

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного
управління та національної безпеки
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота на правах
рукопису

Бондарчук Тетяни Олександрівни

УДК 159.9:616.314-085.851

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Психологічні особливості надання психологічної допомоги пацієнтам з
дентальною фобією

053 Психологія

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело _____

Керівник роботи
Можаровська Тетяна Вікторівна
доцент кафедри психології, кандидат
психологічних наук

Житомир – 2025

Висновок кафедри _____

за результатами попереднього захисту: _____

Протокол засідання кафедри

№ _____ від « ____ » _____ 20__ року

Завідувач кафедри психології

_____ Алла ЛИТВИНЧУК

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти Бондарчук Тетяна Олександрівна захистила кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою _____

за національною шкалою _____

Секретар ЕК

АНОТАЦІЯ

Бондарчук Т. О. Психологічні особливості надання психологічної допомоги пацієнтам з дентальною фобією. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 053 - психологія. – Поліський національний університет, Житомир, 2025.

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню психологічних особливостей пацієнтів із дентальною фобією та обґрунтуванню ефективних напрямів психологічної допомоги у подоланні страху перед стоматологічним лікуванням.

У роботі здійснено теоретичний аналіз наукових підходів до вивчення феномену дентальної тривожності, розкрито її психологічну структуру, чинники виникнення та механізми підтримання. Висвітлено міждисциплінарні аспекти проблеми на перетині клінічної, медичної та практичної психології.

Емпіричну базу дослідження становили результати обстеження пацієнтів стоматологічних клінік. Для досягнення мети було використано комплекс психодіагностичних методик: шкалу тривоги Спілбергера (STAI) для визначення рівня ситуативної та особистісної тривожності, тест Айзенка для оцінки емоційної стійкості, а також індикатор копінг-стратегій при дентафобії.

Отримані результати засвідчили, що високий рівень дентальної тривожності поєднується з низькою емоційною стійкістю та домінуванням неадаптивних копінг-стратегій (уникнення, заперечення, емоційне реагування). Натомість пацієнти з більшою емоційною стабільністю частіше застосовують адаптивні стратегії подолання (пошук підтримки, самоконтроль, позитивна переоцінка).

На основі отриманих даних розроблено психологічні рекомендації щодо організації допомоги пацієнтам із дентальною фобією, які передбачають застосування когнітивно-поведінкових, релаксаційних і психоедукаційних технік.

Наукова новизна роботи полягає у виявленні взаємозв'язків між тривожністю, емоційною стійкістю та копінг-стратегіями у пацієнтів із дентальною фобією. Практична значущість полягає у можливості використання результатів

у діяльності психологів, психотерапевтів і стоматологів для підвищення ефективності психологічного супроводу пацієнтів.

Ключові слова: дентальна фобія, стоматологічна тривожність, емоційна стійкість, копінг-стратегії, психологічна допомога, клінічна психологія.

ABSTRACT

Bondarchuk T. Psychological features of providing psychological assistance to patients with dental phobia.

Master's Qualification Thesis (manuscript). Qualification thesis for obtaining the educational degree of Master in specialty 053 – Psychology. Polissia National University, Zhytomyr, 2025.

The master's thesis is devoted to the study of the psychological characteristics of patients with dental phobia and the substantiation of effective approaches to psychological assistance in overcoming fear of dental treatment.

The work presents a theoretical analysis of scientific approaches to the study of dental anxiety, revealing its psychological structure, causes, and maintenance mechanisms. The interdisciplinary aspects of the problem at the intersection of clinical, medical, and practical psychology are highlighted.

The empirical basis of the study consisted of the results of an examination of dental clinic patients. To achieve the research objectives, a set of psychodiagnostic methods was applied: the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) to assess the level of state and trait anxiety, the Eysenck Personality Inventory to determine emotional stability, and the Coping Strategies Indicator for Dental Phobia.

The obtained results showed that a high level of dental anxiety is associated with low emotional stability and the predominance of maladaptive coping strategies (avoidance, denial, emotional reaction). Conversely, patients with higher emotional stability tend to use adaptive coping strategies (seeking support, self-control, positive reappraisal).

Based on the results, psychological recommendations for assisting patients with dental phobia were developed, including the use of cognitive-behavioral, relaxation, and psychoeducational techniques.

The scientific novelty of the study lies in identifying the relationships between anxiety, emotional stability, and coping strategies among patients with dental phobia. The practical significance of the results lies in the possibility of applying them in the

professional activities of psychologists, psychotherapists, and dentists to enhance the effectiveness of psychological support for patients.

Keywords: dental phobia, dental anxiety, emotional stability, coping strategies, psychological assistance, clinical psychology.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ ДЕНТАЛЬНОЇ ФОБІЇ.....	13
1.1. Психологічна природа фобій та причини її виникнення	13
1.2. Клініко-психологічні прояви та наслідки дентальної фобії.....	19
1.3. Клініко-психологічні прояви та наслідки дентальної фобії	22
1.4. Психологічні особливості взаємодії з пацієнтами в стоматологічній практиці.....	24
Висновки до розділу 1.....	30
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ДЕНТАЛЬНОЮ ФОБІЄЮ.....	33
2.1. Методологічний аналіз дослідження психологічної допомоги пацієнтам з дентальною фобією.....	33
2.2. Методи та організація емпіричного дослідження надання психологічної допомоги пацієнтам з дентальною фобією	38
Висновки до розділу 2.....	43
РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ДЕНТАЛЬНОЮ ФОБІЄЮ.....	46
3.1. Аналіз результатів дослідження надання психологічної допомоги пацієнтам з дентальною фобією.....	46
3.2. Аналіз взаємозв'язків між показниками психологічних особливостей пацієнтів із дентальною тривожністю	60
3.3. Стратегії надання психологічної допомоги пацієнтам з дентальною фобією	64
Висновки до розділу 3.....	72
ВИСНОВКИ.....	75
СПИСК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	78
ДОДАТКИ.....	83

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Проблема страху стоматологічного лікування, відомого як дентальна фобія або стоматологічна тривожність, належить до актуальних напрямів сучасної клінічної та медичної психології, оскільки безпосередньо впливає на якість життя людини, стан її фізичного та психічного здоров'я. За даними численних досліджень, більшість населення уникають стоматологічного втручання через виражене відчуття страху, що може призводити до хронічних захворювань ротової порожнини, соматичних ускладнень та погіршення соціального функціонування.

В умовах сучасної медицини зростає потреба у міждисциплінарному підході, який поєднує психологічну, психотерапевтичну та стоматологічну допомогу. Виявлення психологічних особливостей осіб із дентальною тривожністю дозволяє своєчасно здійснювати психологічну діагностику, профілактику та корекцію страху перед лікуванням, формувати конструктивні копінг-стратегії, підвищувати довіру до медичного персоналу та покращувати ефективність лікувального процесу.

Особливої актуальності ця тема набуває в українських реаліях, коли рівень загальної тривожності населення зростає через воєнні події, економічну нестабільність та інформаційне перенавантаження. У таких умовах підвищена чутливість до болю, вразливість і потреба в контролі стають психологічним фоном, який посилює прояви дентальної фобії. Тому вивчення психологічних чинників, що визначають переживання страху перед стоматологічним лікуванням, а також пошук ефективних методів психологічної допомоги є надзвичайно важливими як для практичної психології, так і для системи охорони здоров'я загалом.

Отже, актуальність дослідження зумовлена необхідністю глибшого розуміння психологічних механізмів дентальної тривожності, розробленням ефективних способів психологічної підтримки пацієнтів і впровадженням

психологічних технологій у стоматологічну практику з метою покращення психоемоційного благополуччя пацієнтів і результатів лікування.

Метою дослідження є виявлення та аналіз психологічних особливостей пацієнтів із дентальною тривожністю (фобією), а також визначення ефективних підходів до надання їм психологічної допомоги з метою зниження рівня страху перед стоматологічним втручанням і підвищення емоційної стійкості під час лікування.

Об'єкт дослідження – феномен дентальної фобії.

Предмет дослідження – психологічні особливості надання психологічної допомоги пацієнтам з дентальною фобією.

З огляду на мету та предмет дослідження визначено **завдання дослідження**:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукових підходів до проблеми страху, тривожності та фобічних розладів у контексті стоматологічної практики.

2. Охарактеризувати психологічні особливості пацієнтів із дентальною тривожністю, визначити основні чинники її виникнення та підтримання.

3. Провести емпіричне дослідження взаємозв'язків між показниками тривожності, особистісних характеристик і стратегій подолання у пацієнтів із дентальною фобією.

4. Розробити психологічні рекомендації щодо організації ефективної психологічної допомоги пацієнтам зі страхом стоматологічного лікування

Гіпотеза дослідження: рівень дентальної тривожності пацієнтів пов'язаний із індивідуально-психологічними особливостями особистості, зокрема з емоційною стійкістю та домінуючими копінг-стратегіями.

Теоретико-методологічною основою дослідження є положення сучасної клінічної, медичної та загальної психології, що розкривають закономірності емоційного реагування людини, механізми формування страху, тривожності та фобічних розладів, а також принципи психологічної допомоги особам із підвищеною чутливістю до болю та лікувальних процедур. Дослідження спирається на: когнітивно-поведінковий підхід (A. Beck, A. Ellis, D. Clark), який пояснює

фобічні реакції як результат ірраціональних переконань та дисфункційних когніцій; психофізіологічну концепцію емоційного реагування (P. Lang, J. Gray, H. Eysenck), що визначає тривожність як реакцію активації симпатичної нервової системи; гуманістичну парадигму психологічної допомоги (C. Rogers, A. Maslow), яка акцентує на емпатійному прийнятті пацієнта та створенні безпечного терапевтичного простору; теорію стресу і копіngu (R. Lazarus, S. Folkman), що розкриває стратегії психологічного подолання тривожних ситуацій; біопсихосоціальну модель здоров'я (G. Engel), яка підкреслює взаємозв'язок психологічних, фізіологічних і соціальних чинників у розвитку страхів та фобій; сучасні підходи до психологічного супроводу пацієнтів медичного профілю (О. Ткаченко, Н. Пов'якель), що інтегрують принципи психоедукації, релаксаційних технік та когнітивно-поведінкової корекції.

Методологічну базу становлять принципи детермінізму, системності, цілісності, гуманізму та інтегративності у розумінні особистості, а також наукової об'єктивності та валідності емпіричного дослідження.

Методи дослідження. Для реалізації поставлених завдань використано теоретичні методи (аналіз, синтез, узагальнення, систематизація, теоретичне моделювання) – для уточнення сутності базових понять досліджуваної проблеми. Для проведення емпіричного дослідження застосована комплекс психодіагностичних методик: шкала тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) – для вимірювання рівня ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності; тест на емоційну стійкість (за методикою Г. Айзенка) – спрямований на оцінку рівня емоційної стабільності (нейротизму), що є важливим чинником схильності до виникнення страхів і фобічних реакцій; індикатор копінг-стратегій при дентафобії – для вивчення стратегій подолання (coping strategies), які пацієнти застосовують у ситуації страху стоматологічного лікування. Застосовано методи статистичного аналізу кореляції Пірсона та ранжування Спірмана.

Емпірична база дослідження: дослідження проводилося впродовж 2024-2025 року на базі «Vitale.dente.clinica», Житомирська обл., м.Коростень.

Наукова новизна та теоретичне значення полягає у комплексному психологічному аналізі феномену дентальної тривожності як багатовимірного утворення, що поєднує емоційні, когнітивні та поведінкові компоненти. *Уперше* в межах психологічного підходу здійснено емпіричне зіставлення рівня тривожності, емоційної стійкості та копінг-стратегій пацієнтів із дентальною фобією; виявлено характер взаємозв'язків між ситуативною й особистісною тривожністю та особливостями емоційної регуляції під час стоматологічного лікування; визначено типові копінг-моделі, що домінують у пацієнтів із різним рівнем дентальної тривожності; обґрунтовано психологічні підходи до надання допомоги, спрямовані на зниження страху перед стоматологічним втручанням і підвищення емоційної стабільності пацієнтів.

Теоретичне значення роботи полягає у поглибленні уявлень про психологічні механізми виникнення та підтримання дентальної тривожності як форми фобічного реагування в медико-психологічному контексті; уточнено структуру та зміст дентальної фобії як особливого виду ситуаційної тривожності, детермінованої індивідуально-психологічними характеристиками; доповнено наукові уявлення про взаємозв'язок емоційної стійкості, копінг-стратегій і тривожності у процесі переживання медичних втручань; розширено теоретичне підґрунтя для подальшої розробки програм психологічної допомоги та психопрофілактики страху медичного характеру.

Практична значущість одержаних результатів полягає у можливості застосування отриманих даних у практиці психологічного супроводу пацієнтів із дентальною тривожністю для підвищення ефективності комунікації, зниження рівня страху та формування позитивного ставлення до стоматологічного лікування. Результати роботи дають змогу психологам і стоматологам своєчасно виявляти осіб із підвищеним рівнем тривожності та емоційної нестабільності, що дозволяє проводити профілактичну психологічну роботу перед лікувальними процедурами; можуть бути використані для розробки та впровадження короткострокових психологічних інтервенцій, спрямованих на зниження страху (релаксаційні техніки, дихальні вправи,

елементи когнітивно-поведінкової терапії, психоедукація); сприяють удосконаленню психологічних підходів до налагодження довірливої взаємодії між лікарем і пацієнтом, що покращує якість надання медичних послуг; створюють основу для практичних рекомендацій щодо організації психологічної допомоги пацієнтам із фобічними реакціями у стоматологічній практиці.

Апробація та впровадження результатів дослідження. Основні положення та результати дослідження були представлені для обговорення на 3-х науково-практичних конференціях, зокрема, «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ: ВИКЛИКИ, ПЕРСПЕКТИВИ ТА МИЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПІДХОДИ» (11 квітня 2025 року, м. Черкаси); «GLOBAL TRENDS IN SCIENCE AND EDUCATION» (28-30 липня 2025 року, м. Київ); «ОСОБИСТІСТЬ У КРИЗОВИХ УМОВАХ ТА КРИТИЧНИХ СИТУАЦІЯХ ЖИТТЯ» (12-13 листопада 2025 року, м. Суми).

Публікації. Теоретичні та емпіричні результати дослідження висвітлено у 3-х публікаціях.

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує 50 найменувань (з них 40 – іноземною мовою) та додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи складає 84 сторінки. Робота містить 5 таблиць та 12 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ ДЕНТАЛЬНОЇ ФОБІЇ

1.1. Психологічна природа фобій та їх причини виникнення

Фобії – це інтенсивні, ірраціональні страхи або тривоги, які виникають у відповідь на певні ситуації, об'єкти чи думки. Вони часто виходять за межі реальної небезпеки або загрози, що робить їх нелогічними та неадекватними в контексті об'єктивних обставин [5]. Психологічна природа фобій має кілька важливих аспектів, які можна розглядати через різні теорії та підходи.

Теорія класичного обумовлення. Ця теорія пов'язана з ідеєю, що фобії можуть бути наслідком навчання через асоціацію. Згідно з класичним обумовленням (за Павловим), певний нейтральний стимул (наприклад, певний об'єкт або ситуація) може асоціюватися з негативним досвідом (страхом, болем або травмою). Це формує у людини автоматичну реакцію страху на цей стимул, навіть коли загрози вже немає.

Теорія соціального навчання. Згідно з цією теорією, фобії можуть виникати не тільки через особистий негативний досвід, а й через спостереження за поведінкою інших людей. Наприклад, якщо дитина бачить, як інша людина боїться павуків, вона може почати відчувати подібний страх через наслідування. Це також можна трактувати як частину соціального навчання, де страхи передаються через спостереження за поведінкою значущих осіб [2].

Нейробіологічні фактори. Дослідження також вказують на можливу нейробіологічну основу фобій, пов'язану з порушеннями в роботі мозку, зокрема в області амігдали, яка відповідає за обробку емоцій, зокрема страху. Деякі люди можуть мати більш чутливу амігдалу, що робить їх схильними до розвитку фобій при нормальних життєвих обставинах [7].

Когнітивні фактори. Когнітивна теорія підкреслює важливість думок і переконань у виникненні фобій. Люди з фобіями часто мають перебільшене

сприйняття небезпеки або нездатність розпізнати, що конкретна ситуація не є реальною загрозою. Наприклад, у випадку аерофобії (страх польотів) людина може вірити, що авіакатастрофи є більш ймовірними, ніж насправді.

Психодинамічні теорії. Фройд і його послідовники розглядали фобії як результат конфліктів між свідомими і несвідомими частинами психіки. Наприклад, страх перед тваринами може бути проекцією неусвідомленого страху чи бажань, які людина не може осмислити або контролювати. За цією теорією, фобії є механізмами захисту, що дозволяють уникнути більш серйозних внутрішніх конфліктів або емоційних травм.

Еволюційний підхід. З точки зору еволюції, фобії можуть бути залишковими адаптаціями, які колись допомагали нашим предкам уникати небезпек. Наприклад, страх перед зміями або висотою міг мати виживальне значення, оскільки ці фактори справді могли бути небезпечними в далекому минулому.

Генетичні фактори. Дослідження показують, що генетика також може впливати на схильність до фобій. Якщо в родині були люди з фобіями або іншими розладами тривоги, ймовірність розвитку фобій у нащадків збільшується.

Отже, фобії є складним психічним явищем, які можуть проявлятися через поєднання біологічних, психологічних та соціальних факторів. Зазвичай вони можуть бути ефективно вилікувані за допомогою когнітивно-поведінкової терапії, десенсибілізації, а також інколи медикаментозного лікування, залежно від тяжкості та виду фобії.

У сучасній науковій літературі психологічна природа фобій висвітлюється як українськими, так і зарубіжними дослідниками, причому їхні підходи доповнюють один одного і дозволяють розглядати фобічні розлади як багаторівневий феномен (Ю. Александров, І. Богданова, Ю. Воронова, О. Годованець, Т. Мандзюк, Дж. Вотсон, Дж. Волпе, Д. Барлоу, А. Сет, Т. Білгич, Д. Аппукуттан). Українські автори Ю. Александров, І. Богданова, Ю. Воронова в межах екстремальної та кризової психології аналізують страх, тривогу й фо-

бічні прояви як різновиди дезадаптивних емоційних реакцій у ситуаціях загрози життю, здоров'ю, професійному чи соціальному статусу особи. У їхніх працях, зокрема в навчальних і термінологічних посібниках з кризової та екстремальної психології, систематизовано понятійний апарат (страх, тривога, фобія, панічна реакція, посттравматичний стресовий розлад), окреслено критерії відмежування «нормального» захисного страху від патологічних страхів, що набувають характеру фобій, а також підкреслено зв'язок фобічних переживань із дією травматичних стресорів та тривалим перебуванням в умовах небезпеки [5]. У цьому контексті фобії інтерпретуються як стійкі, малоконтрольовані форми страху, що призводять до звуження поведінкового репертуару, ухилення від значущих життєвих ситуацій і формування хронічних станів дезадаптації.

Погляди О. Годованець та Т. Мандзюк, які працюють у руслі вітчизняної практичної психології та психотерапевтичної допомоги, акцентують, насамперед, на зв'язку фобічних страхів із міжособистісними стосунками, досвідом психологічних травм, а також із загальним рівнем емоційної стабільності особистості. У працях, присвячених проблемам міжособистісної взаємодії, кризам і життєвим втратам, наголошується, що фобії нерідко «вбудовуються» у ширший контекст особистісної вразливості, порушення відчуття безпеки та довіри до світу, а також можуть посилюватися в умовах соціальної нестабільності. У цілому українські автори наголошують на необхідності інтеграції клініко-психологічних, кризових та консультативних підходів до розуміння й корекції фобій.

Зарубіжна традиція дослідження фобій бере свій початок з класичних робіт Дж. Вотсона, який разом із Р. Рейнер експериментально продемонстрував можливість формування умовлених емоційних реакцій страху у дитини. У цьому дослідженні нейтральний стимул (білий щур) багаторазово поєднувався з різким гучним звуком, унаслідок чого дитина почала проявляти страх не лише до щура, а й до інших схожих об'єктів, що стало фундаментальним емпіричним підтвердженням ролі класичного обумовлення у виникненні фобій і явища генералізації страху [27]. На цю лінію спирається й Дж. Волпе, який розробив

концепцію систематичної десенсибілізації – поведінкової терапії фобій, основаної на поступовому наближенні до страхового стимулу в поєднанні зі станом м'язової релаксації або іншими реакціями, несумісними зі страхом. У його працях систематична десенсибілізація обґрунтовується як метод «взаємного гальмування» тривоги й широко застосовується для лікування специфічних фобій та тривожних розладів [40].

Подальший розвиток уявлень про тривогу та фобії пов'язаний із роботами Д. Барлоу, який детально описує структуру тривоги, паніки та споріднених розладів, пропонуючи модель «потрійної вразливості», де поєднуються біологічна схильність, загальна психологічна вразливість (негативний досвід контролю, безпорадність) та специфічна ситуаційна вразливість (навчений страх певних стимулів чи ситуацій). Такий підхід дозволяє інтерпретувати фобії як результат накладання індивідуальної тривожної схильності на конкретний досвід страхового навчання, що особливо важливо для розуміння дентальної фобії як поєднання особистісної тривожності, негативних стоматологічних переживань і когнітивних переконань щодо болю та загрози. Сучасні когнітивно-поведінкові моделі, на які спирається Барлоу, наголошують на ролі катастрофічної інтерпретації тілесних і ситуаційних сигналів у підтриманні фобічної реакції, а також на можливості її корекції через перебудову мислення та експозиційні техніки.

Значний внесок у розуміння саме дентальної фобії та стоматологічної тривожності роблять дослідження Д. Аппукуттана та його колег. У їхніх оглядових роботах детально описано багатофакторну природу страху перед стоматологічним лікуванням (попередній болісний досвід, особистісна тривожність, особливості комунікації зі стоматологом, соціокультурні уявлення про лікування зубів), показано вплив дентальної тривожності на частоту відвідувань стоматолога, якість стоматологічного здоров'я та загальну якість життя. Крім того, пропонується ієрархія методів подолання дентальної тривожності – від психотерапевтичних (когнітивно-поведінкові та поведінкові інтервенції, систематична десенсибілізація, техніки релаксації, моделювання)

до фармакологічних (седація, загальна анестезія), а також підкреслюється доцільність їх комбінованого застосування залежно від рівня тривоги та клінічної ситуації [38].

Сучасні емпіричні дослідження Т. Білгич (Bilgiç) та співавторів розглядають стоматологічну тривожність у взаємозв'язку з іншими показниками психічного й соматичного благополуччя. У роботах цієї групи авторів аналізується, зокрема, зв'язок між дентальним страхом, станом порожнини рота, супутніми захворюваннями, якістю життя, а також валідність і надійність шкал вимірювання страху перед стоматологічним лікуванням у різних вибірках пацієнтів. Отримані дані демонструють, що підвищена стоматологічна тривожність асоціюється з гіршими показниками гігієни ротової порожнини, більш вираженими стоматологічними проблемами та зниженням показників *oral-health-related quality of life*, що ще раз підтверджує клінічну значущість дентальної фобії як психологічного бар'єра на шляху до отримання своєчасної медичної допомоги [48].

Окремий напрямок становлять сучасні нейрокогнітивні моделі емоцій і тривоги, які представляє, зокрема, А. Сет. У рамках теорії предиктивної обробки він розглядає емоційні стани, у тому числі тривожність, як результат інтероцептивного передбачення – тобто безперервної роботи мозку з прогнозування внутрішніх тілесних сигналів і підтримання гомеостазу. Порушення точності цих передбачень або надмірна невизначеність щодо стану тіла можуть проявлятися у вигляді підвищеної тривоги й емоційного неблагополуччя [13]. Хоча ці роботи не присвячені фобіям вузько, вони задають важливе теоретико-методологічне підґрунтя для розуміння того, чому у людей із високою чутливістю до тілесних відчуттів і схильністю до катастрофічної інтерпретації фізіологічних сигналів можуть формуватися стійкі фобічні реакції, у тому числі в медичних і стоматологічних ситуаціях.

Таким чином, сукупний внесок названих українських і зарубіжних авторів дозволяє розглядати фобії як результат складної взаємодії навчання (класичне обумовлення, соціальне моделювання), когнітивних викривлень,

нейробіологічної вразливості, соціального контексту та інтероцептивної чутливості. Для дентальної фобії це означає, що її виникнення й перебіг доцільно аналізувати не лише як реакцію на окремий травматичний стоматологічний досвід, а як прояв ширшої системи тривожної вразливості особистості, що й обґрунтовує необхідність комплексних програм психологічної допомоги пацієнтам.

Узагальнюючи опрацьовані теоретичні матеріали, можна дійти висновку, що фобії є багатовимірним феноменом, у структурі якого взаємодіють когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти.

Когнітивний аспект пов'язаний із системою переконань, думок і уявлень людини про загрозовий об'єкт чи ситуацію. Саме спосіб мислення формує основу для виникнення і підтримання фобічних реакцій. Людина з фобією схильна до ірраціональних переконань щодо небезпеки, перебільшення ймовірності негативного результату, катастрофічного мислення й фокусування на можливих загрозах. Таке викривлене сприйняття реальності перешкоджає адекватній оцінці ризику та підтримує стан тривожного очікування. Когнітивні спотворення стають центральним механізмом формування фобій, оскільки визначають емоційну й поведінкову реакцію людини на страхову ситуацію.

Емоційний аспект охоплює почуття, які супроводжують фобічні переживання. Для фобій характерна надзвичайна інтенсивність емоційного реагування, що часто є непропорційною до реальної загрози. Уже сама думка про об'єкт або ситуацію, пов'язану зі страхом, може викликати гостру тривогу, паніку, відчуття безпорадності чи втрати контролю. У такі моменти емоції настільки домінують, що людина втрачає здатність мислити раціонально або заспокоїтися. Емоційний компонент надає фобіям глибоко суб'єктивного характеру – кожен індивід переживає страх по-своєму, відповідно до власного досвіду, темпераменту та рівня емоційної стабільності.

Поведінковий аспект фобій проявляється у конкретних діях, спрямованих на уникнення або контроль страхових ситуацій. Найчастішими поведінковими реакціями є уникання – свідоме відсторонення від об'єкта або ситуації, що

викликає страх, а також захисна поведінка, коли людина намагається створити умови «безпеки», наприклад, бере із собою заспокійливі засоби чи просить супроводу близьких. У деяких випадках може спостерігатися паралізуюча реакція – ступор або неможливість діяти в момент зустрічі зі страхом. Поведінкові прояви відіграють ключову роль у закріпленні фобій: кожен акт уникання чи самозахисту знижує напругу тимчасово, але водночас підкріплює зв'язок між об'єктом і страхом, не дозволяючи особі пережити ситуацію без негативних наслідків і «розв'язати» страхову установку.

Отже, когнітивний, емоційний і поведінковий аспекти фобій перебувають у тісному взаємозв'язку, утворюючи замкнене коло підтримання страху. Ірраціональні переконання активізують емоційну тривогу, яка, у свою чергу, провокує поведінкове уникання, що зміцнює помилкові уявлення про небезпеку. Усвідомлення цієї взаємозалежності є теоретично важливим для побудови ефективних психологічних інтервенцій, спрямованих на зміну когнітивних установок, емоційної регуляції та поступове подолання страху через корекцію поведінкових реакцій.

1.2. Клініко-психологічні прояви та наслідки дентофобії

Відповідно до Діагностично-статистичного довідника психічних розладів (DSM-5) та Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11), непереборний ірраціональний страх перед стоматологічними процедурами, що супроводжується інтенсивним відчуттям напруження, жаху, тривоги, паніки або занепокоєння, класифікується як одонтофобія (дентофобія). Це специфічна фобія, що належить до групи тривожних розладів і характеризується стабільністю проявів, унікальною поведінкою та значним впливом на якість життя пацієнта [10].

Дентофобія має виражений психофізіологічний та психосоціальний характер. Вона виявляється не лише у вигляді страху перед болем, а й у комплексі реакцій - когнітивних, емоційних, поведінкових і тілесних. Пацієнти

з дентальною фобією демонструють підвищений рівень тривожності, схильність до катастрофічних очікувань і соматичних симптомів - прискорене серцебиття, тремтіння, сухість у роті, пітливість, відчуття «застигання» або бажання втекти із ситуації лікування.

Серед основних причин виникнення дентальної фобії виділяють декілька груп чинників.

По-перше, травматичний досвід у минулому. Негативні переживання, пов'язані з болючими або невдалим стоматологічними процедурами, грубою поведінкою лікаря чи відчуттям безпорадності під час лікування, фіксуються у пам'яті як загрозливий досвід. Особливо сильний вплив має дитячий період, коли психіка є більш уразливою, а емоційні асоціації – тривалими. У подальшому навіть нейтральні стимули (запах стоматологічного кабінету, звук бормащини, білий халат) можуть автоматично викликати реакцію страху.

По-друге, страх болю є однією з найтиповіших причин розвитку фобії. Навіть без безпосереднього негативного досвіду пацієнти часто очікують болю, ґрунтуючись на попередніх уявленнях, міфах або розповідях інших людей. Особи з низьким больовим порогом, високою сенситивністю нервової системи чи хронічними тривожними рисами особистості більш схильні до формування дентофобії.

Третім важливим чинником є відчуття втрати контролю. Ситуація перебування у стоматологічному кріслі передбачає пасивність пацієнта, обмежену можливість рухатися або висловити дискомфорт. Це породжує відчуття безпорадності, залежності від лікаря та страху перед непередбачуваними діями.

Вагоме місце займає соціальне навчання, коли страх перед стоматологами передається через спостереження за іншими. Якщо дитина бачить, як батьки або близькі висловлюють тривогу чи уникають стоматолога, у неї формується аналогічна установка. Таким чином, дентофобія може мати міжпоколінний характер, закріплюючись у сімейних моделях поведінки [8].

Не менш важливим є вплив негативних уявлень і стереотипів, що підтримуються масовою культурою. У фільмах, медіа та соціальних мережах стоматолог часто зображується як «болючий» чи навіть «страшний» лікар. Ці культурні коди сприяють закріпленню асоціацій «стоматолог = біль», навіть серед тих, хто не мав негативного досвіду.

Ще одним психологічним чинником є невпевненість у професіоналізмі стоматолога. Пацієнти, які колись зіткнулися з некомпетентністю, грубістю або неетичною поведінкою медичного персоналу, можуть розвинути узагальнений страх перед будь-яким стоматологічним втручанням. Брак довіри до лікаря підсилює тривожність, особливо якщо пацієнт не має достатньої інформації про процедуру.

Фобічну реакцію можуть також підтримувати генералізована тривожність та інші фобії. Пацієнти з високим рівнем базової тривожності, клаустрофобією, соціальними страхами чи латрофобією (страхом медичних маніпуляцій) частіше виявляють дентальну фобію. Для них стоматологічне лікування є лише одним із варіантів ширшого кола тривожних стимулів.

Варто також урахувати сенсорну гіперчутливість - перебільшену реакцію на звукові, тактильні або нюхові стимули. Звук бормащини, запах антисептику чи візуальні образи стоматологічного кабінету можуть виступати потужними тригерами, активуючи умовно-рефлекторну реакцію страху ще до початку процедури [3].

Клініко-психологічні прояви дентофобії мають свої емоційні, когнітивні, поведінкові та фізіологічні складові. На емоційному рівні спостерігається інтенсивний страх, тривога, відчуття загрози та безпорадності. Когнітивний рівень характеризується катастрофічними очікуваннями («це буде боляче», «я не витримаю», «щось піде не так»), зниженням концентрації уваги та порушенням логічного мислення під час візиту до стоматолога. На поведінковому рівні переважають уникання лікування, відкладання візиту або припинення процедури. Пацієнти можуть звертатися лише в екстрених випадках, що погіршує стан зубів і посилює фобічну установку. Фізіологічні

прояви включають тахікардію, підвищене потовиділення, запаморочення, тремор, нудоту або навіть переднепритомний стан.

Наслідки дентофобії виходять за межі медичної сфери. Хронічне уникання стоматологічної допомоги призводить до погіршення стану ротової порожнини, болю, естетичних дефектів, що своєю чергою викликає зниження самооцінки, соціальну ізоляцію, почуття сорому та вини. На психологічному рівні посилюється загальна тривожність, дратівливість, порушується сон, знижується якість життя. У тяжких випадках фобія може набувати узагальненого характеру, впливаючи на ставлення до будь-яких медичних процедур.

Таким чином, дентофобія є не лише медичною, а й психологічною проблемою, що поєднує індивідуальний досвід, соціальне навчання, когнітивні спотворення та емоційні механізми. Її клініко-психологічне розуміння є необхідною умовою для розроблення ефективних стратегій психологічної допомоги, спрямованих на зниження тривожності, підвищення рівня довіри до лікаря та формування адаптивного ставлення до лікувального процесу.

1.3. Клініко-психологічні прояви та наслідки дентальної фобії

Дентальна фобія проявляється через комплекс психологічних, емоційних і фізіологічних реакцій, які виникають у відповідь на думки про стоматологічне лікування або під час відвідування стоматолога. Її ключові симптоми - це емоційні прояви, інтенсивний страх або паніка: навіть думка про відвідування стоматолога може викликати сильну тривогу. Вагомою ознакою дентофобії є почуття безпорадності: пацієнт відчуває, що не може контролювати ситуацію або свій страх. Пацієнт навмисно уникає стоматологів, навіть за наявності серйозних проблем із зубами, тобто свідомо уникнення лікарської допомоги [3].

Окрім емоційних проявів, виокремлюємо когнітивні ознаки дентофобії:

- Катастрофічні думки: пацієнт переконаний, що процедура буде надзвичайно болючою або призведе до ускладнень.

- Гіпертрофоване сприйняття небезпеки: людина перебільшує можливі ризики й відмовляється об'єктивно оцінити ситуацію.
- Низький рівень довіри: страх, що стоматолог зробить помилку або буде грубим.

Емоційні та когнітивні прояви стають очевидними на фізіологічному рівні. Це прискорене серцебиття (тахікардія), підвищене потовиділення, тремтіння або м'язова напруга, відчуття задухи, запаморочення, нудота. У важких випадках - напади паніки.

Українська науковиця Литовченко В. С. виділяє такі ознаки дентофобії в поведінці пацієнта [3]:

1. Уникнення процедур: навіть за наявності болю або серйозних проблем із зубами людина може відкладати лікування на невизначений час.
2. Використання захисних стратегій: наприклад, пошук "неболючих" методів лікування або зміна стоматологів у пошуках «ідеального».
3. Ізоляція: уникнення обговорення стоматологічних проблем із близькими або друзями.

Несвоєчасне звернення до стоматолога через страх може призводити до серйозних медичних, психологічних та соціальних наслідків. Медичні наслідки: погіршення стану зубів і ясен: карієс, гінгівіт, пародонтоз або навіть втрата зубів через відсутність лікування; ускладнення загального здоров'я: інфекції ротової порожнини можуть поширюватися на інші органи, підвищуючи ризик серцево-судинних захворювань або діабету; хронічний біль: відсутність лікування зубів або ясен може спричинити постійний біль, який значно знижує якість життя.

Психологічні наслідки: почуття провини: за нехтування здоров'ям або неможливість подолати страх;;зниження самооцінки: людина може соромитися свого зовнішнього вигляду через стан зубів, уникаючи посмішок або соціальних контактів; тривожні розлади: дентальна фобія часто супроводжується загальною тривожністю або навіть депресією.

Медичні та психологічні наслідки акумулюються і відповідно стають основою для соціальних наслідків. У людини виникають обмеження в роботі або соціальному житті: проблеми з посмішкою негативно впливають на професійні та особисті стосунки. У довгостроковій перспективі збільшуються фінансові втрати через відкладення лікування стаються ускладнення, які потребують значно більших витрат на лікування [8].

1.4. Психологічні особливості взаємодії з пацієнтами в стоматологічній практиці

Мистецтво взаємодії стоматолога з пацієнтом - це дуже складний, різноманітний процес. Лікар виступає не тільки як фахівець, який застосовує свої знання і досвід для лікування та реабілітації здоров'я пацієнта, але й як людина, яка враховує моральні, етичні, культурні та релігійні цінності пацієнта під час лікування. Зміни в системі охорони здоров'я поділяють заклади стоматологічної допомоги на державні та недержавні. Перехід до платного лікування потребував змін у способах, тактиці, стилі і взаємодії з пацієнтами, а також використання нових технологій комунікації, щоб уникати психологічного дискомфорту (Абельрахман М., Моха В. Гомаа А [11; 28]). З цього приводу серед лікарів зростає конкуренція, «боротьба» за пацієнтів.

Особливості професійної взаємодії сучасного стоматолога полягають в тому, що вона досить розмаїта. Лікар має взаємодіяти не лише з пацієнтами, але й з їх родинними, знайомими та колегами. У процесі цієї взаємодії він може домовлятися про дії, розподіляти задачі або впливати на настрій, переконання або поведінку пацієнта. Крім того, з ним взаємодіють керівники установ, працівники компаній, які постачають устаткування та інші ресурси. Залежно від ролі, яку він виконує, стоматолог виконує різноманітні функції. Наприклад, під час першого прийому лікар-стоматолог одночасно виступає діагностом, психотерапевтом, організатором, менеджером, лікарем, рекламним агентом та

іншими. Виконання всіх цих функцій швидко та високоякісно в умовах великої відповідальності може створювати стрес.

Від того, яку функцію він виконує, залежить той тип комунікації, який потрібно йому використовувати: запитувати інформацію, висловлювати думку, давати пораду, пояснювати, висловлювати думку або нерішучість, аргументувати, висловлювати інтерес, навіювати, попереджувати, висловлювати співчуття, припускати, заспокоювати, відмовляти, похвалити або висловити надію. Про це говорять К. Беррі, Н. Геогрієва, С. Коваль, Річа Шривастава, О. Уколова, С. Симард-Лебел та інші [24].

Так, враховуючи основну мету професійної діяльності стоматолога, Наю Сузукі, О. Гіруйокі Морі, А. Кіпіані, А. Орлов та інші виділили кілька типів його спілкування з пацієнтами, їхніми родичами, медичним персоналом – як основу професійної взаємодії, сильного засобу впливу на моральний і психічний стан хворих та їх родичів, що є важливим елементом лікування [33].

Ці типи включають основне спілкування, яке відбувається під час виконання стоматологом своїх професійних завдань – під час лікування пацієнтів, аналізу їхнього анамнезу, обстеження, виконання діагностичних і лікувальних заходів, спостережень тощо. Також є допоміжне спілкування, яке використовується у ході супутнього лікування, під час обміну інформацією з колегами про методи лікування, під час зустрічей і консультацій з родичами хворих. Воно має характер усного мовлення, яке відбувається періодично. Оказіональне спілкування супроводжує основну роботу лікаря, наприклад, під час виконання хірургічної операції; мова допомагає виконувати фізичні дії, координувати поведінку учасників лікувальних заходів. Воно уривчасте, тісно пов'язане з невербальними діями лікаря і утворює єдине ціле з ними. Репліки лікаря можуть бути короткими – наприклад, «Скальпель!». Фатичне спілкування має мету відвернути пацієнта від тривожних думок, страху, стресу, пов'язаних із проведенням болючих процедур, оперативних втручань. Воно прагне зняти нервову напругу, підбадьорити пацієнта, досягти кращого взаєморозуміння. Також це включає жартування, сприяє позитивному впливу

на емоційну сферу пацієнта [2; 27]. Видно, що стоматолог, щоб організувати ефективну взаємодію, повинен володіти всіма цими типами спілкування, основною метою якого є взаєморозуміння між лікарем і пацієнтом. Тому головна лікарська заповідь «*Primum poli noscere*» у своїй суті містить базові цінності стоматолога, має поширюватися на його професійну практику та взаємодію.

Щодо типів професійної взаємодії стоматологів, то найпоширенішим вважають дихотомічний розподіл: кооперація (взаємодія, під час якої учасники досягають угоди щодо спільних цілей, прагнуть не порушувати її, доки збігаються їхні інтереси) і конкуренція (характеризується досягненням індивідуальних або групових цілей та інтересів у відповідь на протидію між людьми). У обох випадках співробітництво чи суперництво, так і ступінь її вираженості (успішна або менш успішна співпраця) визначають характер міжособистісних відносин у системі «стоматолог – пацієнт» [26].

Під час виконання цих типів взаємодії, як правило, виявляються такі провідні стратегії поведінки: співпраця (спрямована на повне задоволення потреб учасників взаємодії; реалізується або мотив кооперації, або мотив конкуренції); протидія (передбачає орієнтацію на свої цілі без урахування цілей іншої сторони); компроміс (реалізується у досягненні цілей учасників взаємодії заради умовної рівності); поступливість (передбачає жертвування власним інтересами для досягнення цілей партнера); уникнення (відхід від контакту, втрата власних цілей для уникнення виграшу іншого).

Сучасний стоматологічний прийом ведеться зазвичай у «чотири руки». Від сформованих стосунків між лікарем та його асистентом залежать не тільки емоційний настрій, але й підхід до виконання обов'язків, а також здоров'я пацієнта.

Важливим для вивчення було висловлення американського біоетика Роберта Вітча [27], який виділив чотири моделі взаємодії у системі «лікар-пацієнт», які є дійовими і для стоматологів:

Інженерна. У рамках цієї моделі пацієнт сприймається як безособовий механізм. Завдання лікаря – виправлення порушень у фізіологічному обміні, використовуючи методи діагностики: біохімічні, біофізичні, рентгенологічні тощо. Основною недоліком цього типу взаємодії є технократичний підхід до пацієнта, що суперечить принципу поваги до прав і гідності людини. Пацієнт не вступає в діалог про процес лікування. У сучасній медицині лікар взаємодіє з пацієнтом як спеціаліст, виконує технічні функції. Етична некоректність ставлення до пацієнта як до механізму компенсується відповідальністю самого пацієнта за прийняття рішень [1].

Колегіальна. У цій моделі зв'язок між лікарем і пацієнтом ґрунтується на тому, що обидві сторони визнають однакові права у прийнятті рішень щодо діагностики та лікування хвороби. Пацієнт має повну владу вибирати, як і на якій мірі впливати на стан свого здоров'я. Лікар і пацієнт бачать один одного як однорівневих професіоналів, які спільно вирішують завдання – вилікувати хворобу та зберегти здоров'я пацієнта. У цій моделі найважливішою є довіра між лікарем і пацієнтом. Колегіальні стосунки найкраще допомагають лікареві дотримувати етичні норми. Можуть впливати на процес лікування як непрофесійність лікаря, так і особливості психіки пацієнта. Ця модель найефективніша при хронічних захворюваннях[1].

Контрактна. Між лікарем і пацієнтом встановлюється відносини, ґрунтовані на угоді. Пацієнт укладає договір на медичну допомогу з клінікою або через страхову компанію. Кожен укладає угоду, щоб турбуючись за власну вигоду. У цій моделі лікар розуміє, що коли пацієнту потрібно вирішити щось важливе, він має право вибирати, як жити. Якщо ці стосунки не сподобаються лікареві або пацієнту, вони можуть припинити угоду або ніколи її не укладати. У цій моделі важлива довіра. Якщо довіра зникає, угоду припиняють. За цією моделлю виконуються принципи свободи, прийняття, чесності, дотримання умов, справедливості.

Патерналістська. Патерналізм – це тип взаємодії, коли одна людина виступає в ролі батька, а інша підкорюється. У стосунках між лікарем і

пацієнтом це подібно стосункам між священником і прихожанином чи батьком і дитиною. Такі стосунки ґрунтуються на любові, милосерді, підтримці, гуманності і справедливості, дотримуючи моральний принцип: «Коли ніс допомогу пацієнтові, не завдавай йому шкоди». У цій моделі пацієнт повністю довіряє лікарю робити рішення про його здоров'я. Ця модель все ще часто застосовується в сучасній медицині, оскільки не всі пацієнти мають однакові психологічні особливості [1].

Медичний патерналізм означає, що лікар може залежати тільки від своїх думок щодо потреб пацієнта в лікуванні, наданні інформації та консультуванні. Ця позиція дозволяє звинувачувати пацієнта в обмані або прихованні інформації, орієнтуючись на те, що це робиться у його інтересі. Яку модель спілкування вибирають пацієнти у стоматологічній практиці? Яку позицію вони приймають, стаючи споживачами стоматологічних послуг? Дослідження показують, що більшість пацієнтів (49, 39,2%) вибирають патерналістську модель взаємовідносин, тобто покладаються на лікаря, щоб він приймав основні рішення. Патерналістська позиція більше стикається з тими пацієнтами, хто має низький рівень знань про медицину, ціни та медичні засоби.

Окрім того, медичний патерналізм можна обґрунтувати з точки зору гуманізму у медицині – проявляти милосердя до хворого, особливо якщо він зазнає страждання або байдужості. 48 (38,4%) пацієнтів вважають, що для прийняття рішень потрібна допомога лікаря у вигляді порад або пояснень (інтерпретаційна модель). При цьому автономія пацієнта включає не тільки вибір, але й розуміння аргументів, які підтримують правильний вибір. 28 (22,4%) пацієнтів бажають самостійно вирішувати, яку медичну допомогу отримувати та контролювати процес лікування. У цьому випадку реалізується інформаційна модель більш рівноправних взаємовідносин між лікарем і пацієнтом. Дослідження підтверджують, що пацієнти мають велику віру в компетентність лікаря-стоматолога, незважаючи на те, що самі все більше позиціонують себе як активні споживачі стоматологічних послуг [1].

Роан Ванрюн і Вільям Смітс, аналізуючи ці моделі, вважають їх ідеальними конструкціями. Вибір конкретної моделі взаємовідносин залежить від особистості лікаря, стану пацієнта й характеру лікування. Ураховуючи біографічні аспекти захворювання, виокремлюють такі моделі: взаємини з пацієнтами у гострому періоді хвороби (що дає права лікарю вилікувати пацієнта швидше, ніж залежить від нього), взаємовідносини з хронічно хворими (тут пацієнти повинні бути компетентними і брати участь у групах взаємодопомоги), взаємовідносини з інвалідами (що включає підтримку, але взаємодопомогу, а не утримання), а також стосунки з умираючими (забезпечення зручності, морального підтримання та гідного виходу з життя) [35]

Крім цього, взаємодія стоматолога (як і будь-якого лікаря) з пацієнтом можна вважати вимушеною, оскільки головною причиною зустрічі є проблема зі здоров'ям у одного з учасників. Для лікаря вимушеність взаємодії виникає через його професію. Якщо пацієнт звертається до стоматолога через потребу у допомозі, то його зацікавленість до пацієнта пояснюється вимогами професії, зростанням його кар'єри, а також вигодою від заробітної плати. Зазвичай стоматолог бажає зустрітися з пацієнтом, тому що це має вплив на його професійне становище в суспільстві. Інтерес учасників взаємодії до діагностики або лікування найчастіше формуються у негативному емоційному фоні, оскільки призначення зустрічі пов'язане з проблемою здоров'я.

Щодо стилів взаємодії, варто зазначити дослідження Нелі Георгієвої [24], у якому виділено індивідуальні стилі роботи лікарів-стоматологів та моделі взаємодії з дітьми в стоматологічних клініках різної форми власності. Як результат, дослідниця виявила чотири стилі взаємодії: «позитивний», «негативний», «мовчазної майстерності», «батого і пряника». Оптимальним для роботи з дітьми, за її висновками, є «позитивний» стиль із середнім рівнем мовленнєвої активності лікаря.

Розглядаючи різні аспекти професійної взаємодії стоматологів, важливо згадати про тактики і стратегії.

Тактика – це сукупність комунікативних прийомів, які вибирається та використовується на певному етапі взаємодії. Вона складається з однієї або кількох мовленнєвих дій, що виконуються в рамках обраних стратегій. Стратегія – це когнітивний процес, що полягає в «сукупності теоретичних ходів», але вона є гнучкою і динамічною, змінюється та постійно доповнюється під час взаємодії [2]; вона, у свою чергу, визначає тактику.

Гайдаєнко, М. Лісовий, Ельхам Емам, Маргарита Євстигнєєва показали, що вчені підкреслюють важливість того, щоб лікар-стоматолог володів різними стратегіями та тактиками взаємодії. Це дозволяє планувати майбутню розмову, брати ініціативу, організувати цілісний контакт, надати взаємодії особистий характер, врегулювати конфлікти, пропонувати спільні дії, а отже, ефективно впливати на адресата розмови. Наприклад, таким чином можна привернути увагу, з'ясувати та передати інформацію, підтримувати контакт, обговорювати, узгоджувати, переконувати, провокувати, призводити до певного емоційного стану тощо. Ефективний вплив під час взаємодії – це досягнення запланованого регулювання, тобто досягнення комунікативних цілей. Зовні це проявляється у певній стратегії поведінки, яка залежить від того, яку роль відіграє лікар-стоматолог [19].

Висновки до розділу 1

У першому розділі здійснено комплексний теоретико-психологічний аналіз феномену дентальної фобії, який дозволив окреслити її природу, структуру, причини виникнення, клініко-психологічні прояви та наслідки. Узагальнення результатів теоретичного огляду свідчить, що дентальна фобія є складним багаторівневим утворенням, у якому взаємодіють біологічні, когнітивні, емоційні, поведінкові та соціально-психологічні чинники.

З'ясовано, що психологічна природа фобій може бути пояснена через низку наукових підходів – біхевіоральний (теорія класичного та оперантного обумовлення), когнітивний, психодинамічний, еволюційний, соціально-навчальний і нейробіологічний. Кожен із них підкреслює окремі аспекти страху

– від набутих асоціацій і викривлених переконань до генетичної схильності чи особливостей функціонування нервової системи. У сучасному розумінні фобія розглядається як результат взаємодії цих чинників, що визначають індивідуальну вразливість людини до страху.

На основі аналізу праць українських і зарубіжних учених визначено, що дентальна фобія посідає особливе місце серед специфічних фобій, оскільки поєднує особистісну тривожність, соціальні моделі уникання та негативний досвід медичного втручання. Цей стан формується під впливом попереднього болісного досвіду, очікування болю, втрати контролю, низького рівня довіри до стоматолога, соціального навчання та культурних стереотипів, які підсилюють страх перед стоматологічним лікуванням.

Важливим результатом теоретичного аналізу стало визначення когнітивного, емоційного та поведінкового аспектів структури фобії. Когнітивний компонент відображає ірраціональні переконання, катастрофічне мислення та викривлену оцінку ризику. Емоційний компонент проявляється у надмірно сильному страхові, тривозі, відчутті безпорадності й втрати контролю. Поведінковий компонент виражається в униканні стоматологічних процедур, пошуку «безпечних» умов або повній відмові від лікування. З'ясовано, що ці три компоненти перебувають у тісному взаємозв'язку, утворюючи замкнене коло підтримання страху, де когнітивні викривлення активують емоційне реагування, а уникання закріплює фобічну установку.

Клініко-психологічний аналіз показав, що дентофобія супроводжується вираженими фізіологічними реакціями (тахікардія, пітливість, тремор, запаморочення), порушенням когнітивних процесів і зниженням адаптивних ресурсів особистості. Її наслідки виходять за межі медичної сфери: дентофобія негативно впливає на соматичне здоров'я, самооцінку, соціальну активність і якість життя пацієнта.

Таким чином, теоретичний аналіз феномену дентальної фобії дозволяє дійти висновку, що вона є мультифакторним психічним утворенням, у структурі якого поєднуються когнітивні, емоційні, поведінкові та фізіологічні

компоненти, зумовлені як особистісними, так і соціально-контекстуальними чинниками. Усвідомлення цієї складної природи фобії є необхідною передумовою для обґрунтування методів емпіричного дослідження та розроблення ефективних психологічних стратегій допомоги пацієнтам із дентальною тривожністю, що буде реалізовано у наступному розділі роботи.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ДЕНТАЛЬНОЮ ФОБІЄЮ

2.1. Методологічний аналіз дослідження психологічної допомоги пацієнтам з дентальною фобією

Емпіричне дослідження присвячується вивченню психологічних особливостей осіб із різним рівнем дентальної тривожності (фобії) та встановленню взаємозв'язків між тривожністю, емоційною стійкістю й копінг-стратегіями у ситуації стоматологічного лікування. Дослідження ґрунтується на положеннях сучасної клінічної та медичної психології, теорії емоцій, концепціях тривожності (Ч. Спілбергер, Р. Лазарус, С. Фолкман), теорії копіngu, а також на біопсихосоціалній моделі здоров'я (G. Engel).

Стоматологічна тривожність може виникати через численні фактори, такі як попередній негативний або травматичний досвід, особливо в дитинстві (умовні рефлексії), від тривожних членів сім'ї або однолітків, індивідуальні особистісні характеристики, такі як: невротизм і самосвідомість, недостатній рівень розвитку, вплив страхітливих зображень стоматологів у засобах масової інформації, стиль подолання труднощів, сприйняття образу тіла та вразлива позиція лежачи на спині в стоматологічному кріслі.

Тривожність також може бути спровокована сенсорними тригерами, такими як вид голок і повітряно-турбінних бормашин, звуки свердління і криків, запах еugenolu і зрізаного дентину, а також відчуття високочастотних вібрацій у стоматологічному.

Деякі поширені страхи, що призводять до стоматологічної тривоги, - це страх болю, страх травмування крові, недовіра або страх зради, страх бути висміяним, страх невідомості, страх відстороненого ставлення стоматолога або відчуття деперсоналізації, страх отруєння ртуттю, страх радіаційного

опромінення, страх задихнутися та/або вдавитися кляпом, відчуття безпорадності на стоматологічному прийомі [17].

Методологічну основу дослідження становлять: принцип детермінізму, який передбачає причинно-наслідкову зумовленість психологічних явищ; принцип системності, згідно з яким фобія розглядається як багаторівнева структура, що поєднує когнітивні, емоційні, поведінкові та фізіологічні компоненти; принцип розвитку, який дозволяє розглядати дентальну тривожність як динамічне утворення, що формується під впливом попереднього досвіду, навчання й соціального контексту; принцип гуманізму, відповідно до якого пацієнт розглядається як активний суб'єкт власного лікування, а психологічна допомога спрямовується на відновлення його відчуття безпеки, контролю та довіри; принцип валідності та об'єктивності, що забезпечує наукову достовірність і репрезентативність отриманих даних.

Теоретичною базою дослідження є праці українських та зарубіжних авторів, присвячені проблемі страху, тривожності, фобічних розладів і психологічної допомоги пацієнтам із медичними страхами (Ю. Александров, І. Богданова, Т. Мандзюк, О. Годованець, D. Barlow, J. Wolpe, D. Appukuttan, A. Beck, S. Folkman, R. Lazarus).

Мілгром та ін. виділили чотири різні групи тривожних пацієнтів залежно від походження або джерела страху ("система Сіетла", розроблена у Вашингтонському університеті). Це 1) пацієнти, які бояться конкретних стоматологічних подразників, 2) пацієнти, які не довіряють стоматологічному персоналу, 3) пацієнти з генералізованим стоматологічним страхом і 4) пацієнти, які бояться катастрофи [21].

Початкова взаємодія стоматолога з пацієнтом може справедливо виявити наявність тривоги і страху, і в таких ситуаціях суб'єктивні та об'єктивні оцінки можуть значно покращити діагностику для успішного лікування.

Зважаючи на етіологію дентофобії, виокремлюємо низку методів дослідження цієї фобії.

1. Клініко-психологічний метод. Передбачає аналіз історії хвороби, спостереження за поведінкою пацієнта під час прийому; інтерв'ювання для виявлення страхів, тривожності, рівня уникнення стоматологічних процедур. Стоматолог повинен вести спокійну, безперервну розмову з пацієнтом і намагатися визначити, яка з стоматологічних ситуацій викликає у нього страх і тривогу. Кілька відкритих запитань можуть допомогти спрямувати розмову в потрібне русло.

Стоматолог зобов'язаний з'ясувати причину поточного візиту, який досвід пацієнт мав під час попереднього стоматологічного лікування, основні страхи та занепокоєння, а також очікування. Іноді під час бесіди може виявитися, що стоматологічний страх є частиною ширшого психологічного розладу. У таких випадках важливо направити пацієнта до фахівців у галузі психології, таких як психолог або психіатр. Вони можуть поставити правильний психологічний діагноз і вирішити, якого подальшого лікування потребує пацієнт. У деяких випадках психолог і стоматолог повинні працювати разом, причому перший визначає план лікування тривоги [9].

2. Психодіагностичний метод. Використання стандартизованих тестів і опитувальників для оцінки рівня тривожності та фобічних реакцій. Для оцінки тривожних і фобічних пацієнтів існують опитувальники, що складаються з декількох пунктів і включають в себе самозвітування. Деякі з таких популярних багатопунктових шкал - це шкала стоматологічної тривоги Кора (CDAS), модифікована шкала стоматологічної тривоги (MDAS), опитувальник стоматологічної тривоги Спілбергера, опитувальник стоматологічного страху Кляйнкнехта, опитувальник стоматологічної тривоги Стаутарда та 10-бальна шкала страху Гетчела [21].

Найбільше використовують стоматологи для виявлення дентофобії опитувальники CDAS і MDAS. CDAS якісний діагностичний інструмент; він короткий і має хороші психометричні властивості. Шкала складається з чотирьох запитань про різні стоматологічні ситуації. Кожне питання оцінюється від 1 (не тривожний) до 5 (надзвичайно тривожний), таким чином,

діапазон можливих балів становить 4-20. Точка відсікання більше 15 вказує на високий рівень тривожності або, можливо, фобію. Основним обмеженням цієї шкали є те, що вона не включає питання про тривогу щодо ін'єкції місцевої анестезії, а також немає одноманітності у виборі відповідей на питання шкали, що ускладнює порівняння відповідей [22].

MDAS – це короткий, добре валідований опитувальник з п'яти пунктів, на кожне з яких можна відповісти за 5- бальною шкалою Лайкерта, від "не тривожний" до "надзвичайно тривожний". Відповіді оцінюються від 1 до 5. Сума балів за шкалою коливається від мінімального значення 5 до максимального 25. Чим вищий бал, тим вищий страх перед стоматологічним втручанням, а точка відсікання для високого рівня страху перед стоматологічним втручанням була запропонована на рівні 19 балів, виходячи з клінічної значущості. Хамфріс і Халл повідомили, що застосування цього опитувальника не збільшує тривожність [22].

3. Метод біологічного зворотного зв'язку (біофідбек). У процесі діагностики рівня тривожності можна скористатися об'єктивними вимірюванням біологічних показників: артеріальний тиску, частота пульсу, пульсоксиметрія, температура пальців і гальванічна реакція шкіри. Надзвичайно точним методом, який використовується в різних дослідженнях для вимірювання стоматологічної тривожності, є гальванічна реакція шкіри. Він використовує електричні зміни, викликані незначною кількістю рідини з епідермальних потових залоз, що виділяється внаслідок тривоги. Піт зменшує електричний опір шкіри, що реєструється у процесі вимірювання. Використання гальванічної реакції шкіри було підтверджено як точний метод вимірювання стоматологічної тривожності [23].

Проведений методологічний аналіз дає підстави розглядати дентальну фобію як складне психоемоційне утворення, що поєднує когнітивні, емоційні, поведінкові та фізіологічні компоненти, які взаємодіють у межах єдиної системи переживання страху. В основі виникнення цього феномена лежать як індивідуально-психологічні, так і соціально-контекстуальні чинники:

попередній травматичний досвід лікування, сімейні або соціальні моделі уникання, особистісна тривожність, нейротизм, сенсорна гіперчутливість до стоматологічних стимулів (звуків, запахів, положення тіла), а також неадекватні уявлення, сформовані медіа чи соціальним середовищем.

Дентальна фобія, за сучасними уявленнями клінічної та медичної психології, має не лише емоційно-афективну природу, а й когнітивно-поведінкову структуру. Її прояви включають ірраціональні переконання про неминучість болю, втрату контролю, небезпеку або приниження в умовах стоматологічного прийому. У поєднанні з підвищеною тривожністю та низькою емоційною стійкістю ці чинники формують стійку установку уникнення, що перешкоджає своєчасному зверненню по медичну допомогу й може призводити до соматичних ускладнень і зниження якості життя.

Методологічні принципи, покладені в основу дослідження, – детермінізм, системність, розвиток, гуманізм, валідність та об'єктивність – забезпечують комплексний і науково обґрунтований підхід до вивчення феномену дентофобії. Застосування цих принципів дозволяє досліджувати фобію не лише як окремих психічний розлад, а як соціально-психологічний феномен, що формується у взаємодії особистісних, поведінкових, когнітивних і нейрофізіологічних детермінант.

Огляд сучасних емпіричних підходів засвідчує, що вивчення стоматологічної тривожності спирається на поєднання клініко-психологічних, психодіагностичних та психофізіологічних методів. Клініко-психологічний метод дозволяє здійснювати глибинний аналіз поведінкових і комунікативних проявів страху під час лікування, виявляти особистісні чинники тривожності та рівень довіри до лікаря. Психодіагностичний підхід забезпечує можливість кількісного оцінювання рівня тривожності за допомогою валідованих інструментів – шкал Спілбергера, CDAS, MDAS, опитувальників Кляйнкнехта, Гетчела тощо. Додаткове використання методів біологічного зворотного зв'язку (біофідбеку) підвищує об'єктивність вимірювань і дозволяє відстежувати

фізіологічні кореляти страху, зокрема за допомогою гальванічної реакції шкіри, частоти серцевих скорочень, артеріального тиску чи температури пальців [31].

Таким чином, методологічна модель дослідження дентальної фобії передбачає поєднання кількісних і якісних методів, що дає змогу всебічно дослідити феномен страху стоматологічного лікування. Отримані в процесі дослідження результати дозволять не лише уточнити психологічні механізми формування дентальної тривожності, але й обґрунтувати ефективні підходи до надання психологічної допомоги пацієнтам, спрямовані на зниження страху, розвиток емоційної стійкості, формування довіри до стоматолога та підвищення якості життя.

2.2. Методи та організація емпіричного дослідження надання психологічної допомоги пацієнтам з дентальною фобією

Мета дослідження полягає у виявленні та аналізі психологічних особливостей пацієнтів із дентальною тривожністю (фобією), а також визначення ефективних підходів до надання їм психологічної допомоги з метою зниження рівня страху перед стоматологічним втручанням і підвищення емоційної стійкості під час лікування..

Основні завдання емпіричного дослідження:

1. Визначити рівень ситуативної та особистісної тривожності у респондентів із різним досвідом стоматологічного лікування.
2. Дослідити рівень емоційної стійкості як чинник схильності до страху медичних процедур.
3. Проаналізувати домінуючі копінг-стратегії, що використовуються пацієнтами для подолання страху стоматологічного втручання.
4. Встановити кореляційні взаємозв'язки між тривожністю, емоційною стійкістю та копінг-поведінкою.
5. Розробити на основі отриманих даних рекомендації щодо психологічної допомоги пацієнтам із дентальною фобією.

Емпіричне дослідження проводиться на базі стоматологічних клінік міста Коростень Житомирської області у співпраці з лікарями-стоматологами, які надають терапевтичні та профілактичні послуги.

У дослідженні взяли участь 56 респондентів віком від 17 до 53 років. Вибірка є гендерно збалансованою: до неї входять 32 жінки (57%) та 24 чоловіки (43%). Усі учасники є мешканцями міста Коростеня, мають різний рівень освіти та соціальний статус. Усі респонденти беруть участь у дослідженні на добровільних засадах. Перед тестуванням кожен учасник ознайомлюється з інформаційним листом та підписує інформовану згоду.

Емпіричне дослідження здійснюється у три етапи.

Перший етап – підготовчий. На цьому етапі здійснюється добір психодіагностичних методик, погодження з адміністрацією клінік, складання графіка обстежень, а також проведення короткого анкетування з метою збору соціально-демографічних даних (вік, стать, частота звернень до стоматолога, попередній досвід лікування, рівень суб'єктивного страху).

Другий етап – основний. Проводиться психодіагностичне обстеження респондентів із використанням таких методик: Шкала тривожності Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) – для оцінки ситуативної та особистісної тривожності як емоційної основи дентофобії; Тест емоційної стійкості (за Г. Айзенком) – для визначення рівня нейротизму та емоційної стабільності як факторів стійкості до страху; Індикатор копінг-стратегій при дентальній фобії – для виявлення провідних стратегій подолання тривоги у стоматологічній ситуації.

Психодіагностичне обстеження проводиться індивідуально, у спокійній атмосфері, переважно до початку стоматологічного прийому. У середньому процедура займає 25-30 хвилин. Інструкції подаються письмово, що забезпечує стандартизованість умов проведення.

Третій етап – аналітичний. Після завершення обстеження здійснюється кількісна та якісна обробка результатів. Для математичного аналізу

застосовується кореляційний аналіз Пірсона, який дозволяє встановити силу та напрямок зв'язку між тривожністю, емоційною стійкістю і копінг-стратегіями.

Для досягнення мети емпіричного дослідження – комплексного вивчення психологічних особливостей осіб із дентальною фобією – застосовано три взаємодоповнювальні психодіагностичні методики, кожна з яких вимірює окремий, але концептуально взаємопов'язаний компонент психологічної структури страху: рівень тривожності, емоційну стійкість та типові копінг-стратегії поведінки у стресових ситуаціях. Таке поєднання інструментів забезпечує багатовимірне, валідне й надійне оцінювання феномену дентофобії як емоційно-когнітивного процесу, що формується під впливом індивідуальних, ситуаційних і поведінкових факторів.

Застосування шкали Ч. Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI, у адаптації Ю. Ханіна) зумовлене необхідністю кількісного вимірювання двох рівнів тривожності – ситуативної (state anxiety) та особистісної (trait anxiety). Цей метод є одним із найпоширеніших і найбільш валідних інструментів у клінічній та медичній психології для вивчення емоційного напруження. У контексті проблеми дентофобії шкала дозволяє розмежувати тимчасову, реактивну тривожність, що виникає безпосередньо перед стоматологічним лікуванням, і стабільну особистісну тривожність, яка є рисою темпераменту та схильністю до тривожного реагування у стресових ситуаціях. Це розмежування є надзвичайно важливим, оскільки дентальна фобія може мати як ситуативну природу (страх конкретної процедури), так і особистісне підґрунтя (загальна тривожна готовність, недовіра, очікування болю). Отримані показники STAI дозволяють проаналізувати не лише інтенсивність емоційної реакції, а й ступінь її контролю. Високі результати за шкалою ситуативної тривожності вказують на гострий страх перед стоматологічною ситуацією, тоді як підвищені показники особистісної тривожності свідчать про стійку тенденцію до фобічного мислення й уникання стоматологічного лікування [21].

Таким чином, методика Спілбергера забезпечує діагностичну основу для визначення емоційної складової дентофобії, що виступає первинною ланкою у формуванні поведінкових і когнітивних реакцій страху.

Другим діагностичним інструментом дослідження є методика визначення рівня нейротизму й емоційної стабільності за Г. Айзенком (Eysenck Personality Inventory, EPI). Її використання обґрунтоване необхідністю оцінити індивідуально-типологічні особливості особистості, які впливають на сприйняття стресу, схильність до тривожних реакцій та адаптацію у стоматологічній ситуації. Нейротизм, за Г. Айзенком, визначає схильність людини до емоційних коливань, дратівливості, підвищеної чутливості до стресу та тривожності. У контексті дентальної фобії високий рівень нейротизму асоціюється з посиленою реактивністю нервової системи, схильністю до катастрофічних інтерпретацій болю, труднощами саморегуляції, що призводить до підвищеного страху перед стоматологічним втручанням. Водночас емоційна стійкість (протилежний полюс нейротизму) характеризує здатність особи зберігати спокій, врівноваженість та самоконтроль у ситуаціях потенційної загрози чи болю. Високі показники емоційної стабільності виступають психологічним буфером, що знижує вплив тривоги, дозволяє ефективніше застосовувати адаптивні копінг-стратегії та сприяє конструктивній співпраці з лікарем.

Застосування тесту Айзенка у цьому дослідженні забезпечує виявлення особистісної схильності до фобічних реакцій, що є ключовим елементом для формування цілісного психологічного профілю пацієнта з дентофобією. Отримані результати дозволяють розмежувати пацієнтів із ситуативним страхом від осіб із глибинною емоційною нестійкістю, які потребують тривалішої психологічної підтримки [21].

Для дослідження поведінкової складової дентальної фобії застосовується індикатор копінг-стратегій, створений на основі класифікацій Р. Лазаруса та С. Фолкмана. Використання цього інструменту дає змогу визначити, які саме стратегії подолання тривоги переважають у пацієнтів під час підготовки до

стоматологічного лікування. Методика охоплює три основні групи копінг-поведінки: проблемно-орієнтовані стратегії (пошук інформації, планування дій, звернення по підтримку); емоційно-орієнтовані стратегії (самозвинувачення, уникання, заперечення, емоційне реагування); адаптивні та неадаптивні форми регуляції стресу. У контексті дентальної фобії показники за цим індикатором відображають, як саме пацієнт реагує на страх і біль: активно шукає шляхи подолання проблеми чи уникає ситуації лікування. Наявність неадаптивних стратегій (наприклад, уникання або заперечення) свідчить про психологічні бар'єри, які підтримують фобію. Навпаки, використання адаптивних стратегій (когнітивна переоцінка, самоконтроль, соціальна підтримка) демонструє високий рівень саморегуляції та стресостійкості [43].

Таким чином, індикатор копінг-стратегій дає змогу оцінити поведінкові механізми, через які пацієнти намагаються контролювати свій страх, і є основою для подальшої розробки психологічних рекомендацій щодо підвищення ефективності допомоги.

Використання цих трьох методик забезпечує багатовимірну діагностику феномену дентальної фобії, що охоплює (рис. 2.1.): емоційний рівень (через вимірювання тривожності за шкалою Спілбергера); особистісний рівень (через оцінку емоційної стабільності за Айзенком); поведінковий рівень (через аналіз копінг-стратегій).

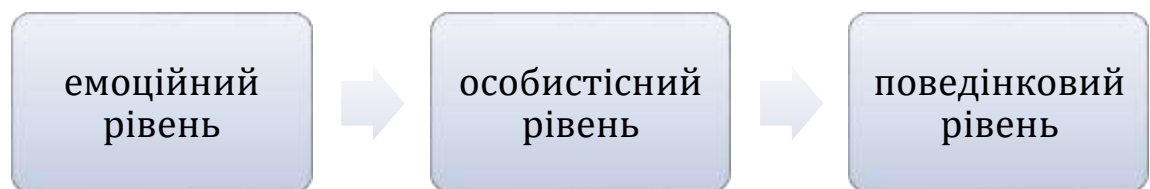


Рис. 2.1. Багатовимірна діагностика феномену дентальної фобії

Таке поєднання методів дозволяє не лише кількісно зафіксувати рівень страху, але й виявити його психологічні джерела, структуру та наслідки для поведінки пацієнта. Отримані дані забезпечують наукове обґрунтування психологічної допомоги пацієнтам із дентофобією, спрямованої на зниження тривожності, підвищення емоційної стійкості та розвиток ефективних стратегій саморегуляції у процесі стоматологічного лікування.

Таким чином, описано методологічні засади та організаційні умови емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення психологічних особливостей осіб із дентальною фобією. Визначено мету, завдання, базу, етапи проведення та обґрунтовано вибір психодіагностичного інструментарію, що забезпечує комплексне дослідження емоційного, особистісного й поведінкового рівнів феномена дентальної тривожності.

Дослідження передбачає використання шкали тривожності Спілбергера, тесту емоційної стійкості за Г. Айзенком та індикатора копінг-стратегій, що дозволить всебічно оцінити взаємозв'язки між тривожністю, емоційною стабільністю та способами подолання страху під час стоматологічного лікування.

Структура організації дослідження, яка включає підготовчий, основний і аналітичний етапи, відповідає вимогам наукової валідності та етичним стандартам психологічних обстежень. Отже, описана методика створює міцне підґрунтя для подальшої реалізації емпіричного етапу роботи та отримання науково обґрунтованих результатів, що стануть базою для розроблення практичних рекомендацій з психологічної допомоги пацієнтам із дентальною фобією.

Висновки до розділу 2

У другому розділі обґрунтовано методологічні засади та організацію майбутнього емпіричного дослідження психологічної допомоги пацієнтам із дентальною фобією. Показано, що дослідження спирається на положення сучасної клінічної та медичної психології, біопсихосоціальну модель здоров'я,

теорії тривожності та копіngu й ґрунтується на принципах детермінізму, системності, розвитку, гуманізму, валідності й об'єктивності. Дентальна фобія у межах обраної методології розглядається як складне психоемоційне утворення, у структурі якого взаємодіють когнітивні, емоційні, поведінкові та фізіологічні компоненти, зумовлені індивідуальними та соціально-контекстуальними чинниками.

Розкрито доцільність застосування комплексу методів дослідження дентальної фобії: клініко-психологічного, психодіагностичного та методу біологічного зворотного зв'язку. Клініко-психологічний підхід забезпечує глибинне розуміння переживань пацієнта, його досвіду взаємодії зі стоматологом та особливостей комунікативної поведінки. Психодіагностичні методики (шкала тривожності Спілберґера STAI, тест емоційної стійкості за Г. Айзенком, індикатор копінг-стратегій при дентальній фобії) дозволяють комплексно оцінити емоційний рівень (тривожність), особистісний рівень (нейротизм / емоційна стабільність) і поведінковий рівень (стратегії подолання страху). Залучення біофідбек-підходів розширює можливості об'єктивної реєстрації фізіологічних корелятів тривожності.

Організація емпіричного дослідження передбачає поетапну реалізацію – підготовчий, основний і аналітичний етапи – та здійснюється на базі стоматологічних клінік м. Коростеня Житомирської області за участю 56 респондентів віком від 17 до 53 років. Визначено мету, завдання, вибірку, описано умови проведення, дотримання етичних стандартів (добровільність, інформована згода, конфіденційність), а також заплановано використання кореляційного аналізу Пірсона для встановлення взаємозв'язків між тривожністю, емоційною стійкістю та копінг-поведінкою.

Таким чином, нами сформовано цілісну методологічну й організаційну модель емпіричного дослідження дентальної фобії, яка забезпечує наукову обґрунтованість, валідність та репрезентативність майбутніх результатів. Описана система методів та процедур створює міцне підґрунтя для подальшого емпіричного аналізу психологічних механізмів дентальної тривожності й

розроблення ефективних підходів до психологічної допомоги пацієнтам зі страхом стоматологічного лікування.

РОЗДІЛ 3

ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ДЕНТОФОБІЄЮ

3.1. Аналіз результатів дослідження надання психологічної допомоги пацієнтам з дентальною фобією

Вибірка емпіричного дослідження – 56 людей, мешканців міста Коростеня Житомирської області, вік від 17 до 53, віковий розподіл подано на діаграмі рис. 3.1.

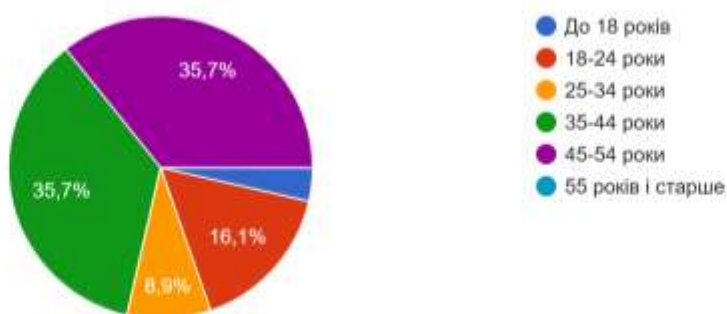


Рис. 3.1. Віковий розподіл респондентів

Як видно з діаграми дві основні групи - це люди віком від 35-44 і 45-54 років. 16,1% - 18-24 роки, майже 9 % люди віком 25-34 роки і 2 опитуваних до 18 років.

Збір емпіричних даних здійснювався у 2024-2025 роках із використанням онлайн-інструменту Google Forms, що забезпечило зручність, доступність та стандартизованість процедури опитування. Дослідження мало анонімний характер, що гарантувало дотримання етичних принципів конфіденційності та добровільної участі. Перед заповненням опитувальника респонденти надавали інформовану згоду на участь у дослідженні, обробку та використання отриманих даних у наукових цілях.

У межах опитування було передбачено збір соціально-демографічної інформації, зокрема розподіл учасників за статтю. Відповідно до отриманих

результатів, поданих на рис. 3.2, переважну частину вибірки становлять жінки – 85,7 % від загальної кількості опитаних. Це свідчить про більшу готовність жінок брати участь у дослідженнях, пов'язаних із емоційними аспектами здоров'я, а також про їх вищу відкритість до теми переживання страху та тривожності у медичних ситуаціях.

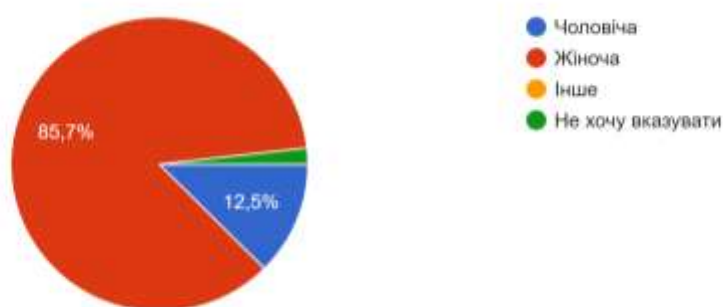


Рис. 3.2. Стать опитуваних

Одним із завдань емпіричного дослідження було простежити рівень тривожності щодо відвідування стоматолога. Рівень реактивної тривожності та особистісної визначали за допомогою шкали Спілберга. Отримано 56 відповідей. Тож особистісний рівень тривожності, пов'язаною з візитом до стоматолога, середній - 45 бали, проте близький до високого. Це можна пояснити стресом в умовах воєнного стану. Реактивний у межах середніх показників - 39 балів.

Наступний блок опитування частково сформований на основі тесту Айзенка на емоційну стійкість. Рівень емоційної стійкості зобразимо за віковими категоріями та подано у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Рівень емоційної стійкості

Вікові категорії	Рівень стійкості
18-24	Низький (7,5)
25-34	Середній (9,2)
35-44	Низький (4,3)
45-54	Низький (7,6)
До 18	Середній (14)
Загалом	Середній (8)

Отже, показник емоційної стійкості у межах дослідження використовується як ключовий індикатор схильності до розвитку дентальної фобії, оскільки модифікована версія тесту Айзенка включає низку запитань, безпосередньо пов'язаних із емоційними реакціями на стоматологічні ситуації. Зокрема, респондентам пропонувалося оцінити частоту проявів тривоги перед візитом до стоматолога, труднощів із концентрацією під час роздумів про стоматологічні процедури, а також появу фізіологічних симптомів – прискореного серцебиття чи пітливості – у контексті очікування стоматологічного втручання. Саме ці показники відображають взаємозв'язок між рівнем емоційної стабільності та інтенсивністю фобічного реагування.

Як засвідчують результати, подані на рис. 3.3, у загальній вибірці 66 % респондентів не виявляють ознак підвищеної тривожності, тоді як 34 % демонструють наявність тривожних реакцій, що може свідчити про наявність або ризик формування дентальної фобії. Найвищий рівень тривожності спостерігається у вікових групах 35-44 та 45-54 роки, де зафіксовано найнижчі показники емоційної стійкості. Така тенденція може бути зумовлена поєднанням соціально-психологічних та життєвих факторів – зростанням відповідальності, накопиченням негативного досвіду стоматологічного лікування та підвищеною соматичною чутливістю.

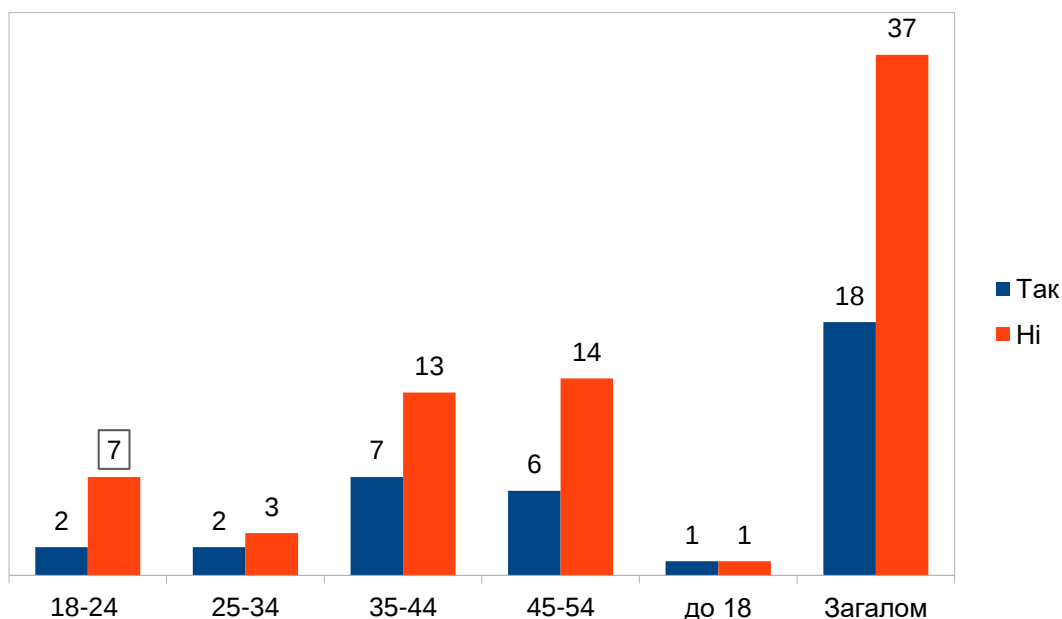


Рис. 3.3. Загальний рівень дентофобії за віковими групами

У середньому рівень емоційної стійкості серед опитаних оцінюється як середній, із найвищим показником (14 балів) у респондентів вікової категорії до 18 років, що свідчить про відносно низьку сформованість страху перед стоматологічними процедурами у молодшій віковій групі. Натомість дорослі учасники демонструють нижчі значення емоційної стабільності, що корелює з підвищеною тривожністю.

Порівняльний аналіз за гендерною ознакою показав, що рівень емоційної стійкості у чоловіків і жінок є приблизно однаково низьким, що підтверджує відсутність суттєвих гендерних відмінностей у схильності до проявів дентальної тривожності. Це вказує на універсальний характер впливу емоційної стійкості на формування страху стоматологічного лікування, незалежно від статі респондентів.

Ще одним важливим показником, який свідчить про глибину емоційного реагування, є наявність фізіологічних симптомів – прискореного серцебиття або підвищеної пітливості під час думок про стоматологічні процедури. Цей аспект є надзвичайно значущим, адже він демонструє тілесну складову тривожної реакції, що характерна для фобічних станів і свідчить про активацію симпатичної нервової системи навіть за відсутності реальної загрози.

Як показано на рис. 3.4, майже кожен третій респондент (приблизно 33 %) виявляє фізіологічні ознаки напруження, лише згадуючи про стоматологічне лікування. Така реакція може розглядатися як психосоматичний маркер дентальної фобії, оскільки поєднує когнітивний (думка про процедуру) та соматичний (фізична відповідь організму) рівні переживання страху.

Отже, отримані дані підтверджують, що емоційна стійкість та фізіологічна реактивність тісно взаємопов'язані: особи з нижчим рівнем емоційної стабільності демонструють більш виражені тілесні симптоми тривоги, що підсилює фобічне очікування і формує замкнене коло унікальної поведінки щодо стоматологічного лікування.

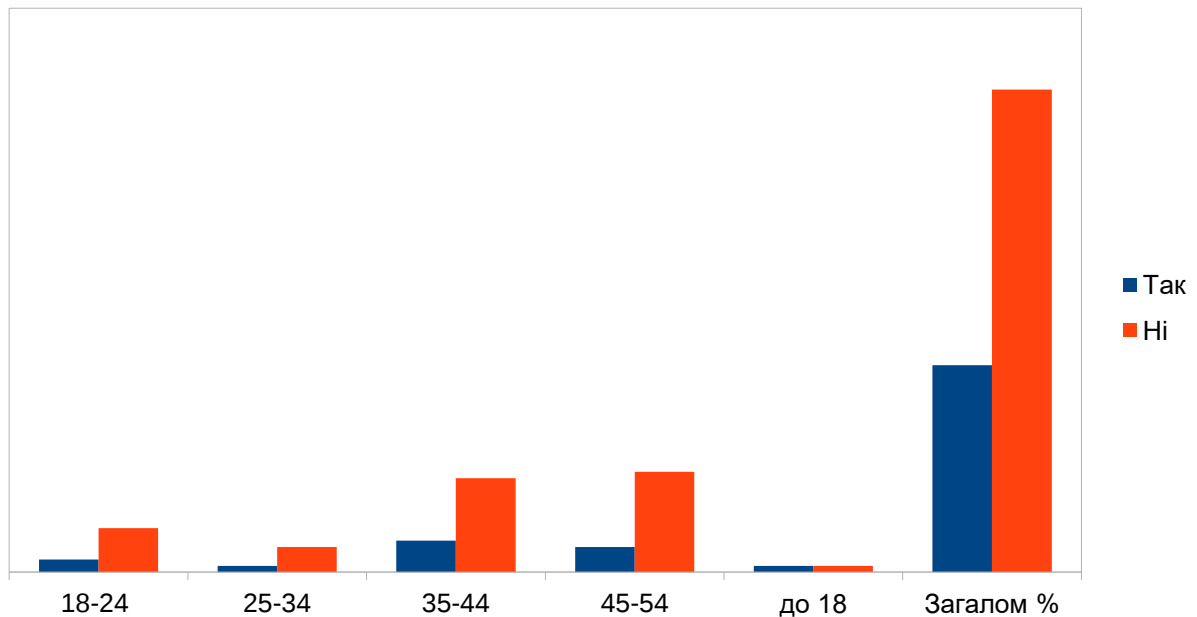


Рис. 3.4. Прискорене серцебиття та пітливість в опитуваних

Поряд із тестом емоційної стійкості в цьому блоці є запитання стосовно

Рис. 5 Самооцінка рівня дентофобії за 5-бальною шкалою

оцінки страху перед візитом до стоматолога. Респондентам запропонували ранжувати його за п'ятибальною шкалою: від 1 до 5, де 1 – немає страху, 5 – сильний страх.

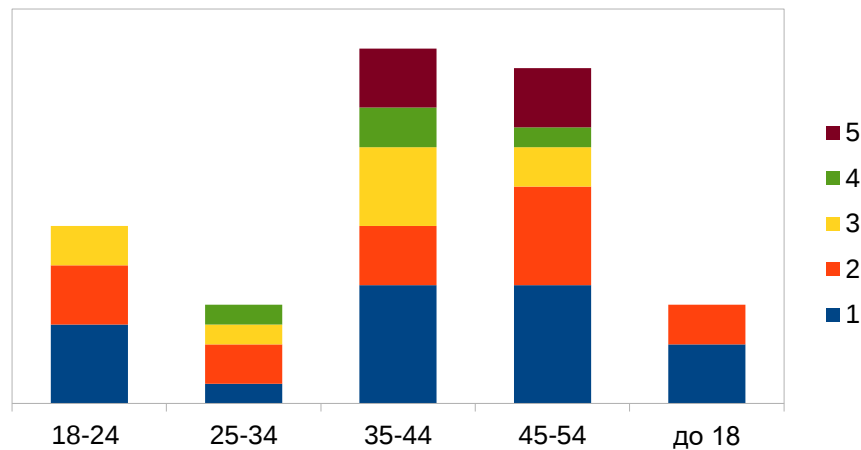


Рис. 3.5. Оцінка дентофобії за віковими групами

Яскраво виокремлюється оцінка 5 (сильний страх) у вікових групах людей середнього віку. У решти взагалі немає 5. Якщо брати загалом, оцінки розподілися таким чином (див. рис. 3.6.).

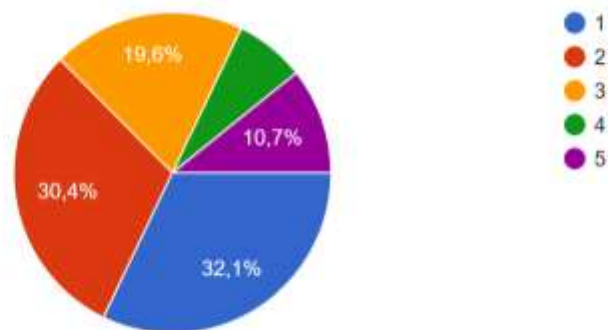


Рис. 3.6. Відсотковий розподіл самооцінки рівня дентофобії

Майже порівну найменший прояв страху 1 і 2, оцінка 3 - 19, 6 % респондентів. І кожен десятий опитуваний відчуває сильний страх перед візитом до стоматолога, тобто 10,7 відсотка.

Ця частина опитування містить також запитання, що називає ситуації, які викликають найбільший страх під час візиту до стоматолога. Це очікування болю, звук бормащини або інших інструментів, відчуття втрати контролю, можливість помилки лікаря. У табл. 3.2 подано відповіді опитуваних.

Таблиця 3.2.

Розподіл тригерів дентофобії за віковими групами

Вікові категорії	Очікування болю	Звук стомат. інструментів	Відчуття втрати контролю	Можливість помилки лікаря	Не відчую страху
18-24	6	3	-	1	1
25-34	3	2	-	-	3
35-44	11	4	-	2	2
45-54	6	6	1	6	3
До 18	1	1	-	1	-

Примітка: подано усереднені показники для n = 56

У межах опитування респондентам було запропоновано запитання з множинним вибором варіантів відповіді, яке дозволяло визначити, які саме стимули чи фактори викликають найбільший страх у контексті стоматологічного лікування. Аналіз отриманих даних свідчить про наявність вікових відмінностей у структурі страхів, що формують дентальну фобію.

Найбільш поширеним тригером серед усіх вікових груп виявився страх болю. Його найчастіше зазначали респонденти вікової категорії 35-44 роки, що може бути пов'язано з більш вираженим життєвим досвідом, наявністю негативних спогадів про стоматологічне лікування в минулому та підвищеною тривожністю, властивою середньому віку. Молодші учасники (18-24 роки) і респонденти старших вікових груп продемонстрували меншу інтенсивність цього страху - у кожній з цих груп зафіксовано по шість виборів, що вказує на відносно спокійніше ставлення до можливого болю.

Окрім болю, значущим чинником тривоги є звук стоматологічних інструментів. Цей сенсорний тригер викликає найбільше занепокоєння у респондентів вікової групи 45-54 роки, які, як правило, демонструють вищу тілесну чутливість та схильність до передбачення можливих неприємних

відчуттів. Саме ця група також частіше за інших зазначала страх лікарської помилки, що свідчить про сформований критичний рівень усвідомлення ризиків і водночас зниження рівня довіри до медичного персоналу. У цій категорії зафіксовано найбільшу кількість виборів (6), що дозволяє трактувати її як групу з підвищеною когнітивною настороженістю щодо стоматологічних процедур.

Таким чином, результати підтверджують, що характер страхів змінюється з віком: якщо молодь частіше реагує на безпосередній сенсорний компонент болю, то люди середнього та старшого віку виражають комплекснішу тривогу, яка охоплює як тілесні, так і когнітивні аспекти – страх технічної помилки, втрати контролю або непередбачуваності дій лікаря. На рис. 3.7. подано загальне відсоткове співвідношення тригерів дентофобії.

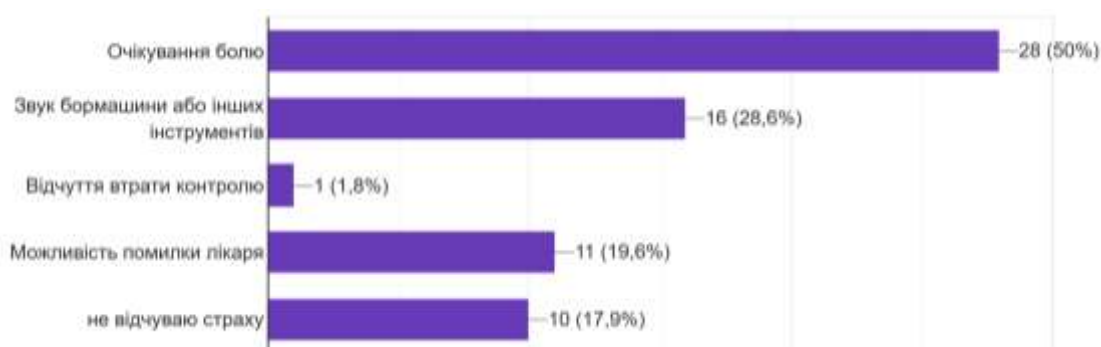


Рис. 3.7. Тригери дентофобії

Як показано на рис. 3.7, провідним тригером, що викликає дентальну фобію серед опитаних, є очікування болю – саме цей чинник зазначила половина респондентів. Майже 29 % учасників вказали, що найбільше їх лякає звук бормашини або інших стоматологічних інструментів, тоді як 20 % опитаних відзначили можливість лікарської помилки як головне джерело страху. Отже, домінуючим подразником у структурі дентальної тривожності виступає фізичне очікування болю, яке є природною фізіологічною реакцією організму на потенційну загрозу. Навіть сенсорні або когнітивні чинники – як звук стоматологічного обладнання чи побоювання щодо некоректних дій лікаря – опосередковано пов'язані саме з ризиком больових відчуттів, що підтверджує первинність цього механізму у формуванні страху.

Таким чином, страх болю можна вважати базовим компонентом дентальної фобії, оскільки він поєднує як тілесний, так і емоційний рівні реагування. Фізичний біль – або його уявлення – виступає центральним подразником, що активує тривожну реакцію навіть до початку стоматологічної процедури.

Цікаво, що в межах того ж блоку респондентам було поставлено запитання: «Чи вважаєте ви, що ваш рівень емоційної стійкості впливає на страх перед стоматологом?»

Більшість учасників – 80,5 % – відповіли, що емоційна стійкість не впливає на прояви страху, тоді як решта респондентів зазначили, що певний зв'язок усе ж існує. Серед аргументів наводилися такі твердження: «Чим вища емоційна стійкість, тим менше людина схильна до страху чи стресу», «Я довіряю своєму стоматологу на всі 100 %», «Боюсь лише вартості лікування, а не самого прийому», «Це не підлягає контролю».

Аналіз відповідей дає підстави вважати, що більшість респондентів не усвідомлюють прямого впливу емоційної стійкості на рівень тривожності, розглядаючи свій страх радше як ситуативну або фізіологічну реакцію, а не як рису особистості. Така тенденція свідчить про низький рівень рефлексії власних емоційних процесів і недостатнє розуміння психологічних механізмів виникнення страху.

Додатковий аналіз за віковими групами показав, що у категорії 18-24 роки 82 % респондентів також вважають, що емоційна стійкість не впливає на прояви дентофобії. Це може бути пов'язано з меншою усвідомленістю емоційних станів у молодшому віці, а також із меншою кількістю негативного досвіду стоматологічного лікування.

Отже, результати цього етапу дослідження підтверджують, що ключовим фактором формування дентальної фобії залишається страх болю, тоді як роль емоційної стійкості часто недооцінюється респондентами. Це відкриває перспективи для подальшої психоедукаційної роботи та психологічних

інтервенцій, спрямованих на розвиток усвідомленості, саморегуляції та довіри до процесу стоматологічного лікування.

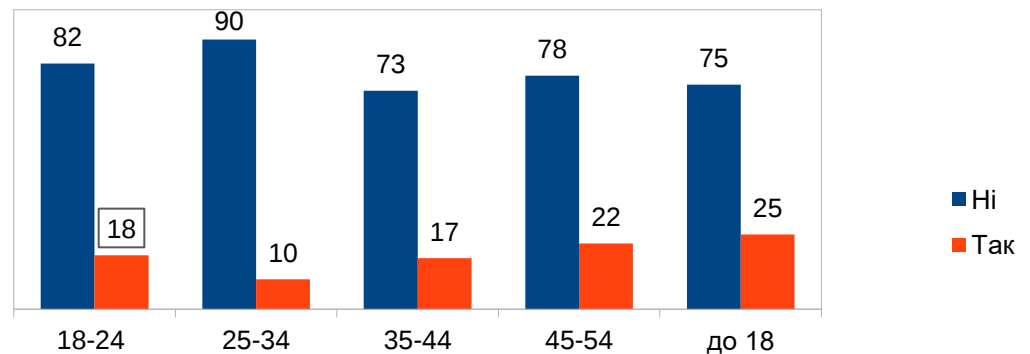


Рис. 3.8. Зв'язок емоційної стійкості з проявами дентофобії за віком

Вікові груп 18-24 і 25-34 відповідно до результатів показують, що не вбачають зв'язку між емоційною стійкістю та дентофобією.

Окремим блоком в емпіричному дослідженні є індикатор копінг-стратегій при дентофобії, у якому досліджуємо стратегії подолання дентофобії та їхню ефективність.

Респондентам поставлено запитання «Чи використовуєте ви якісь методи підготовки перед візитом до стоматолога?». На рис. 3.9. ми можемо побачити відповіді. Тож більшість респондентів не використовує жодних прийомів, які допомагають боротися зі страхами перед відвідуванням стоматолога. Наступним було питання про методи подолання дентофобії, а далі виявляли ефективність таких методів.

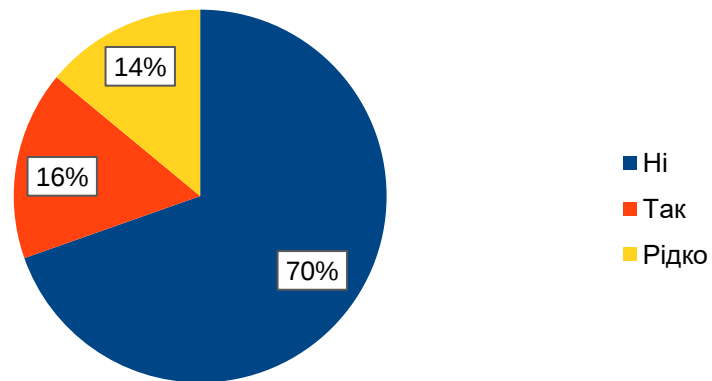


Рис. 3.9. Використання методів подолання дентофобії

Також потрібно показати стратегії, які запропонували опитувані. Рис.3.10.

Насамперед майже третина опитуваних (30,4%) не використовує жодну стратегію, ще 32% відсотків відволікають себе, уявляючи щось приємне, 30, 4% розмовляють про свої страхи з лікарем, 21, 7% слухають музику під час стоматологічних процедур, медитують або роблять дихальні вправи майже 11% респондентів, по 6,5% відсотків користуються підтримкою близької людини або вживають заспокійливе.

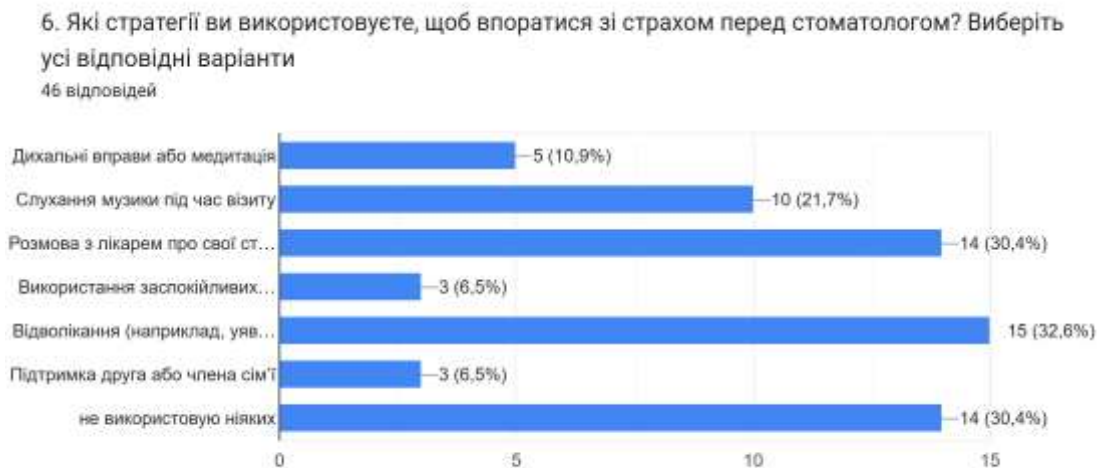


Рис. 3.10. Стратегії подолання дентофобії

У таблиці 3.3. ми розглянемо застосування стратегій подолання дентофобії віковими групами у відсотковому співвідношенні.

Таблиця. 3.3.

Стратегії подолання дентофобії за віковими групами

Стратегії	До 18 р.	18-24	25-34	35-44	44-55
Не використовую жодної	10%	10%	25%	31,5%	26,6%
Відволікання	24%	29%	10%	15,7%	20%
Підтримка друга або члена сім'ї	15%	21%	-	-	-
Слухання музики під час візиту	16%	10%	15%	21%	20%
Розмова з лікарем про свої страхи	-	-	32%	21%	16,6%
Дихальні вправи або медитація	25%	21%	10%	5,2%	6,6%
Використання заспокійливого	-	9%	8%	5,2%	-

Отримані результати аналізу копінг-стратегій дозволяють виявити виразні вікові відмінності у способах подолання дентальної тривожності.

Найбільша частка осіб, які не використовують жодних запропонованих стратегій, припадає на вікову групу 35-44 роки (31,5%), дещо менше – 26,6% у групі 44-55 років. Це свідчить про тенденцію до пасивних або унікальних форм реагування серед респондентів середнього віку. Водночас усі представники вікової групи до 18 років зазначили, що застосовують певні способи подолання страху, що може вказувати на більш гнучкі адаптивні механізми або менший рівень фобічних установок.

Відволікання як найпоширенішу стратегію найчастіше використовують особи віком 18-24 роки (29%), тоді як серед респондентів 25-34 років цей показник найнижчий – 10%. Інші вікові групи демонструють приблизно однаковий рівень застосування відволікання (близько 20%).

Цікаво, що підтримкою близьких людей користуються переважно респонденти молодшого віку – 18-24 роки (21%) та особи до 18 років (16%), тоді як у старших групах така стратегія практично не застосовується. Це може

пояснюватися віковими відмінностями у соціальній автономії та рівні довіри до зовнішніх джерел підтримки.

Слухання музики як засіб саморегуляції є відносно універсальною стратегією для всіх груп, але найбільш активно її використовують респонденти віком 35-44 роки (21%). В інших категоріях частота згадувань варіює в межах 10-16%, що свідчить про стабільну присутність цієї техніки серед способів емоційного розвантаження.

Розмови з лікарем про власні страхи найчастіше відзначали учасники 25-34 років, які виявляють схильність до раціонального подолання тривоги через комунікацію та усвідомлення. Натомість молодші респонденти (до 18 і 18-24 роки) взагалі не обирали цю стратегію, тоді як старші групи (35-44 і 44-55 років) використовують її помірно (16,6-21%).

Найвиразнішу вікову динаміку демонструють дихальні вправи та медитації: їх активно застосовують неповнолітні (35%), далі показники поступово знижуються – 21% (18-24 роки), 10% (25-34 роки), 5,2-6,6% (35-55 років). Це свідчить про зростання тілесної напруги й зниження навичок саморегуляції з віком.

Медикаментозні засоби використовуються рідко: 9% серед 18-24 років, 8% – у групі 25-34, 5,2% – у 35-44, тоді як старші групи взагалі не застосовують цей спосіб.

Узагальнюючи, можна зазначити, що найбільш уживаними копінг-стратегіями серед респондентів усіх вікових категорій є відволікання від тригерів за допомогою власної уяви та слухання музики, тоді як найрідше використовуються медикаменти та звернення по підтримку до близьких.

Віковий аналіз показує, що: неповнолітні віддають перевагу дихальним вправам і медитації (25%), уникаючи спілкування з лікарем чи медикаментів; молодь 18-24 років найчастіше обирає відволікання через музику (29%), рідко – медикаменти (9%); особи 25-34 років частіше за інших говорять із лікарем (32%), але майже не звертаються по підтримку до близьких; група 35-44 років надає перевагу музиці та розмові з лікарем (по 21%), демонструючи низьку

частоту використання інших методів; респонденти 44-55 років обирають відволікання та слухання музики (по 20%), рідко застосовуючи дихальні техніки (6,6%) і зовсім не користуючись підтримкою близьких.

Отже, структура копінг-поведінки в умовах дентальної фобії відображає як вікові особливості емоційної регуляції, так і рівень психологічної зрілості, що визначає способи взаємодії з власним страхом – від емоційно-тілесних до когнітивно-комунікативних стратегій.

Наступним запитанням у блоці «Індикатор копінг-стратегій» було загальна оцінка запропонованих стратегій. Використано 5-бальну шкалу від 1 до 5, де 1 – зовсім не ефективно, 5 – дуже ефективно. Див. рис. 3. 11.

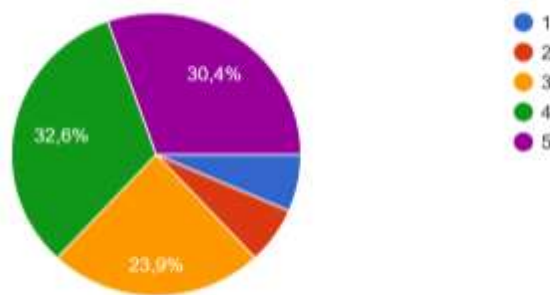


Рис. 3. 11. Загальна оцінка копінг-стратегій подолання дентофобії

На рис. 3. 11. ми бачимо, що третина респондентів (32, 6 %) високо оцінює вищевикладені копінг-стратегії і вважає їх дуже ефективними. Трішки менше 30,4% визначає шляхи подолання дентофобії ефективними, майже 24% частково ефективними, тобто загалом 87% опитуваних визнають запропоновані в опитуванні копінг-стратегії ефективними.

У блоці про копінг-стратегії були 2 запитання відкритого типу без варіантів: «Чи є щось, що, на вашу думку, могло б допомогти зменшити страх перед стоматологом?», «Чи хотіли б ви поділитися своїм досвідом подолання дентофобії?». Респонденти надали цілу низку відповідей.

Група опитуваних віком 18-24 роки запропонували такі способи подолання дентофобії: «Тільки підтримка з боку рідних», «Намагаюсь не зосереджуватися на звуках», «Позитивний настрій:)), «З хорошим та позитивним настроєм йти на лікарський прийом стоматолога:)), «Перед

відвідуванням подивитися відео про стоматологічні процедури», «Однозначним кроком в такій ситуації є пошук того стоматолога, який не викликає у людини страху. Тобто, це індивідуально і іншого варіанту подолання страху, на жаль, не бачу», «Робити всі процедури з анестезією», «На жаль, досі маю дентафобію, хоч і намагаюсь з цим боротись усіма можливими способами.».

Люди віком 25-34 роки: «Так, самоналаштування », «Впевненість в тому, що не буде болі. Розуміння, що лікар професіонал», «Перцевий балончик) або стоматолог має бути знайомою перевіреною людиною.».

Респонденти віком 35-44 роки пропонують наступні варіанти: «Зараз стоматологія дуже позитивна,окрім цін», «Упевненість в кваліфікації лікаря», «Не було такого досвіду, потрапляла до кращих лікарів тому страху немає», «Знайти хорошого лікаря якому довіряєте », «Самовпевненість самого пацієнта», «Довіра до лікаря».

Опитувані віком 45-54 надалі такі відповіді: «Спілкування з лікарем», «Відволікаючі приємні думки», «Не думати про погане», «Думати про відпочинок», «Тільки підтримка лікаря», «Наявність коштів щоб відвідувати дорогі клініки», «Міцний чай».

Проаналізувавши відповіді, можемо зробити висновки, що всі групи долають дентофобію за допомогою самонавіювання і налаштування та важливим для респондентів є довірливі стосунки з стоматологом.

3.2. Аналіз взаємозв'язків між показниками психологічних особливостей пацієнтів із дентальною тривожністю

На початку дослідження ми сформуvalи гіпотезу, у якій припускаємо про наявність взаємозв'язку між рівнем особистісної тривожності та емоційною стійкістю респондентів, які виявляють ознаки дентофобії. Для перевірки гіпотези було проведено кореляційний аналіз за коефіцієнтом Пірсона (r). Вибірка становила $n = 56$ осіб.

Таблиця 3.4

Кореляція рівня особистісної тривожності та емоційної стійкості

Психологічний показник	Позначення	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)	Мін-Макс
Особистісна тривожність (STAI-T)	X	45,0	8,0	27-65
Емоційна стійкість (методика Айзенка, модифікована)	Y	8,0	3,0	3-18

За таблицею критичних значень t для $p < 0.001$ ($t_{кр} \approx 3,46$) отримане значення $t = -4,01$ перевищує критичне, що свідчить про статистично значущий обернений зв'язок.

Отриманий результат ($r = -0,48$ $t(54) = -4,01$; $p < 0,001$) вказує на обернений кореляційний зв'язок середньої сили між особистісною тривожністю та емоційною стійкістю.

Це означає, що чим нижча емоційна стійкість, тим вищий рівень особистісної тривожності, і навпаки – більш емоційно стабільні особи менше схильні до підвищеної тривожності, зокрема в ситуації очікування стоматологічного втручання.

Такий зв'язок цілком закономірний, оскільки емоційна стійкість розглядається як психологічний ресурс регуляції емоційних станів, що забезпечує здатність людини зберігати внутрішню рівновагу у стресових ситуаціях. Низька емоційна стійкість обумовлює високу реактивність нервової системи й знижену толерантність до неприємних відчуттів, що посилює схильність до виникнення страху перед стоматологом.

Результати емпіричного дослідження підтверджують положення транзакційної теорії стресу Р. Лазаруса, відповідно до якої тривожність є наслідком оцінки ситуації як загрозливої при обмежених ресурсах саморегуляції [2].

У контексті дентофобії, низька емоційна стійкість може виступати як внутрішній чинник ризику - вона підсилює страх болю, невизначеності та втрати контролю під час стоматологічних процедур.

Отже, робота з підвищення емоційної стійкості пацієнтів (через навчання релаксаційним технікам, дихальним вправам, методам когнітивного переформулювання) є важливою складовою психологічної допомоги.

Було встановлено обернений кореляційний зв'язок середньої сили між рівнем особистісної тривожності та емоційною стійкістю ($r = -0,48$; $t(54) = -4,01$; $p < 0,001$).

Це свідчить, що чим нижчий рівень емоційної стійкості, тим вищий рівень особистісної тривожності, що узгоджується з теоретичними уявленнями про роль емоційної регуляції у формуванні дентофобії та може слугувати підґрунтям для розроблення профілактичних і психокорекційних програм.

Оскільки змінні задають інтенсивність станів, первинно застосовано кореляцію Пірсона r (перевірка нормальності STAI-S – ок, шкала страху вважається квазіінтервальною). Для надійності також наведено Spearman ρ (порядкова природа шкали 1-5).

Таблиця 3.5

Кореляція ситуативної тривожності та самооцінки страху

Показник	Позначення	Середнє (M)	SD	Мін-Макс
Ситуативна тривожність (STAI-S)	X	39,0	7,2	22-58
Самооцінка страху перед стоматологом (1-5)	Y	2,5	1,1	1-5

Отримано помірний позитивний зв'язок між ситуативною тривожністю та самооцінкою страху: вищі значення STAI-S асоціюються з вищим суб'єктивним страхом перед стоматологічним втручанням. Практично це відповідає очікуваній картині: коли пацієнт оцінює ситуацію як загрозливу (біль, втрата

контролю, звук інструментів), реактивна тривожність зростає, що підсилює переживання страху.

За результатами кореляційного аналізу виявлено позитивний зв'язок середньої сили між рівнем ситуативної тривожності та самооцінкою страху перед стоматологом ($r = 0,44$; $t(54) = 3,60$; $p < 0,001$; 95% ДІ [0,20; 0,63]). Ефект підтверджено ранговою кореляцією ($\rho = 0,46$; $p < 0,001$), що свідчить про зростання ситуативної тривожності супроводжується підвищенням суб'єктивного страху. Результат узгоджується з транзакційною моделлю стресу (оцінка загрози $\rightarrow$ емоційна реакція) та підкреслює доцільність інтервенцій, спрямованих на регуляцію тривоги (дихальні техніки, релаксація, когнітивне переформулювання, комунікація з лікарем).

Одним із завдань кореляційного аналізу було виявлення статистично значущі відмінностей у рівні ситуативної тривожності між чоловіками та жінками, які виявляють страх перед стоматологічним втручанням. Вибірка становила 56 осіб: жінки - $n_1 = 48$ осіб (85,7%), чоловіки - $n_2 = 8$ осіб (14,3%). Кореляція проводилася на основі шкали ситуативної тривожності Спілбергера–Ханіна (STAI-S).

Таким чином, отримане значення $p > 0,05$ свідчить про відсутність статистично значущої різниці між групами, проте виявляється тенденція до більшої реактивної тривожності у жінок.

Отримані дані показують, що жінки характеризуються дещо вищим рівнем ситуативної тривожності ($M = 40,0$) порівняно з чоловіками ($M = 35,0$). Хоча різниця не є статистично значущою ($p = 0,06$), вона вказує на тенденцію до більшої емоційної реактивності у жінок у ситуації стоматологічного втручання.

Такий результат відповідає численним емпіричним даним (Spielberger, 1983; Endler & Kosovski, 2001), які підтверджують, що жінки загалом демонструють вищі рівні тривожності через більшу емоційну чутливість, соціально обумовлену експресивність та відмінності у стратегіях емоційної регуляції. У контексті дентофобії це може виявлятися у підвищеній напрузі, очікуванні болю та униканні стоматологічних процедур [15; 27].

Емоційна реактивність жінок може бути пов'язана з гіперактивацією механізмів передбачення болю та контрольних установок. Чоловіки демонструють нижчі показники ситуативної тривожності, імовірно через вищу толерантність до стресових подразників або меншу схильність до вербалізації страху.

Виявлена тенденція свідчить про доцільність гендерночутливих підходів у психологічній допомозі: для жінок ефективними є релаксаційні, когнітивно-поведінкові та емоційно-регуляційні методики; для чоловіків — короткострокові інтервенції, спрямовані на контроль поведінкових реакцій (дихання, концентрація, інформаційна підготовка).

Рівень ситуативної тривожності у жінок ($M = 40, 0$; $SD = 7, 5$) був дещо вищим, ніж у чоловіків ($M = 35, 0$; $SD = 6, 8$), однак ця різниця не досягла статистичної значущості ($t(54) = 1, 90$; $p = 0, 06$).

Ефект середньої сили (Cohen's $d = 0, 68$) вказує на тенденцію до більшої реактивної тривожності у жінок, що може бути зумовлено підвищеною емоційною чутливістю та соціально-психологічними факторами. Цей результат підтверджує необхідність подальшого вивчення гендерних особливостей переживання страху перед стоматологом та врахування цих аспектів у програмах психологічної підтримки пацієнтів.

3.3. Стратегії надання психологічної допомоги пацієнтам з дентальною фобією

Результати кореляційного аналізу засвідчили наявність системних взаємозв'язків між рівнем особистісної тривожності, емоційною стійкістю та суб'єктивними проявами страху перед стоматологічним втручанням. Отримані дані дозволяють окреслити низку психологічних особливостей, які необхідно враховувати під час надання психологічної допомоги пацієнтам із дентальною фобією (рис. 3.12)



Рис. 3.12. Психологічні особливості, які необхідно враховувати під час надання психологічної допомоги пацієнтам із дентальною фобією

Емоційна стійкість як базовий ресурс регуляції страху. Виявлений обернений зв'язок середньої сили ($r = -0,48$; $p < 0,001$) між особистісною тривожністю та емоційною стійкістю свідчить, що зниження здатності до емоційної саморегуляції безпосередньо підсилює схильність до тривожності та фобічних реакцій. Це узгоджується з концепцією емоційної регуляції, згідно з якою емоційна стійкість визначає здатність індивіда ефективно опрацьовувати стресові стимули.

Для практичної психологічної роботи це означає, що пацієнтам із низьким рівнем емоційної стійкості доцільно пропонувати релаксаційні техніки, дихальні вправи, методи тілесної усвідомленості (mindfulness) та когнітивне переформулювання тривожних думок. Метою є зниження фізіологічного напруження, формування відчуття безпеки та відновлення суб'єктивного контролю над ситуацією.

Ситуативна тривожність як індикатор очікування болю. Позитивна кореляція між ситуативною тривожністю та самооцінкою страху ($r = 0,44$; $p < 0,001$) підтверджує, що страх перед стоматологом має реактивну природу – він зростає під час актуальної загрози болю чи втрати контролю. Такий результат

узгоджується з транзакційною моделлю стресу Р. Лазаруса та С. Фолкмана (1984), відповідно до якої інтенсивність емоційної реакції залежить від оцінки ситуації як загрозливої за умов обмежених ресурсів подолання.

Отже, у процесі психологічного супроводу доцільно використовувати психоедукаційні інтервенції, які сприяють зміні когнітивної оцінки стоматологічної ситуації: інформування про процедуру, демонстрація безпечного інструментарію, створення передбачуваного сценарію дій лікаря. Це знижує невизначеність і, відповідно, рівень ситуативної тривожності.

Гендерні особливості емоційного реагування. Аналіз показників ситуативної тривожності показав, що жінки характеризуються вищими середніми значеннями ($M = 40,0$) порівняно з чоловіками ($M = 35,0$), хоча різниця не є статистично значущою ($p = 0,06$).

Для психологічної практики це означає доцільність гендерно чутливого підходу: для жінок – застосування емоційно-регуляторних, когнітивно-поведінкових та релаксаційних технік, спрямованих на усвідомлення й контроль емоційних реакцій; для чоловіків – короткострокові поведінкові інтервенції, які зосереджені на диханні, концентрації уваги та інформаційній підготовці до процедури.

Копінг-стратегії як показник психологічної зрілості. Аналіз копінг-стратегій показав, що переважна більшість респондентів обирає відволікання, слухання музики, дихальні вправи та медитацію, тоді як підтримку близьких та медикаменти використовують рідко. Це свідчить про переважання індивідуально спрямованих механізмів подолання, що з одного боку демонструє автономність, але з іншого – може свідчити про недостатню соціальну підтримку у ситуаціях страху.

Тому психологічна допомога має включати елементи розвитку соціальної довіри, комунікативної відкритості й партнерської взаємодії зі стоматологом. Важливо також навчати пацієнтів адаптивних стратегій саморегуляції, таких як використання технік самонавіювання, позитивної візуалізації чи коротких сеансів медитації перед лікуванням.

На основі проведеного аналізу можна виокремити кілька ключових напрямів роботи психолога з пацієнтами, що мають ознаки дентальної фобії:

1. Психоедукація: інформування про природу страху, фізіологію болю та механізми його контролю.
2. Формування довіри до лікаря: моделювання відкритої комунікації, підтримка пацієнта у вербалізації своїх переживань.
3. Розвиток емоційної стійкості: навчання саморегуляції, релаксації, дихальних і тілесно-орієнтованих технік.
4. Когнітивно-поведінкові методи: виявлення та трансформація ірраціональних переконань («усе лікування болюче», «лікар може помилитися»).
5. Розвиток копінг-ресурсів: активізація позитивних стратегій подолання – відволікання, музичної терапії, медитації.

Отримані результати підтверджують, що дентальна фобія має комплексний психоемоційний характер, у структурі якої взаємодіють емоційна стійкість, тривожність і копінг-стратегії. Низька емоційна стійкість є предиктором підвищеної особистісної тривожності, а висока ситуативна тривожність безпосередньо підсилює страх перед стоматологічним лікуванням. Отже, психологічна допомога пацієнтам із дентальною фобією має бути спрямована на підвищення емоційної регуляції, розвиток довіри, зміну когнітивних оцінок загрози та формування ефективних копінг-стратегій як засобів профілактики й подолання тривоги.

Узагальнення результатів теоретичного аналізу та емпіричного дослідження (кореляції між тривожністю й емоційною стійкістю, виявлені тригери, вікові особливості копінг-стратегій) дає змогу сформулювати систему психологічних стратегій допомоги пацієнтам із дентальною фобією. Ці стратегії мають бути багаторівневими, поєднувати психотерапевтичні, організаційні та медико-технологічні підходи та ґрунтуватися на індивідуальних психологічних характеристиках пацієнта.

Отримані дані засвідчують, що психологічна допомога має спиратися на попередню психодіагностику.

Зокрема, результати за STAI, модифікованою методикою Айзенка та індикатором копінг-стратегій дозволяють: виокремити пацієнтів із високою особистісною та ситуативною тривожністю; виявити осіб із низькою емоційною стійкістю, які є більш уразливими до формування дентофобії; оцінити, які копінг-стратегії пацієнт уже використовує (відволікання, музика, медитація, розмова з лікарем, підтримка близьких, медикаменти тощо).

З урахуванням того, що більшість респондентів не усвідомлюють ролі емоційної стійкості у формуванні страху та рідко користуються соціальною підтримкою, психологічна допомога має включати роз'яснення ролі особистісних ресурсів та навчання більш адаптивним способам подолання тривоги.

З огляду на те, що провідним тригером є очікування болю, а також страх звуку інструментів і можливої лікарської помилки, ключовою стратегією є психоедукація та якісна комунікація стоматолога з пацієнтом.

Основні завдання цього напрямку:

- пояснення суті процедури, етапів лікування, методів знеболення, можливих відчуттів;
- корекція катастрофічних уявлень («усе буде дуже боляче», «лікар обов'язково помилиться»);
- формування реалістичного уявлення про тривалість, інтенсивність і контрольованість болю;
- створення атмосфери довіри через активне слухання, емпатію, доброзичливий, спокійний тон, відкриту невербальну поведінку.

Особливого значення набуває двостороннє спілкування: пацієнта заохочують ставити запитання, проговорювати свої страхи, узгоджувати «стоп-сигнали» (умовна домовленість про можливість перервати процедуру), що посилює почуття контролю й знижує тривогу.

Виявлені у дослідженні фізіологічні прояви тривоги (прискорене серцебиття, пітливість, напруга) та значущий зв'язок між тривожністю й емоційною стійкістю обґрунтовують доцільність навчання пацієнтів технікам емоційної саморегуляції.

До ефективних методів належать:

- прогресивна м'язова релаксація (за Якобсоном) – поетапне напруження і розслаблення груп м'язів, що знижує соматичну напругу;
- дихальні техніки (повільне діафрагмальне дихання, подовжений видих), які зменшують активацію симпатичної нервової системи;
- аутогенне тренування – формування стану спокою через автосугестію та концентрацію на відчуттях важкості, тепла, рівного дихання;
- функціональна релаксація – мікрорухи в поєднанні з усвідомленням тілесних відчуттів;
- музикотерапія – прослуховування спокійної музики як до, так і під час лікування, що особливо актуально, зважаючи на те, що в емпіричному дослідженні музика є однією з найчастіше обраних копінг-стратегій.

Ці техніки можуть навчатися як психологом до візиту, так і частково – стоматологом безпосередньо в клініці (короткі інструкції перед початком втручання).

З огляду на виявлені когнітивні спотворення (катастрофізація, перебільшення небезпеки, зосередженість на болю), доцільним є використання когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) як провідної психотерапевтичної стратегії подолання дентофобії.

Основні елементи КПТ у цьому контексті: ідентифікація та аналіз негативних автоматичних думок щодо стоматологічного лікування; когнітивна реструктуризація – заміна ірраціональних переконань більш реалістичними (наприклад, «сучасне лікування здебільшого безболісне», «лікар зацікавлений у моєму комфорті»); поведінкові експерименти – поступове зіткнення з «лякаючими» ситуаціями з фіксацією реального досвіду (короткі візити без лікування, огляд, проста гігієнічна процедура); тренінг самоствердження –

розвиток навичок відкритого висловлення своїх потреб, страхів, запитів до лікаря.

До поведінкових методів, доречних у роботі з пацієнтами, належать систематична десенсибілізація (поступове звикання до стимулів за ієрархією від менш до найбільш тривожних), метод «tell-show-do» («розкажи – покажи – зроби»), моделювання (спостереження за позитивним досвідом інших пацієнтів).

Беручи до уваги, що очікування болю є домінантним тригером, важливо поєднувати психологічну роботу зі сучасними методами знеболення та седації.

Психологічно доцільним є: детальне пояснення пацієнтові принципів дії місцевої анестезії; використання менш загрозливих засобів введення (комп'ютерно-керовані системи, тонкі голки, попередня аплікаційна анестезія); за необхідності – обговорення варіантів седації (мінімальної, помірної, глибокої) та, у виняткових випадках, загальної анестезії.

Психологічна допомога в цьому блоці полягає у зменшенні страху перед самим фактом знеболення, поясненні його безпечності, можливих відчуттів, контролю за диханням і напругою в момент ін'єкції.

Оскільки частина тригерів має сенсорну природу (звук бормащини, вигляд інструментів, запахи, яскраве світло), доцільно застосовувати концепцію сенсорно адаптованого стоматологічного простору: приглушене, м'яке освітлення; фонову спокійну музику; зменшення впливу «загрозливих» візуальних стимулів (мінімальна демонстрація інструментів, естетичний інтер'єр); використання приємних запахів (ароматерапія) для маскування специфічних медичних запахів; скорочення часу очікування та мінімізація контакту зі звуковими стимулами до початку лікування.

Адміністративний та середній медичний персонал відіграє важливу роль у створенні атмосфери доброзичливості, спокою й підтримки, оскільки саме з ними пацієнт контактує у перші хвилини перебування в клініці.

З огляду на специфіку дитячої тривожності та рекомендації AAPD, психологічна допомога дітям ґрунтується на: попередніх візитах без лікування

(знайомство з кабінетом, лікарем, обладнанням); використанні ігрових методів та наочних матеріалів (мультфільми, моделі зубів, історії про «хоробних пацієнтів»); системі заохочень (похвала, невеликі подарунки після процедури); тісній співпраці з батьками, які мають виступати моделлю спокійного ставлення до лікування.

У дітей особливо важливо не допустити формування первинного травматичного досвіду, оскільки він у подальшому стає основою для хронічної дентофобії в дорослому віці.

Психологічно значущим є не лише підготовчий та процедурний етапи, а й післяпроцедурний супровід: короткий зворотний зв'язок: запитання про самопочуття, визнання зусиль пацієнта («ви добре впорались»); чіткі, зрозумілі рекомендації щодо догляду та можливих відчуттів після процедури; за потреби – планування наступних візитів із позитивним акцентом («наступного разу буде ще легше»).

Це сприяє формуванню нового, позитивного досвіду, який поступово замінює травматичні уявлення й знижує інтенсивність фобічних реакцій.

Отже, ефективні стратегії психологічної допомоги при дентальній фобії мають бути: науково обґрунтованими (спиратися на дані про взаємозв'язки тривожності, емоційної стійкості й копінг-стратегій); багаторівневими (поєднання психотерапевтичних, організаційних та медико-технологічних методів); індивідуалізованими (урахування віку, рівня тривожності, наявних копінг-ресурсів, попереднього досвіду лікування); орієнтованими на розвиток особистісних ресурсів (емоційна стійкість, саморегуляція, здатність до співпраці з лікарем).

Комплексне застосування цих стратегій сприяє не лише зниженню рівня дентальної тривожності, а й формуванню більш довірливого, конструктивного ставлення до стоматологічного лікування, що в перспективі покращує як психологічне, так і соматичне здоров'я пацієнтів.

Висновки до розділу 3

Здійснено системний аналіз емпіричних даних, які дали змогу виявити психологічні особливості пацієнтів із дентальною тривожністю (фобією) та визначити напрями надання їм психологічної допомоги.

Результати емпіричного аналізу засвідчили, що дентальна тривожність має виразний емоційно-когнітивний та психофізіологічний характер. Близько третини респондентів демонструють ознаки підвищеної тривожності, а кожен третій – фізіологічні реакції (прискорене серцебиття, пітливість) уже на рівні уявлення про стоматологічні процедури. Провідним тригером страху виступає очікування болю, що підтверджується самооцінками респондентів: половина з них зазначає страх болю як головний подразник, майже третина – звук бормащини та інструментів, п'ята частина – можливість лікарської помилки. Це ще раз підтверджує, що центральним механізмом дентофобії є поєднання очікування болю, переживання втрати контролю та негативних когнітивних установок щодо стоматологічного лікування.

Встановлено статистично значущий обернений зв'язок середньої сили між рівнем особистісної тривожності та емоційною стійкістю: чим нижчою є емоційна стійкість, тим вищими є показники тривожності. Виявлений помірний позитивний зв'язок між ситуативною тривожністю та самооцінкою страху перед стоматологом свідчить, що зростання реактивної тривожності супроводжується посиленням суб'єктивного відчуття загрози та небезпеки стоматологічного втручання.

Аналіз гендерних та вікових особливостей показав, що жінки характеризуються дещо вищим рівнем ситуативної тривожності порівняно з чоловіками (за тенденції без статистично значущої різниці), що відповідає даним попередніх досліджень щодо більшої емоційної чутливості жінок. Віковий аналіз засвідчив, що тривожність і нижча емоційна стійкість частіше виявляються у групах середнього віку, тоді як молодші респонденти мають вищі показники емоційної стабільності. Водночас більшість опитаних не усвідомлює впливу емоційної стійкості на свій страх перед стоматологом, що

вказує на недостатню рефлексію власних емоційних процесів і потребу в психоедукації.

Дослідження копінг-стратегій показало, що найбільш поширеними способами подолання дентальної тривоги є відволікання, слухання музики, частково – дихальні вправи та медитація. Значно рідше респонденти звертаються по підтримку до близьких або використовують заспокійливі препарати; спілкування з лікарем як стратегія подолання страху частіше характерне для дорослих пацієнтів, тоді як молодь та неповнолітні практично не використовують цей ресурс. Це вказує на домінування індивідуально орієнтованих, переважно емоційно орієнтованих стратегій, та недостатнє залучення соціальної підтримки й професійної комунікації як важливих чинників зниження тривоги.

На основі отриманих результатів обґрунтовано комплексну систему стратегій психологічної допомоги пацієнтам із дентальною фобією, яка включає: психоедукацію щодо природи страху, впливу болю, можливостей сучасного знеболення; ефективну, емпатійну та двосторонню комунікацію стоматолога з пацієнтом (активне слухання, пояснення етапів лікування, узгодження «стоп-сигналів»); навчання технікам релаксації та саморегуляції (прогресивна м'язова релаксація, дихальні вправи, аутогенне тренування, музикотерапія); застосування когнітивно-поведінкових підходів (когнітивна реструктуризація, експозиція, метод «tell–show–do», моделювання); використання сенсорно адаптованого стоматологічного середовища (освітлення, музика, запахи, дизайн простору) для зменшення впливу сенсорних тригерів; спеціальні протоколи роботи з дітьми, спрямовані на формування позитивного первинного досвіду стоматологічного лікування.

Отже, результати емпіричного дослідження підтверджують висунуту гіпотезу про наявність взаємозв'язку між рівнем тривожності, емоційною стійкістю та особливостями копінг-поведінки пацієнтів із дентальною фобією й одночасно слугують науковим підґрунтям для розроблення цільових профілактичних та психокорекційних програм. Комплексний підхід, що

поєднує психодіагностику, психологічні інтервенції та організаційно-технологічні рішення в стоматологічній практиці, є ключовою умовою зниження рівня дентальної тривожності та підвищення якості стоматологічної допомоги.

ВИСНОВКИ

У ході дослідження було теоретично обґрунтовано, емпірично перевірено та практично розроблено підходи до вивчення й подолання дентальної фобії як форми тривожного розладу, що істотно впливає на якість життя пацієнтів і ефективність стоматологічного лікування.

Теоретичний аналіз показав, що дентофобія має комплексну природу й формується під впливом біологічних, психологічних та соціальних чинників. Її основою є взаємодія когнітивних (катастрофізація, очікування болю), емоційних (тривога, страх, сором), поведінкових (уникання, контроль, захисні реакції) та фізіологічних компонентів. Ключову роль відіграють попередній негативний досвід стоматологічного втручання, знижена емоційна стійкість і низький рівень навичок саморегуляції. Теоретичні підходи, зокрема транзакційна теорія стресу Р. Лазаруса, когнітивно-поведінкова модель А. Бека, концепції копінг-стратегій (Лазарус, Фолкман) і сучасні нейропсихологічні дослідження підтверджують, що страх у медичних контекстах є адаптивною, але часто дезадаптивно закріпленою реакцією на загрозу болю або втрату контролю.

Охарактеризовано психологічні особливості пацієнтів із дентальною тривожністю та визначено основні чинники її виникнення й підтримання. До провідних чинників належать: попередній негативний або болісний досвід лікування зубів; низька емоційна стійкість та висока особистісна тривожність; когнітивні спотворення типу катастрофізації («буде нестерпно боляче», «лікар не зможе допомогти»); сенсорні тригери (звуки бормащини, вигляд інструментів, запахи); недостатній рівень довіри та комунікації між пацієнтом і лікарем. Психологічно пацієнти з дентофобією відзначаються підвищеною емоційною реактивністю, гіперконтролем, прагненням уникнути ситуації лікування, а також низькою здатністю до використання соціальної підтримки як ресурсу подолання страху.

Емпіричне дослідження виявило, що: більшість респондентів мають середній або високий рівень особистісної тривожності; зафіксовано статистично значущий обернений зв'язок між емоційною стійкістю та особистісною тривожністю, що підтверджує, що низька емоційна стійкість є фактором ризику розвитку дентальної фобії; спостерігається позитивний зв'язок між ситуативною тривожністю та самооцінкою страху, що вказує на взаємопосилення реакції страху та емоційного напруження під час стоматологічного лікування; жінки виявляють тенденцію до вищої реактивної тривожності, тоді як чоловіки – до більшої поведінкової стриманості.

Аналіз копінг-стратегій показав, що найчастіше пацієнти використовують відволікання, слухання музики та дихальні практики, тоді як звернення по підтримку до близьких або лікаря зустрічається значно рідше.

На основі отриманих даних сформовано комплекс стратегій психологічної допомоги пацієнтам із дентальною тривожністю, що включає: психоедукацію про природу страху, сучасні методи знеболення, механізми саморегуляції; розвиток довірливої комунікації між стоматологом і пацієнтом (активне слухання, емпатія, пояснення процедур, узгодження «стоп-сигналів»); навчання технікам релаксації (дихальні вправи, м'язова релаксація, аутогенне тренування); застосування когнітивно-поведінкових підходів (когнітивна реструктуризація, систематична десенсибілізація, тренінг самоствердження); використання сенсорно адаптованого стоматологічного середовища (музика, освітлення, ароматерапія, комфортний інтер'єр); залучення сучасних методів седації та технологій безболісного лікування у поєднанні з психологічною підтримкою; спеціальні методики профілактики страху у дітей (ігрові інтервенції, позитивне підкріплення, попередні візити без лікування).

Практичне значення роботи полягає у створенні системи рекомендацій для стоматологів і психологів, які працюють у медичній сфері, щодо ефективної взаємодії з пацієнтами, схильними до дентофобії. Запропоновані психологічні інтервенції можуть бути інтегровані у клінічну практику, освітні тренінги, а також у програми підготовки майбутніх лікарів і психологів.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні гендерно-вікових особливостей дентальної тривожності, розробленні короткотривалих когнітивно-релаксаційних програм для стоматологічних клінік та оцінці ефективності сенсорно адаптованого простору у зниженні рівня тривожності пацієнтів.

Отже, проведене дослідження підтвердило гіпотезу про існування взаємозв'язку між емоційною стійкістю, рівнем тривожності та характером копінг-поведінки пацієнтів із дентальною фобією. Реалізація запропонованих стратегій психологічної допомоги забезпечує можливість зменшення страху, підвищення готовності до лікування, формування позитивного досвіду взаємодії з медичними фахівцями та загальне покращення психоемоційного благополуччя пацієнтів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Вікова та педагогічна психологія (курс лекцій). 2-ге вид.: Навч. посіб. Київ. Центр учбової літератури, 2010. 128 с. 248
2. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В.Л.Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 219 с.
3. Екстремальна та кризова психологія: Термінологічний словник / За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. – Х.: ХНАДУ, НУЦЗУ, 2010. – 291 с.
4. Литовченко, В. П., & Литовченко, С. В. (2022). Дентофобія: психологічні особливості та методика лікування. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія, (2), 74-80.
5. Литовченко В. П. Дентофобія: психологічні особливості та профілактика із дотриманням норм інклюзивності. Спеціальна психологія. Серія психологія. Випуск 2. // URL:: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/731818/1/126>
6. Пясецька Л.В. Особливості прояву та психокорекція страхів у підлітковому віці в загальноосвітньому закладі. Методичний посібник. Вінниця: ММК, 2021. 84 с.
7. Салій Н. Сутність поняття «страх», його види та механізми виникнення. URL: <http://oldconf.neasmo.org.ua/node/1034>.
8. Фармацевтична енциклопедія / голова ред. ради та автор передмови В. П. Черних; Нац. фармац. ун-т України 2-ге вид., переробл. і доповн. Київ. МОРІОН, 2010. 1632 с.
9. Фобії. Буковинський державний медичний університет. URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/fobiya>.
10. Alkadhi O., Abdulrahman B., Alhawass S., Almanie L., Alsalmi H., Aljumah A. The need for a Smart Phone Application to Facilitate Communication Between Deaf-Mute and Hearing-Impaired Patients and Dentists. Journal of family medicine and primary care. 2021. 10 (8). P. 2928-2932. URL: https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_2308_20

11. Appukuttan D. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2016;8:35-50.
12. Anil K. Seth & Hugo D. Critchley. Extending predictive processing to the body: Emotion as interoceptive inference. URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/behavioral-and-brain-sciences/article/abs/extending-predictive-processing-to-the-body-emotion-as-interoceptive-inference/A53E081B5EEBD7CF7658F3D484714AFE>
13. Anthonappa RP, Ashley PF, Bonetti DL, Lombardo G, Riley P (2017). «Non-pharmacological interventions for managing dental anxiety in children». *Cochrane Database of Systematic Reviews*. URL: doi:10.1002/14651858.CD012676.
14. Armfield JM. A comparison of three continuous scales used to determine the prevalence of clinically significant dental fear. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011;39(6):554–563.
15. Avramova, N.T. Dental Fear, Anxiety, and Phobia; Causes, Diagnostic Criteria and the Medical and Social Impact. *J. Mind Med. Sci*. 2022, 9, 202-208. URL: <https://doi.org/10.22543/2392-7674.1348>
16. Berggren U, Hakeberg M, Carlsson SG. No differences could be demonstrated between relaxation therapy and cognitive therapy for dental fear. *J Evid Based Dent Pract*. 2001;1(2):117–118.
17. Bowman U, Carlsson V, Westin M, Hakeberg M. Psychological treatment of dental anxiety among adults: a systematic review. *Wide. Eur J Oral Sci*. 2013;121(3 Pt 2):225-234.
18. Carter A.E., Carter G, Boschen M, AlShwaimi E, George R. Pathways of fear and anxiety in dentistry: A review. *World J Clin Cases* 2014; 2(11): 642-653 [PMID: 25405187 DOI: 10.12998/wjcc.v2.i11.642]
19. Carlsson, S.G.; Wide Boman, U.; Lundgren, J.; Hakeberg, M. Dental anxiety-A joint interest for dentists and psychologists. *Eur. J. Oral Sci*. 2013, 121, 221–224. [CrossRef]

20. Caprara HJ, Eleazer PD, Barfield RD, Chavers S. Objective measurement of patient's dental anxiety by galvanic skin reaction. *J Endod.* 2003;29(8):493-496.
21. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res.* 1969;48(4):596.
22. Endler, N. S., & Kocovski, N. L. (2001). State and trait anxiety revisited. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(3), 231–245.
23. Friedman N, Wood GJ. Оцінка ятроседативного процесу для лікування страху перед стоматологічними процедурами. *Compend Contin Educ Deni.* 1998;19(4):434-436, 438, 440-442.
24. Hamasaki, T.; Hagihara, A. Dentists' legal liability and duty of explanation in dental malpractice litigation in Japan. *Int. Dent. J.* 2021, 71, 300–308.
25. Heaton LJ, Leroux BG, Ruff PA, Coldwell SE. Computerized dental injection fear treatment: a randomized clinical trial. *J Dent Res.* 2013;92(7 Suppl):S37-S42.
26. Ho, J.C.Y.; Chai, H.H.; Luo, B.W.; Lo, E.C.M.; Huang, M.Z.; Chu, C.H. An Overview of Dentist–Patient Communication in Quality Dental Care. *Dent. J.* 2025
27. Hoffmann, B., Erwood, K., Ncomanzi, S., Fischer, V., O'Brien, D. and Lee, A. (2022), Management strategies for adult patients with dental anxiety in the dental clinic: a systematic review. *Aust Dent J*, 67: S3-S13. <https://doi.org/10.1111/adj.12926>
28. Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJ. The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dent Health.* 1995;12(3):143—150.
29. Intercollegiate Advisory Committee for Sedation in Dentistry. Standards for Conscious Sedation in the Provision of Dental Care. London: RCS Publications; 2015. Available from URL:: <https://www.rcseng.ac.uk/fds/Documents/dental-sedation-report-2015-web-v2.pdf>. Accessed November 29, 2015.

30. John b. Watson & Rosalie Rayner. Conditioned emotional reactions // URL:<https://www.appstate.edu/~steelekm/classes/psy3214/Documents/Watson%26Rayner1920.pdf>
31. Jacobson E. Progressive Relaxation. Chicago: University of Chicago Press; 1938.
32. Järvinen M, Stolt M, Honkala E, Leino-Kilpi H, Pöllänen M. Behavioural interventions that have the potential to improve self-care in adults with periodontitis: a systematic review. *Acta Odontol Scand*. 2018;25:1–9.
33. Klingberg, G.; Raadal, M.; Anrup, K. Dental fear and behaviour management problems. In *Pediatric Dentistry: A Clinical Approach*, 2nd ed.; Koch, G., Poulsen, S., Eds.; John Wiley & Sons: Oxford, UK, 2009; pp. 32–43.
34. Kritsidima M, Newton T, Asimakopoulou K. The effects of lavender scent on dental patient anxiety levels: a cluster randomised-controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2010;38(1):83—87.
35. Ma R, Xu SJ, Wen XY, et al. Acupuncture for generalized anxiety disorder: a systematic review. *J Psychol Psychother*. 2014;4(5):1000155.
36. Milgrom P, Weinstein P, Getz T. Treating Fearful Dental Patients: A Patient Management Handbook. Seattle: Reston Prentice Hall; 1995.
37. Mohammed Alanazi, M. (2025). Techniques to Overcome Fear of Dentists and Improve Patient Comfort by Means of Innovations and Technology. *Saudi Journal of Medicine and Public Health*, 2(1), 12–20. URL: <https://doi.org/10.64483/2025201>
38. Moore R (1991). The Phenomenon of Dental Fear — Studies in Clinical Diagnosis, Measurement and Treatment(Ph.D. thesis). Fællestrykeriet, Aarhus University; Aarhus Denmark. URL: <https://doi.org/10.13140/rg.2.1.3647.5363/1>
39. Pikoff H. A critical review of autogenic training in America. *Clin Psychol Rev*. 1984;4(6):619-639.
40. Reddy RS, Kotha R, Pavani K, Subbarayudu G, Rajesh N, Sruthi R. Dental anxiety - neglect of dental care. *International Journal of Health*. 2015;3(1):20-23

41. 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.
42. Seligman LD, Hovey JD, Chacon K, Ollendick TH (July 2017). «Dental anxiety: An understudied problem in youth». *Clinical Psychology Review*. 55: 25–40. URL: <https://doi:10.1016/j.cpr.2017.04.004>. PMID 28478271
43. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27022303/>
44. Svensson, L. Dental Anxiety. Prevalence, Measurements, and Consequences. Ph.D. Thesis, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden, 2020.
45. Shapiro M, Melmed RN, Sgan-Cohen HD, Parush S. Effect of sensory adaptation on anxiety of children with developmental disabilities: a new approach. *Pediatr Dent*. 2009;31(3):222-228.
46. Systematic Desensitization Therapy In Psychology. URL: <https://www.simplypsychology.org/systematic-desensitisation>.
47. Spielberger, C. D. (1983). State-Trait Anxiety Inventory for Adults. APA PsycTests.
48. Tyagi, R.; Gupta, K.; Khatri, A.; Khandelwal, D.; Kalra, N. Control of Anxiety in Pediatric Patients using “Tell Show Do” Method and Audiovisual Distraction. *J. Contemp. Dent. Pract.* 2018,19, 1058–1064. URL: <https://thejcdp.com/doi/JCDP/pdf/10.5005/jp-journals-10024-2381>
49. Wąsacz K., Chomyszyn-Gajewska M. Oral health related quality of life (ohrqol) and associated factors in adult patients. URL: <https://annalsofdentalspecialty.net.in/storage/files/article/b2517f5a-afef-463b-9ce6-08a4fec7869f-IQWbFjBzgGqdL00y/6Q0ZR0KUedjUfy7.pdf>
50. Wide Boman, U.; Carlsson, V.; Westin, M.; Hakeberg, M. Psychological treatment of dental anxiety among adults: A systematic review. *Eur. J. Oral Sci*. 2013, 121, 225–234

ДОДАТКИ

Додаток А

Техніка прогресивної м'язової релаксації Якобсона

Покрокова інструкція

- ☐ Обережно вдихніть - затримайте - і відпустіть.
- ☐ Обережно потягніть пальці ніг до колін - зовсім трохи - затримайте ненадовго - і відпускаємо. Відчуйте різницю.
- ☐ Притисніть п'яти до підлоги - затримайте і відпустіть.
- ☐ Зведіть коліна разом - ненадовго затримайтеся - тепер дозвольте їм трохи розійтися в сторони., трохи розійтися. Усвідомте нову позицію.
- ☐ Стисніть сідниці разом - тримайте - тепер відпустіть.
- ☐ Обережно втягніть м'язи живота в напрямку до хребта - коротко затримайтеся - тепер відпускайте. Відчуйте різницю.
- ☐ Плечі - м'яко потягніть їх до вух, рівно настільки, щоб відчувати напругу - коротко затримайте і відпустіть. Відчуйте нове положення.
- ☐ М'яко притисніть лікті та передпліччя до боків тіла - затримайтеся на мить - тепер відпустіть.
- ☐ Кисті рук - м'яко стисніть - потримайте - і відпустіть.
- ☐ Злегка нахиліть голову вперед - ненадовго затримайтеся - тепер відпустіть голову поверніться до збалансованого положення.
- ☐ Зціпіть зуби разом - затримайте ненадовго - тепер дозвольте щелепі злегка відвисати.
- ☐ Губи - стисніть разом - тепер відпустіть до ледь помітного торкання. Стисніть губи - тепер відпустіть і відчуйте різницю.
- ☐ Коротко притисніть язик до піднебіння - потримайте - і відпустіть. вільно відпустити. Відчуйте нове положення. Очі - трохи примружте їх. потримайте - і відпустіть.

Інструкція з короткої або функціональної релаксаційної терапії

Усвідомлення того, що за кілька хвилин вам доведеться зайняти місце в стоматологічному кріслі за кілька хвилин, цілком можливо, провокує неприємні відчуття по всьому тілу, що призводить до напруження м'язів. Це напруження можна зняти за допомогою техніки функціональної релаксації. Для цього вправи, будь ласка, спробуйте відчувати своє тіло більш інтенсивно. Будь ласка, виконайте і повторюйте кожну послідовність рухів, як описано, протягом 2-3 секунд. Зробіть паузу на мить, щоб зафіксувати, як ваше тіло сприймає зміни від однієї послідовності рухів до іншої. Постарайтеся зайняти зручне положення в кріслі, і виконувати лише невеликі, майже непомітні рухи, рухи.

Алгоритм виконання

Дозвольте нижній щелепі вільно опуститися і легко рухайте нею справа наліво протягом 3-5 секунд.

Плавно рухайте суглобами голови та шиї так, щоб голова злегка кивала злегка хитайте головою з одного плеча на інше протягом 3-5 секунд.

Дозвольте гравітації зробити роботу. Чи помічаєте ви зміни в усвідомленні своєї шиї? Протягом 3-5 секунд рухайте розслабленими плечима круговими рухами в суглобах таким чином, щоб інша людина ледь помітила ваші рухи. рухи. Дозвольте гравітації працювати на вас.

Зверніть увагу на усвідомлення свого тіла. Чи помічаєте ви якісь варіації? Починаючи з хребта, рухайтесь, як змія, вільно з боку в бік з боку в бік і ззаду вперед протягом 3-5 секунд.

Уявіть, що ваша грудна клітка підвішена на багатьох гнучких маленьких суглобах. Нехай ваші ребра падають під дією сили тяжіння. Відчуйте гнучкість грудної клітки. Зверніть увагу на відчуття всередині грудей. Підтримуйте зв'язок зі своїм тілом і усвідомлюйте свої тілесні відчуття. Зверніть увагу на свою гнучкість. Вам не потрібно турбуватися про те, що ви робите щось не так.