розповсюджених психопатологічних феноменів дитячого та підліткового віку [13, 14]; загалом частота порушень, які пов'язані з фобіями, у дитячій популяції становить 7,7% [15]; частка клінічно виражених тривожних розладів (до них відносимо і фобії) у населення дитячого та підліткового віку розвинутих країн складає понад половину патологій, пов'язаних із психікою [16]; за результатами останніх скринінгових досліджень у східній Європі цей показник суттєво вищий та досягає майже 9%, тоді, як на долю всіх психічних розладів у осіб до 18 років приходиться 15-20%; дані вчених Університету Колумбії свідчать, що 11% всіх підлітків, що спостерігаються у психіатрів, мають клінічно оформлені розлади (фобії) [14].

Особлива увага в сучасній психології приділяється питанням у сфері збереження здоров'я у зв'язку із визнанням проблеми глобального погіршення здоров'я населення, питанням дотримання права людей на рівний і справедливий доступ до ресур-

сів здоров'я, впровадження міжнародних стандартів медичної допомоги. Теоретичним підґрунтям нашого дослідження вважаємо «модель переконань про здоров'я» (Health Belief Model, НВМ) [17], яка розроблена для пояснення та прогнозування поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, особливо щодо використання медичних послуг. Така модель заснована на соціально-психологічних особливостях поведінки людини та акцентує, що проблеми зі здоров'ям залежать від ставлення до загрози захворювання, сприйняття ризику важкої хвороби і власних сил впоратися з нею. Чим більша мотивація до збереження здоров'я, тим нижчий рівень стресу у людини.

Низка досліджень підтверджує гіпотезу «моделі переконань про здоров'я», зокрема Becker, Rosenstock [18] у своїх роботах доводять, що «дотримання режиму харчування, безпечна статевая активність, регулярні візити до стоматолога та заняття фізичними вправами безпосередньо пов'язані із сприйняттям особою тих чи інших захворювань, усвідомленням їх та оцінкою того, що переваги («вигоди») профілактичної поведінки переважають витрати» [19].

Означені судження є особливо важливими у контексті надання стоматологічної допомоги, яка посідає друге місце після терапевтичної за кількістю відвідувань та перше за негативним сприйняттям процесу лікування. Тривога (неспокій, хвилювання, занепокоєння), пов'язані з думкою про відвідування стоматолога з метою профілактики та/або перед стоматологічними процедурами у фахових публікаціях визначено як «стоматологічну тривогу» (dental anxiety) або «стоматологічний страх» (dental fear). Показово, що вчені називають це п'ятою за поширеністю причиною тривоги [20]. У такому контексті варто акцентувати, що тривога – це емоційний стан, що передує реальній зустрічі з загрозовими подразниками, які іноді навіть не можна розпізнати (відчувається в повсякденному житті, наприклад, під час іспитів, перед прийняттям важливих рішень, на робочому місці тощо).

Отже, по суті має місце так звана «стоматофобія»/«дентофобія» (dental phobia) – ірраціональний страх стоматологічного лікування, хронічне психоемоційне напруження перед стоматологічним втручанням, пов'язане з «нищівними відчуттями тривоги та занепокоєння» [21, 22, 23]. Стоматологічна тривога/стоматологічний страх за статистичними даними відчуває понад 36% населення, з яких 12% зазначають про надзвичайний страх (найвищого ступеню прояву).

Етіологія страху перед стоматологічним втручанням є предметом досліджень медицини, психології, соціології; науковці зазначають про багатоаспектність та перспективність вивчення причин та природи цієї фобії. Так, вченими з медичної психології визначено три можливі механізми набуття страху, які: засновані на впливі інформації, що викликає страх; пов'язані зі спостереженням за поведінкою інших людей; сформувалися на основі переживань, пов'язаних з болем та неприємними відчуттями/переживаннями під час попередніх візитів до стоматолога [24].

Дентофобія («стоматологічна тривога») може стати причиною скасування або уникнення відвідувань стоматолога, невиконання та частоті зміни призначень лікаря. Така поведінка іноді зумовлена мотиваційним конфліктом між прагненням і униканням (це відбувається, коли дії людини мають як позитивне, так і негативне значення для неї). Приміром, біль/захворювання спонукають пацієнта звернутися до стоматолога, натомість страх зазвичай такий сильний, що стає перешкодою для відвідування лікаря [25].

У міжнародних медичних виданнях – «Посібник з діагностики та статистики психічних розладів» (DSM-IV), «Міжнародна статистична класифікація захворювань і пов'язаних із ними проблем зі здоров'ям» (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, ICD-10) відсутня позиція «стоматологічна тривога»; натомість такий стан визначено як специфічну фобію. Науковці зазначають про «один із способів розрізнити тривогу та стоматологічну фобію»: йдеться про вплив тривоги на функціонування особи, тобто якщо такий стан заважає людині у професійній, соціальній діяльності або пов'язаний із суттєвими переживаннями, є відповідність критеріям DSM-IV для специфічної (денто) фобії [24, 26].

За оцінками фахівців страх перед лікуванням в стоматологічному кабінеті відчуває 6-15% населення світу (як серед дорослих, так і серед дітей). Цей страх є серйозним бар'єром, оскільки ігнорування контрольних (профілактичних) прийомів, уникнення систематичного лікування та відвідування стоматолога лише у випадках болю завдають шкоди здоров'ю ротової порожнини. Поведінка пацієнтів з таким типом страху зумовлює «додаткові труднощі» для їхніх лікарів, оскільки пацієнти потребують більшої уваги (часу, втручання), можуть відмінити відвідування. Доведено, що під час лікування осіб із дентофобією самі стоматологи відчувають додатковий стрес [27].

Для оцінки ступеню страху, зокрема пов'язаного з лікуванням зубів, використовуються суб'єктивні та об'єктивні методи. Водночас, незважаючи на те, що існують різні інструменти для суб'єктивної оцінки рівнів тривожності (поведінкові, проєктивні, психометричні методики), досі не визначено універсального методу, який би забезпечив «оптимальний баланс» у діагностуванні. Серед суб'єктивних методів виділяють анкети самооцінки (проте вони мають суттєві недоліки, не є показовими). Об'єктивні методи базуються на дослідженні фізіології організму.

На особливу увагу заслуговує вивчення причин та *профілактика дентофобії у дітей*. Згідно з рекомендаціями Американської академії дитячої стоматології (AAPD) при плануванні лікування стоматолог повинен враховувати «рівень страху дитини», «можливий рівень співпраці, комунікації між лікарем та пацієнтом» та оцінювати когнітивні та мовленнєві/мовні труднощі дитини з особливими потребами [28].

Стоматологічна тривога у дітей є важливою проблемою у контексті надання медичних послуг, оскільки потенційно може перешкодити вчасно

звернутись за стоматологічною допомогою та стати бар'єром («створити несприятливе середовище») для ефективного лікування [29]. Деякі діти виступають своїми страхами та тривогою, інші – демонструють таку поведінку як плач, хвилювання, припинення розмови чи гри або спроби уникнути лікування. Означений тривожний стан може супроводжуватися фізіологічними реакціями, що стає причиною коливань артеріального тиску, збільшення частоти серцевих скорочень тощо [30].

За результатами аналізу літературних джерел стоматологічна тривога більшою мірою притаманна пацієнтам з особливими потребами, зокрема порушеннями слуху, мовлення (через труднощі у комунікації під час прийому у лікаря-стоматолога). За даними досліджень європейських вчених серед людей з порушеннями слуху під час надання стоматологічної допомоги 34,9% респондентів відчували незначний/мінімальний рівень тривожності, 59,7% – помірний/значний, 5,3% – мали ознаки наявності «дентофобії». Зазначається, що пацієнти, які раніше мали негативний досвід, були більш тривожними [31; 32].

Важливою у контексті проблеми є «модель стоматологічного страху та тривоги Берггрена» (Berggren's model of dental fear and anxiety) (1984), яка представляє взаємозв'язок ключових чинників («порочне коло») – люди, які страждають від стоматологічної тривоги, відкладають лікування, що призводить до погіршення стану зубів і, як наслідок, до страху перед негативною оцінкою стану їх ротової порожнини. Зазначену модель було підтверджено сучасними дослідженнями: зокрема, De Jongh, Schutjes, Aartman та ін. [24] експериментально довели, що уникнення стоматологічного лікування є причиною погіршення стану здоров'я зубів, що призводить до страху перед відвідуванням стоматолога, збільшенням негативу, пов'язаного з лікуванням; у роботах J. Armfield [33] розглянуто «модель стоматологічного страху» шляхом вимірювання рівня тривоги, частоти відвідувань стоматолога та потреби в лікуванні у 1036 пацієнтів з Австралії. За результатами визначено, що 39% людей із помірним та високим рівнем страху стоматологічного лікування зазначають про «уникнення відвідування лікаря через страх, ігнорування потреби в лікуванні та відвідування з приводу проблеми» (таким чином підтримуючи «порочне коло»), тоді як лише 1% людей без стоматологічного страху обирають таку відповідь.

У контексті дослідження варто зазначити, що актуальність проблеми зумовила визначення нової галузі якості життя, пов'язаної зі здоров'ям ротової порожнини (OHRQoL), зокрема за визначенням ВОЗ це «сприйнятий індивідом вплив болю, дискомфорту та фізичного, психологічного й соціального функціонування на його самопочуття». Однак, як зазначає Slade [34], «концепції здоров'я та якості життя доволі абстрактні; ми інтуїтивно знаємо, що вони означають, проте їх важко виміряти», що певним чином ускладнює аналіз взаємозв'язку між якістю життя та здоров'ям ротової порожнини.

Спочатку перспектива щодо загального здоров'я включала широкі фактори впливу – економічного, екологічного та поведінкового характеру; на сучасному етапі вона більшою мірою передбачає біологічні, соціальні та психологічні чинники. Останні дослідження надали емпіричні докази того, що здоров'я зубощелепної системи суттєво пов'язано як із загальним станом здоров'я, так і з психічним здоров'ям [35].

Стосовно якості життя, Drummond, Meldrum, Boyd [36] виявили, що проблеми з зубами в ранньому дитинстві можуть мати дуже значний вплив не лише на здоров'я ротової порожнини маленьких дітей, але й на якість їхнього життя та життя їхніх сімей. До цього додаються довгострокові ризики, які вони несуть для постійного зубного ряду.

Подальші дослідження показали, що здоров'я ротової порожнини у дітей позитивно пов'язане із соціальним та емоційним благополуччям, психічним здоров'ям та функціонуванням сім'ї. Наукові пошуки, спрямовані на конкретну патологію, виявили, що у підлітків з неправильним прикусом цей специфічний стан негативно вплинув на якість життя, причому емоційний та соціальний складові самопочуття «постраждали найбільше» [37].

Перше відвідування дитиною стоматолога є ключовим моментом для зменшення або розширення стоматологічної тривоги, оскільки діти незнайомі із стоматологічним обладнанням та не мають попереднього досвіду. Неприємний досвід під час першого відвідування негативно впливає на подальше лікування, що своєю чергою може призвести до стоматологічної тривоги [38].

Отже, за результатами аналізу психологічних особливостей та чинників виникнення дентофобії визначено суттєво роль низки факторів (факторів навколишнього середовища), що є важливим для окреслення профілактичних заходів.

За своєю суттю (відповідно до МКФ – Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я) фактори навколишнього середовища становлять фізичне, соціальне середовище та середовище відносин і установок, в яких люди живуть і проводять своє життя. Ці фактори є зовнішніми для окремих осіб і можуть мати позитивний чи негативний вплив на результат діяльності особи як члена суспільства, здатність особи виконувати дії чи завдання, а також на функції або структуру організму людини.

Слід брати до уваги і те, що фактор навколишнього середовища може бути бар'єром лише тому, що є в наявності (наприклад, негативне ставлення до осіб з обмеженнями життєдіяльності), або тому, що відсутній (наприклад, відсутність необхідних послуг).

Фактори навколишнього середовища стосуються ставлення та цінностей, нормативних документів, фізичного облаштування, системи послуг, застосування технологій, методів та матеріалів тощо.

Фактори навколишнього середовища можуть визначати розвиток дитини на попередньому етапі (у контексті проблеми – ставлення до лікування, попередження виникнення «стоматологічного страху»), можуть чинити вплив у даний момент.

Розглянемо такі групи факторів:

- фактори/чинники, що впливають на весь хід розвитку дитини; серед них можемо розглядати своєчасність/доступність/системність послуг (зокрема на нормативно-правовому рівні), вчасне діагностування стоматологічних проблем та оптимальне лікування, позитивний досвід першого та наступних відвідувань стоматолога (психологічний комфорт, седація, сучасне обладнання кабінету тощо), просвітницькі заходи щодо збереження здоров'я (із врахуванням віку дитини), врахування індивідуальних психологічних та особливих потреб, інформаційно-психологічна робота з батьками, супровід міждисциплінарної команди фахівців, позитивне ставлення, навчальні програми підготовки майбутніх лікарів-стоматологів/ підвищення професійної компетентності фахівців та ін.; залежно від індивідуальних потреб дитини, серед факторів – адаптації методів, обладнання, матеріалів тощо;

- умовно друга група факторів навколишнього середовища – як саме облаштовано середовище, в якому отримує стоматологічні послуги дитина, якою мірою враховано її потреби.

Потреби передбачають необхідність адаптації середовища (приспособлення методів, матеріалів, способів комунікації тощо, залучення підтримки додаткових фахівців та допоміжних засобів).

Першим рівнем підтримки є дотримання принципів «універсального дизайну» у наданні послуг – таких умов, за яких зручно всім (застосування сучасних комп'ютерних технологій у діагностиці та лікуванні, позитивне ставлення, врахування психологічного стану, фізична доступність, наявність різноманітних привабливих просвітницьких матеріалів: наочні посібники, відео тощо).

У широкому розумінні універсальний дизайн середовища передбачає цінності/ставлення, нормативні документи, фізичне облаштування, методи та засоби лікування, матеріали; є позитивним фактором навколишнього середовища, що створює основу для рівного доступу для багатьох пацієнтів. Проте для частини осіб будуть потрібні адаптації (переклад жестовою мовою, заміна усної інформації письмовою тощо).

Наявність зазначених чинників, застосованих відповідно до індивідуальних особливостей дитини, запитів батьків позитивно впливає на ставлення дитини до стоматологічного лікування, а їх відсутність – негативно.

Приклад професійного співробітництва міждисциплінарної команди фахівців (психолога, логопеда, лікаря-стоматолога) представлено в нашій публікації «Особливості співпраці ортодонтів та логопедів в контексті діяльності інклюзивно-ресурсних центрів» [39].

Результативність визначених заходів профілактики оцінювалася за допомогою спостереження, опитування серед лікарів та батьків. Встановлено відзначення ними покращення психологічно-емоційного стану пацієнтів, зниження напруженості внаслідок створення комфортного доступного середовища.

Висновки з проведеного дослідження. Сьогодні профілактика тривожних станів, зокрема пов'язаних із здоров'ям є актуальним напрямом психологічних досліджень. Встановлено, що особливі потреби пацієнтів передбачають внесення змін в організацію надання медичних послуг.

На основі теоретичного аналізу та узагальнення практичного досвіду визначено основні заходи профілактики дентофобії у дітей, а саме: удосконалення національної нормативно-правової бази, вчасне діагностування, сучасне обладнання кабінетів, урахування індивідуальних психологічних та особливих потреб пацієнтів, підвищення професійної компе-

тентності фахівців, міждисциплінарна взаємодія, інформаційна робота з батьками, створення психологічно-комфортного та доступного середовища тощо. Водночас, важливе дотримання принципів «універсального дизайну» та застосування адаптацій на всіх рівнях організації стоматологічної допомоги.

Стаття не висвітлює розглянуті питання повною мірою, представляє найбільш актуальні їх аспекти. Важливими є створення умов для міждисциплінарних досліджень питань профілактики дентофобії, зокрема серед дітей вразливих груп; організація обговорень, що дають можливість співставлення проблем та спільного пошуку шляхів їх вирішення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Baxter A.J., Scott K.M., Vos T., Whiteford H.A. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychol Med.* 2013. 43(5), 897-910. doi: 10.1017/S003329171200147X. PMID: 22781489.
2. Kessler R.C., Avenevoli S., Costello E.J. et al. Prevalence, Persistence, and Sociodemographic Correlates of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry.* 2012. 69(4), 372-380. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.160.
3. Mackenzie C.S., Reynolds K., Cairney J., Streiner D.L., Sareen J. Disorder-specific mental health service use for mood and anxiety disorders: associations with age, sex, and psychiatric comorbidity. *Depress Anxiety.* 2012. 29(3), 234-242. doi: 10.1002/da.20911. PMID: 22065571; PMCID: PMC4284961.
4. Leutgeb V., Übel S., Schienle A. Can you read my pokerface? A study on sex differences in dentophobia. *Oral Sciences.* 2013. 121(5), 465-470. <https://doi.org/10.1111/eos.12079>.
5. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – DSM-5. URL: <https://psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> (дата звернення 20.07.2022).
6. LeBeau R.T., Glenn D., Liao B., Wittchen H.U., Beesdo-Baum K., Ollendick T., Craske M.G. Specific phobia: a review of DSM-IV specific phobia and preliminary recommendations for DSM-V. *Depress Anxiety.* 2010. 27(2), 148-67. doi: 10.1002/da.20655. PMID: 20099272.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.), Arlington: American Psychiatric Publishing. 2013. 197-202. ISBN 978-0890425558.
8. Carol T., Marcia L. Diseases of the Human Body. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company. 2011. 153. ISBN 9780803625051.
9. Фобії. Буковинський державний медичний університет. URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/fobiyi/> (дата звернення 20.07.2022).
10. Александров Ю.В. Поняття страху у психології. Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та патріотичного виховання персоналу системи МВС України: тези доп. наук.-практ. конф. (м. Харків, 2 квіт. 2021 р.). Харків: ХНУВС, 2021. 134-136.
11. Екстремальна та кризова психологія: термінологічний словник / Ю. Александров, І. Богданова, Ю. Воронова та ін.; за заг. ред. О. Тімченко. Харків : ХНАДУ ; НУЦЗУ, 2010. 291 с.
12. Шапарь В.Б. Словарь практического психолога. Харьков: Торсинг, 2005. 734 с.
13. Muris P. The Pathogenesis of Childhood Anxiety Disorders: Considerations from a Developmental Psychopathology Perspective. *International Journal of Behavioural Development.* 2006. 30, 5-11.
14. Albano A.M., Kendall P.C. Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: Clinical research advances. *International Review of Psychiatry.* 2002. 14(2), 129-134. DOI:10.1080/09540260220132644
15. Berg C.J., Rapoport J.L., Flament M. The Leyton Obsessional Inventory – Child Version. *Psychopharmacol Bull.* 1985. 21(4), 1057-9. PMID: 4089100.
16. Meltzer H., Gatward R., Goodman R., Ford T. Mental health of children and adolescents in Great Britain. *Int Rev Psychiatry.* 2003. 15(1-2), 185-7. doi: 10.1080/0954026021000046155. PMID: 12745331.
17. Rosenstock I.M. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs.* 1974. 2(4), 354-386. doi:10.1177/109019817400200405.
18. Becker M.H., Rosenstock I.M. Compliance with medical advice. In: A. Steptoe and A. Matthews (Ed.), Health care and human behavior. London, UK: Academic Press, 1984. pp. 135-152.
19. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2019. Том. VIII: Психологічна теорія і технологія навчання. Випуск 10. 355 с. http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v8/i10/apn_v8_i_10_2019.pdf.
20. Appukuttan D. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clin Cosmet Investig Dent.* 2016. 8, 35-50 <https://doi.org/10.2147/CCIDE.S63626>.
21. Jeddy N., Nithya S., Radhika T., Jeddy N. Dental anxiety and influencing factors: A cross-sectional questionnaire-based survey. *Indian J Dent Res.* 2018. 29(1), 10-15. doi: 10.4103/ijdr.IJDR_33_17. PMID: 29442080..
22. Vigu A., Stanciu D. When the fear of dentist is relevant for more than one's oral health. A structural equation model of dental fear, self-esteem, oral-health-related well-being, and general well-being. Patient Prefer Adherence. 2019. 13, 1229-1240. doi: 10.2147/PPA.S209068. PMID: 31413551; PMCID: PMC6663078.
23. Elicherla S.R., Bandi S., Nuvvula S., Challa R.S., Saikiran K.V., Priyanka V.J. Comparative evaluation of the effectiveness of a mobile app (Little Lovely Dentist) and the tell-show-do technique in the management of dental anxiety and fear: a randomized controlled trial. *J Dent Anesth Pain Med.* 2019. 19(6), 369-378. doi: 10.17245/jdapm.2019.19.6.369. PMID: 31942452; PMCID: PMC6946830.
24. Beaton L., Freeman R., Humphris G. Why are people afraid of the dentist? Observations and Explanations. *Med. Princ. Pract.* 2014. 23, 295-301. <https://doi.org/10.1159/000357223>.
25. Appukuttan D.P. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: Literature review. *Clin. Cosmet. Investig. Dent.* 2016. 8,35-50.

26. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision, Fifth edition, 2016. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246208>.
27. Morgan A.G., Rodd H.D., Porritt J.M., Baker S.R., Creswell C., Newton T., Williams C., Marshman Z. Children's experiences of dental anxiety. *Int. J. Paediatr. Dent.* 2017. 27, 87-97.
28. Sobczak-Zagalska H., Peplińska M., Emerich K. Objective methods of assessing dental anxiety in children and adolescents. *Ann. Acad. Medicae Gedanensis.* 2014. 44, 117-124.
29. Roshan N.M., Virupaxi S.G., Bharath K.P., Poornima P., Nagaveni N.B., Neena I.E. A comparative study of filmed modeling and tell-show-do technique on anxiety in children undergoing dental treatment. *J Oral Health Comm Dent.* 2018. 12, 20-24.
30. Darrow C.W. Physiological and clinical tests of autonomic function and autonomic balance. *Physiol Rev.* 1943. 23, 1-36.
31. Suhani R.D., Suhani M.F., Badea M.E. Dental anxiety and fear among a young population with hearing impairment. *Clujul medical (1957)*. 2016. 89(1), 143-149. <https://doi.org/10.15386/cjmed-556>
32. Литовченко В., Литовченко С. Доступність стоматологічних послуг для людей з порушеннями слуху: комунікація лікаря та пацієнта. *Український науково-медичний молодіжний журнал.* 2021. 125(3), 52-63. [https://doi.org/10.32345/USMJ.3\(125\).2021.52-63](https://doi.org/10.32345/USMJ.3(125).2021.52-63).
33. Armfield J.M.: What goes around comes around: revisiting the hypothesized vicious cycle of dental fear and avoidance. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013. 41, 279-287.
34. Slade G.D. Measuring oral health and quality of life. Paper presented at: Dental Ecology; June 13–14, 1976; 1997; University of North Carolina-Chapel Hill, North Carolina.
35. Nguyen V.H., Lin S.C., Cappelli D.P., Nair S. The association between dental, general, and mental health status among underserved and vulnerable populations served at health centers in the US. *J Public Health Dent.* 2018. 78(1), 41-48. doi:10.1111/jphd.12234.
36. Drummond B.K., Meldrum A.M., Boyd D. Influence of dental care on children's oral health and wellbeing. *Br Dent J.* 2013. 214(11), E27–E27. doi:10.1038/sj.bdj.2013.533.
37. Vigu A., Stanciu D. When the fear of dentist is relevant for more than one's oral health. A structural equation model of dental fear, self-esteem, oral-health-related well-being, and general well-being. *Patient Prefer Adherence.* 2019. 13, 1229-1240 <https://doi.org/10.2147/PPA.S209068/>.
38. Elicherla S.R., Bandi S., Nuvvula S., Challa R.S., Saikiran K.V., Priyanka V.J. Comparative evaluation of the effectiveness of a mobile app (Little Lovely Dentist) and the tell-show-do technique in the management of dental anxiety and fear: a randomized controlled trial. *J Dent Anesth Pain Med.* 2019. 19(6), 369-378. doi: 10.17245/jdapm.2019.19.6.369. PMID: 31942452; PMCID: PMC6946830.
39. Литовченко В.П. Особливості співпраці ортодонтів та логопедів в контексті діяльності інклюзивно-ресурсних центрів. *Український журнал медицини, біології та спорту.* 2019. 4(6), 287-292. DOI: 10.26693/jmbs04.06.287.