

ДЕНТОФОБИЯ: ЕТИОЛОГІЯ (НЕГАТИВНИЙ ДОСВІД) ТА ПРОФІЛАКТИКА

Литовченко Віталій Петрович

Інтерн

Українська військово-медична академія

м. Київ, Україна

Вступ. На теперішній час проблема дентофобії (ірраціональний страх стоматологічного лікування, хронічне психоемоційне напруження перед стоматологічним втручанням, що призводить до уникнення лікування та погіршення стану ротової порожнини) [1], [2], [3] вкрай актуальною для України; особлива увага до профілактики дентофобії у дітей та підлітків.

На нашу думку, варто зазначити, що хоча фобія і є ірраціональним явищем в даний момент часу (під час звернення до лікаря-стоматолога), тобто не має жодних реальних підстав саме зараз, натомість, такий стан у більшості випадків має конкретні причини в минулому, адже фобія часто пов'язана з негативним досвідом пацієнта.

Мета роботи. Важливим постає визначення чинників, що зумовили негативний досвід, що став однією з можливих передумов дентофобії.

Матеріали та методи. Теоретичний аналіз літературних джерел та результатів сучасних досліджень, узагальнення знань та практичного досвіду, отриманих під час навчання у Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця, Українській військово-медичній академії.

Результати та обговорення. Отже, зазначимо наступні чинники:

1) недостатні Hard skills лікаря, відсутність необхідних професійних компетентностей у лікаря; застосування тих маніпуляцій, які не виконання яких не дозволяє професійна кваліфікація конкретного лікаря (через брак досвіду, освітнього компоненту тощо). Означене може стати причиною *ятропатії* по відношенню до пацієнта.

Ятропатії – негативні наслідки неправильних дій і призначень фахівця [4].

2) недостатні Soft skills, відсутність у лікаря інтепрофесійних комунікаційних компетентностей, що включають як вербальні, так і невербальні компоненти.

У такому контексті можемо говорити про ятрогенні захворювання (ятрогенії) – захворювання або ускладнення захворювання, викликане тяжкими переживаннями хворого через необережні, необдумані висловлювання або поведінку медичних працівників, які негативно вплинули на пацієнта [4].

Варто зазначити, що ятропатія / ятрогенія висвітленні у Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10).

3) негативний досвід, набутий пацієнтом не особисто, а від інших (натомість пацієнт схильний проєктувати його на себе). Тут можна виділити такі інформаційні джерела транслювання негативного досвіду: а) засоби масової інформації та культури – фільми, мультфільми, «меми» тощо, що часто демонструють такі позиції (атрибути, асоціації): неодмінна наявність сильних больових відчуттів при візиті до стоматолога (що звичайно немає жодного відношенню до сучасних підходів стоматологічної практики); замітки в газетах, відео тощо, де описанні випадки «лікарських помилок», які призвели до тяжких наслідків для пацієнта; б) негативний досвід, що мали родичі або друзі пацієнта. Дуже часто така ситуація має місце в дитячій стоматології: якщо одна дитина з класу розповіла іншим, що відвідувала стоматолога і мала негативний досвід (було боляче, страшно, хтось плакав тощо), то весь колектив певним чином отримає зовнішній ре/транслюваний негативний досвід, а відтак і ризики виникнення стоматологічної тривоги, фобії, хоча більшість до того, наприклад, ще не відвідувала стоматолога жодного разу, можливо лише планує перший візит (перший свідомий візит).

4) матеріально-технічний аспект: застосування лікарем застарілого обладнання (стоматологічної установки), застарілих методик, матеріалів, протоколів надання медичної допомоги загалом, що викликає негативне сприйняття пацієнтом процесу лікування. Певним чином даний пункт можна віднести до hard skills (щодо організації лікування), проте вважаємо за

необхідне в контексті нашого дослідження диференціювати *hard skills* більшою мірою – як наявність необхідних професійних знань лікаря, навичок користування сучасним обладнанням (починаючи від наявності такого обладнання). Наприклад, гучний звук при використанні застарілих стоматологічних установок, наконечників (стоматологічний турбінний наконечник, кутовий механічний наконечник для мікромотора) може стати причиною виникнення стоматологічної тривоги, страху.

5) недостатня мотивація, як зі сторони лікаря, так і зі сторони пацієнта (як певною мірою наслідок дій лікаря). Медична допомога може бути неефективною через, наприклад, невиконання пацієнтом (внаслідок недостатньої мотивації) тих чи інших рекомендацій лікаря, що в загальному призведе до незадовільних результатів лікування або значно погіршить процес та спричинить низку ускладнень, що і стане негативним досвідом пацієнта.

Мотивація, за визначенням В. Співака, – це сукупність внутрішніх і зовнішніх рушійних сил, які спонукають людину до діяльності, визначають поведінку, форми діяльності, надають цій діяльності спрямованості, орієнтованої на досягнення особистих цілей і цілей організації [5].

У такому контексті актуальна «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. [6], [7].

Цікавим на наш погляд розглянути «порочне коло» Berggren's model of dental fear and anxiety з огляду на те, що досить часто воно працює не класично, а певним чином частково. Пояснимо: пацієнт, який має стоматологічну фобію починає відчувати дуже сильний біль (гострий пульпіт, загострення хронічного періодонтиту (може з'явитися асиметрія обличчя)), відповідно якість його

життя погіршуються значною мірою і пацієнт все ж таки звертається за стоматологічною допомогою; проте, за умов, що такий пацієнт отримує перший етап допомоги (усуває гостру біль: накладання девіталізуючої пасти при гострому пульпіті; інструментальна та медикаментозна обробка коренневого/вих каналу/ів без одноетапного пломбування коренневого/вих каналу/ів постійним матеріалом; або гострий пульпіт чи загострення хронічного періодонтиту проліковані в один візит, але анатомічна форма зуба відновлена тимчасовим матеріалом), він надалі вже не з'являється на наступний візит до лікаря, адже головний мотиваційний фактор – «значне погіршення якості життя» наразі відсутній. Така ситуація звичайно призводить до ускладнень в майбутньому і (пропорційно до ускладнень) підвищенню стоматологічної тривоги, страху.

Визначимо ряд факторів, що допоможуть уникнути негативного досвіду (як етіології дентофобії):

- підвищення якості навчання – теоретичних та практичних аспектів (hard skills) підготовки майбутніх лікарів (студентів) шляхом підвищення практичної орієнтованості навчання (розбір клінічних кейсів, протоколів, надання допомоги пацієнтам за участі викладача). Доречно зазначити, що нова реформа інтернатури в Україні в контексті лікарів-стоматологів акцентує саме на практичній підготовці протягом 12 місяців, з яких 8 місяців студенти будуть проводити безпосередньо в клініках, де матимуть змогу застосовувати теоретичні знання на практиці; водночас в межах практичної роботи у лікаря-інтерна буде виникати мотиваційний компонент щодо самоосвіти, пошуки відповідей на ті клінічні кейси, що йому доведеться вирішувати на практиці. Лікарі, які уже завершили навчання в магістратурі, інтернатурі, покращують свої навички в системі «безперервного навчання», швидкий розвиток матеріально-технічних стоматологічного обладнання та приладів, високі вимоги стейкхолдерів (роботодавців) вимагають постійного професійного розвитку лікаря-стоматолога;

- не менш важливим є аспект професійної комунікації лікаря (soft skills),

можемо відзначити, що якісна інтепрофесійна комунікації зі сторони лікаря звичайна не можлива без ґрунтовних теоретичних знань предмету (hard skills), адже для того, щоб доступно та обґрунтовано пояснити пацієнту план лікування, запропонувати різні його варіанти лікар має розумітися у всіх медичних питаннях. Так само важливо зазначити взаємозалежність між Hard Skills та впевненістю лікаря під час інтепрофесійної комунікації.

Як зазначає М. Козлов, впевненість у собі має три основні складові: почуття впевненості (внутрішнє відчуття сили, права і правоти). Ознаки впевненості в основному поведінкові, а саме: спокій, «корсет впевненості», сміливість заявити про себе і впевнена поведінка [8].

Таким чином, лікар, якій має ґрунтовну професійну підготовку, впевненість в своїх діях неодмінно викличе довіру в пацієнта, що є одним з паритетних компонентів якісної інтепрофесійної комунікації. Пацієнт матиме мотивацію виконувати рекомендації такого лікаря, діяти разом для успішної реалізації визначеного плану лікування. Важливим в контексті «пацієнт орієнтованої моделі» є те, що план лікування має бути за участі пацієнта.

Людино орієнтована медична допомога (пацієнт орієнтований підхід) - медична допомога, при наданні якої поважається та враховуються вибір, потреби і цінності пацієнта, заохочується інформоване, спільне прийняття рішень і самовизначення пацієнта, а також гарантується, що цінності пацієнта враховані лікуючим лікарем під час прийняття клінічних рішень. [9]. В контексті дитячої стоматології можемо говорити про сімейно- орієнтовану медичну допомогу [9].

Для мотивації пацієнта щодо виконання тих чи інших рекомендацій стоматологи можуть використати демонстраційні моделі, буклети, за допомогою яких підкреслити важливість комплексного лікування і участі пацієнта в ньому. Працівникам сфери охорони здоров'я важливо проводити просвітницькі заходи в школах для пояснення та акцентування на важливості стоматологічного здоров'я, розвінчування «міфів» про те, що візит до стоматолога асоціюються з сильним болем або будь якими неприємними

відчуттями, емоціями. Таку інформацію актуально поширювати не лише в межах офлайн зустрічей з колективами, але й в інтернет просторі (онлайн), задля залучення якомога більшої аудиторії.

Необхідним є використання сучасних матеріалів та обладнання, зокрема можемо зазначити: STA (Single Tooth Anesthesia System) – комп'ютерна анестезія, що є майже безболісною (також роль грає і візуальний фактор, адже у багатьох пацієнтів страх викликає вигляд карпульного шприцу з голкою, особливо дана проблема актуальна у дитячій стоматології); використання Інтероральної камери з демонстрацією пацієнту на екрані його клінічної ситуації у процесі визначення плану лікування, обговорення варіантів, якщо клінічна ситуація дозволяє варіативність; можуть бути застосовані премедикація, лікування під загальним наркозом та ін.

Лікарям-стоматологам важливо усвідомлювати свою відповідальність, навіть один негативний досвід пацієнта може бути причиною стоматологічної тривоги, страху на все подальше життя, і як ми зазначили, негативний досвід одного пацієнта може бути ретрансльований іншим людям особисто або через засобами масової інформації.

Висновки. В умовах сучасності актуалізуються мультидисциплінарні дослідження; дентофобія має розглядатися з позицій як стоматології, так і медичної психології. В процесі нашого студіювання визначенні чинники (передумови) негативного досвіду, як одного із провідних етіологій дентофобії, кожен з таких аспектів окремо розглянутий з позиції практично-теоретичних підходів. Запропонована трансформована Berggren's model of dental fear and anxiety, яка демонструє модель не в лінійному її розумінні, а з позиції «значне погіршення якості життя, як важель зупинки/запуску дентофобії». Визначені фактори, які допоможуть уникнути негативного досвіду пацієнтів, як причини дентофобії.

ЛІТЕРАТУРА:

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. Фармацевтична енциклопедія / голова ред. ради В. Черних. URL: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/36/yatrogenni-zaxvoryuvannya> (дата звернення: 20.05.2023).

5. Співак В. Мотивація як засіб ефективного менеджменту персоналу підприємств. 2010.

6. 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>.

7. 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.

8. Козлов М. Впевненість у собі. URL: http://psychologis.com.ua/uverenost_v_sebe.htm (дата звернення: 20.05.2023).

9. Стандарти медичної допомоги «Туберкульоз». Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 січня 2023 року №102. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/43243-dn_102_19012023_dod.pdf (дата звернення: 20.05.2023).