

<https://doi.org/10.31108/2.2025.4.37.12>
УДК 159.944.4:616.31

Микола Наумець

ВПЛИВ ІНТЕРЕСОБИСТИСНИХ ЧИННИКІВ НА РІВЕНЬ ТА ВИДИ ТРИВОГИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Наумець Микола. *Вплив інтересобистісних чинників на рівень та види тривоги стоматологічних пацієнтів.*

Вступ. Актуальність дослідження зумовлена зростанням рівня тривожності у населення, зокрема серед стоматологічних пацієнтів, що часто залишається поза увагою медичного персоналу. Вивчення психологічних чинників, які впливають на рівень тривожності у стоматологічних пацієнтів, є важливою умовою для розвитку психологічно чутливого підходу до надання медичної допомоги.

Мета: виявлення впливу інтересобистісних чинників – попереднього досвіду стоматологічного лікування та сімейних установок – на рівень і види тривожності у стоматологічних пацієнтів.

Методи: «Модифікована шкала Нормана Кора» (MDAS), авторська анкета та шкала реактивної й особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера для оцінки психоемоційного стану респондентів. Для статистичної обробки результатів застосовано критерій Краскела-Уолліса та тест DSCF для парних порівнянь.

Результати. Виявлено, що ключовим чинником розвитку страху перед стоматологічними втручаннями є негативний попередній досвід пацієнтів – особливо, якщо він був повторюваним або наявним у дитинстві. Також було встановлено, що конфлікт із лікарем-стоматологом значно впливає на ситуативну тривожність. Водночас неспецифічний негативний медичний досвід, не пов'язаний безпосередньо зі стоматологією, не виявив статистично значущого впливу. Доведено, що серед сімейних чинників найбільш впливовим виявився досвід батьків щодо лікування зубів: якщо цей досвід був негативним, то діти демонстрували підвищений рівень страху.

Висновки. Отримані результати мають практичну значущість для розробки психопрофілактичних програм у стоматологічній практиці, а також вказують на потребу залучення психолога до міждисциплінарної команди медичних фахівців. Перспективами подальших досліджень є розробка інтервенцій, спрямованих на подолання страху стоматологічного лікування через зміну когнітивних схем, впровадження психоедукації для батьків та пацієнтів, а також дослідження ролі соціального навчання в передачі страхів.

Ключові слова: тривога, стоматологічна тривога, стоматологічний страх, дентофобія, соціально-психологічні чинники виникнення стоматологічної тривоги

Naumets, Mykola. *The impact of interpersonal factors on the level and types of dental patients' anxiety.*

Introduction. The increased level of anxiety among general population, in particular among dental patients, remains unnoticed by medical personnel. The study of psychological factors in dental patients' anxiety is an important condition for the development of a psychologically sensitive approach to medical care.

Aim: to identify the impact of interpersonal factors (previous experience of dental treatment and family attitudes) on the level and types of dental patients' anxiety.

Methods: Modified Norman Core Scale (MDAS), the author's questionnaire and the Spielberger Reactive and Personal Anxiety Scale to assess the psychoemotional state of respondents. Statistical processing of the results was done using the Kruskal-Wallis criterion and the DSCF test for paired comparisons.

Results. The key factor in the development of fear of dental interventions was found to be the negative previous experience of patients, especially if it was in childhood or repeated. The conflict with the dentist also significantly affected situational anxiety. At the same time, non-specific negative medical experience, not directly related to dentistry, did not have a statistically significant effect. It was shown that among family-related factors, the most influential one was parents' experience of dental treatment: if that experience was negative, then the children demonstrated an increased fear.

Conclusions. *The findings may have practical significance for the development of preventive psychological programs in dental practice, and indicate the need to involve psychologists in an interdisciplinary team of medical specialists. Further research may focus on the development of interventions to overcome fear of dental treatment through changing patients' cognitive schemas, introduction of parents and patients' psychoeducation, and the role of social learning in fear transmission.*

Key words: *anxiety, dental anxiety, dental fear, dentophobia, social and psychological factors in dental anxiety*

Вступ. Стоматологічна тривожність є поширеним явищем, що значно впливає на доступність лікування та якість життя пацієнтів. За оцінками науковців, близько 15–20 % дорослих стикаються зі значущим стоматофобічним синдромом (White, Giblin, & Boyd, 2017). Висока тривожність часто призводить до уникання стоматологічної допомоги, прогресування хронічних захворювань порожнини рота та погіршення загального здоров'я (Wiener, 2015). Отже, вивчення чинників, що зумовлюють розвиток та прояви тривожності, пов'язаної зі стоматологічним лікуванням, є важливим для профілактики, ранньої діагностики та розробки цільових психологічних інтервенцій.

Психологічні особливості стоматологічних пацієнтів, в тому числі рівні та дискрипти їхньої тривоги, почали вивчатися в українській науці на початку 21 століття. Наразі проведена низка досліджень, які розкривають певні аспекти цієї проблеми.

Наприклад, Б.Ю. Комнацький та В.М. Кулигіна (2013) провели психологічне тестування 61 стоматологічного пацієнта з метою вивчення їхніх психологічних особливостей і якості життя. Опрацювання отриманих даних виявило відсутність боязні болю та тривоги лише у 13% опитаних, у половини респондентів – помірний рівень боязні, у 38% – високий та в 16% – дуже високий рівень фобії. Була встановлена більш виражена установка на біль при очікуванні місцевої анестезії в жінок, ніж у чоловіків. Індивідуальне сприйняття якості свого життя стоматологічними пацієнтами з поєднаним цукровим діабетом загалом позитивне. Лише 5% респондентів оцінюють якість свого життя незадовільно.

У дослідженні 152 стоматологічних пацієнтів В. М. Кулигіна та О. В. Мунтян (2015) встановлено підвищення емоційного тону і оптимального рівня «корисної тривоги», переважання ситуативних тривожних розладів над особистісними, при збільшенні важкості стоматологічних захворювань – зростання кількості пацієнтів з високим рівнем реактивної тривоги і висока схильність до проявів тривоги при очікуванні місцевої анестезії.

У літературі досліджувалися різні чинники попередження розвитку стоматологічної тривожності, зокрема тих, що стосуються стратегій взаємодії лікаря-стоматолога та пацієнта. Наприклад, проаналізовані особливості готовності лікарів-стоматологів до продуктивної взаємодії в конфліктних ситуаціях (Демидович, 2018), висвітлені психологічні особливості контакту з пацієнтами в стоматологічній клініці (Федік, 2017) тощо.

У зарубіжній фаховій літературі цій проблемі приділено дещо більше уваги.

Зокрема, досліджувались наслідки стоматологічної тривоги: фізіологічний, когнітивний, поведінковий та соціальний вплив на здоров'я (Cohen, Fiske & Newton, 2000). До цих широких категорій були віднесені: реакція переляку; широкий спектр негативних думок, почуттів і страхів; поведінка уникнення та поведінка, пов'язана з їжею, гігієною порожнини рота та самолікуванням; а також були визначені інші прояви тривоги в стоматологічному середовищі, включаючи м'язову напругу, плач та агресію. Також було виявлено, що стоматологічна тривога порушує сон і має глибокий соціальний вплив, заважаючи роботі та особистим стосункам (Cohen, Fiske, & Newton, 2000).

Досліджувались й різні предиктори стоматологічної тривоги у різних груп населення. Так, наприклад, в дослідженні M.I. Fayad, A. Elbieh, M. Baig & S. Alruwaili (2017) показано значну різницю між віковими групами щодо їхнього середнього загального балу тривожності, який зменшувався зі збільшенням віку. Значну різницю було виявлено між чоловічою та жіночою групами, а також щодо попереднього візиту до стоматолога. Щодо рівня освіти, суттєвої різниці між групами не було.

K. Dobros, J. Hajto-Bryk, A. Wnek, J. Zarzecka & D. Rzepka (2014) довели, що рівень стоматологічної тривожності впливає на загальний стан зубів пацієнта, частоту відвідувань стоматолога та дотримання правил гігієни порожнини рота.

Водночас, незважаючи на наявну базу даних, залишаються важливі прогалини. Так, відсутній достатній аналіз впливу сукупності чинників, що поєднують особистий стоматологічний досвід (у дитинстві чи дорослому віці) та комплексні сімейні установки. Недостатньо вивченим є те, як різні типи попереднього досвіду (наприклад, конфлікти з лікарем, складні дитячі історії лікування зубів тощо) співвідносяться з окремими видами тривожності – страхом втручання, реактивною та особистісною тривожністю.

Це формує фундамент для нашого дослідження – цілісного оцінювання ролі інтегрованої системи попереднього досвіду та сімейних установок у формуванні або підтриманні різних типів тривожних реакцій у стоматологічних пацієнтів.

Мета дослідження – проаналізувати вплив інтерособистісних чинників на рівень та види тривоги у стоматологічних пацієнтів.

Методи та організація дослідження. До інтерособистісних чинників нами були віднесені такі групи: *а) попередній досвід* (негативний досвід, пов'язаний зі стоматологією; дуже негативний досвід лікування в дитинстві; негативні наслідки після лікування зубів; наявні конфлікти з лікарями-стоматологами; негативний досвід, пов'язаний загалом з медициною); *б) сімейні установки* (батьки не приділяли зубам ніякої уваги; батьки приділяли багато уваги профілактиці та лікуванню моїх зубів; батьки уважно ставляться до стану здоров'я своїх власних зубів; батьки мали негативний досвід лікування зубів).

Для дослідження *рівня та видів тривоги* були використані такі методики: «Модифікована шкала Нормана Кора (MDAS) – для дослідження рівня тривоги у стоматологічних пацієнтів; «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності» (Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна) – для оцінки видів тривожності.

Для аналізу *інтерособистісних чинників* була використана *авторська анкета*, яка включає запитання, що стосувались аналізу попереднього досвіду, пов'язаного зі стоматологією та сімейних установок щодо лікування зубів.

У дослідженні було використано однофакторний дисперсійний аналіз із застосуванням непараметричного критерію Краскела–Уолліса (χ^2). Водночас слід враховувати, що критерій Краскела–Уолліса лише сигналізує про наявність загальних відмінностей між групами, не уточнюючи, між якими саме парами спостерігається статистично значуща різниця. Тому ми застосували додаткову процедуру множинних порівнянь – тест Dwass–Steel–Critchlow–Fligner (DSCF), також відомий як W-тест, який дозволив нам проводити попарні непараметричні порівняння між усіма можливими комбінаціями груп на основі рангів (Abu-Bader, 2021).

Дослідження проводилось протягом січня–квітня 2025 року за допомогою Google-form. Дослідження проводилось анонімно, на добровільній основі. У дослідженні взяли участь 282 пацієнта стоматологічних клінік м. Києва, серед яких було 216 жінок (76,6%) та 66 чоловіків (23,4%). За віковою структурою переважали учасники віком від 31 до 40 років (28%), а також у вікових групах 41–50 років (19,1%) і 21–25 років (13,5%). 12 осіб (4,3%) відмовилася повідомляти свій вік.

Більшість учасників мали досвід негативної взаємодії зі стоматологією: 57,4% зазначили 1–2 негативні випадки, ще 15,6% – безліч. Лише 20,9% не мали жодного негативного досвіду, що дозволяє припустити, що саме попередній досвід часто впливає на частоту та характер звернень до лікаря. Подібна ситуація спостерігається і в сфері загальної медицини: 56% респондентів мали 1–2 негативні епізоди, 14,5% – безліч, і лише п'ята частина вибірки (20,2%) не зазнавала негативного досвіду.

Результати дослідження та їх обговорення.

1. Вплив попереднього досвіду стоматологічних пацієнтів на рівень та види їхньої тривоги.

Проаналізуємо вплив чинників, що пов'язані з попереднім досвідом пацієнтів щодо стоматологічних втручань.

Що стосується *негативного досвіду, пов'язаного зі стоматологією загалом*, то результати дослідження показали наявний статистично значущий зв'язок зазначеного досвіду на страх стоматологічних втручань ($p < 0,001$) (табл. 1).

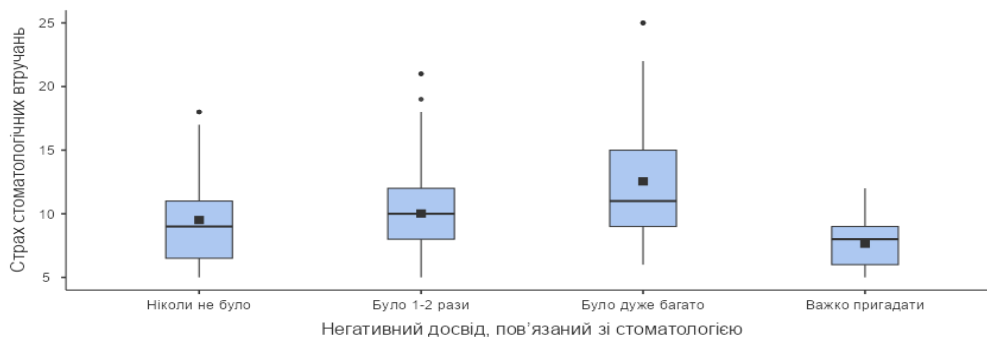
Водночас дослідження не виявило статистично значущого впливу негативного досвіду, пов'язаного зі стоматологією на реактивну та особистісну тривожність (табл. 1).

Таблиця 1

Результати дисперсійного однофакторного аналізу за показником наявності негативного досвіду, пов'язаного зі стоматологією

№	Показник тривоги	Емпіричне значення χ^2	Ступені свободи df	p – рівень значущості	Розмір ефекту ϵ^2
1	Страх стоматологічних втручань	19.44	3	<.001	0.06917
2	Реактивна тривожність	2.30	3	0.512	0.00820
3	Особистісна тривожність	1.72	3	0.632	0.00612

Метод DSCF показує, що найменший рівень страху стоматологічних втручань спостерігається у пацієнтів, яким важко пригадати свій негативний досвід, пов'язаний зі стоматологією, тобто вони його не пам'ятають ($M=7,65$) (рис. 1). Трохи вищий рівень страху стоматологічних втручань спостерігається у пацієнтів, які не мали негативного досвіду, пов'язаного зі стоматологією ($M=9,51$) або мали 1-2 рази ($M=10,02$). Найвищий рівень страху стоматологічних втручань спостерігається у пацієнтів, які мали дуже багато негативного досвіду, пов'язаного зі стоматологією ($M=12,55$).



Примітка: страх стоматологічних втручань (М-середній бал за показником)

Рис. 1. Рівень страху стоматологічних втручань в підгрупах з різним негативним досвідом, пов'язаним зі стоматологією

Отже, ми можемо стверджувати, що наявність негативного стоматологічного досвіду суттєво впливає на появу та подальшу вираженість страху стоматологічних втручань. Високий рівень страху у пацієнтів із частим негативним досвідом пояснюється накопиченням умовних асоціацій між стоматологічним втручанням і болем/дискомфортом.

Найменший рівень страху виявлений у респондентів, які не пам'ятають негативного досвіду, можна, на наш погляд, інтерпретувати двома причинами. По-перше, це може бути когнітивне забування (якщо негативний досвід був малозначущим або давно пережитим, його згадування неактивне, відповідно – і емоційна реакція згладжена. По-друге, психологічний захист (витіснення) (ймовірно, у частини пацієнтів може діяти механізм витіснення – витіснення травматичного досвіду з області свідомого сприйняття, що тимчасово знижує тривогу або страх). Отже, відсутність доступу до негативної інформації

(через забування або витіснення) може бути буфером для формування або підтримання страху.

Цікаво, що пацієнти без негативного досвіду демонструють вищий рівень страху, ніж ті, хто не пам'ятає його. Це може свідчити про наявність неасоціативних страхів, які виникають не через особистий досвід, а через соціальне навчання (слухали про негативний досвід інших); когнітивні очікування болю або дискомфорту; страх перед невідомим.

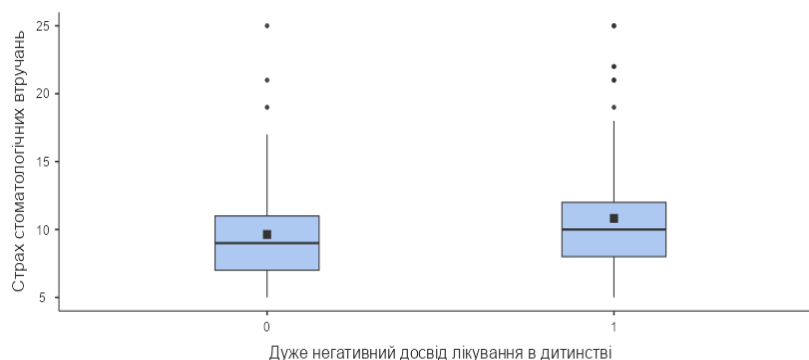
Отже, отримані результати свідчать, що страх стоматологічних втручань має інтраособистісне підґрунтя, зумовлене як минулим негативним досвідом (через механізми класичного обумовлення), так і когнітивною обробкою подій, включно із процесами витіснення, соціального навчання та очікування болю. Виявлена залежність між негативним досвідом та рівнем страху підкреслює необхідність психопрофілактики в стоматологічній практиці, особливо для пацієнтів із повторним негативним досвідом.

Щодо *дуже негативного досвіду лікування зубів в дитинстві*, то результати дослідження показали, що на рівні статистично значущої відмінності ($p < 0,05$) пацієнти, що мали зазначений досвід, демонструють вищий рівень страху стоматологічних втручань ($M=10,82$) ніж ті, що його не мали ($M=9,63$) (табл. 2; рис. 2).

Таблиця 2

Результати дисперсійного однофакторного аналізу за показником наявності дуже негативного досвіду лікування зубів в дитинстві

№	Показник тривоги	Емпіричне значення χ^2	Ступені свободи df	p – рівень значущості	Розмір ефекту ϵ^2
1	Страх стоматологічних втручань	5.387	1	0.020	0.01917
2	Реактивна тривожність	0.790	1	0.374	0.00281
3	Особистісна тривожність	0.192	1	0.661	0.00001



Примітка: 0 – відсутній досвід; 1 – наявний досвід; страх стоматологічних втручань (М-середній бал за показником)

Рис. 2. Рівень страху стоматологічних втручань в підгрупах з різним негативним досвідом лікування зубів в дитинстві

На нашу думку, отримані результати можна пояснити тим, що період дитинства є чутливим для формування емоційних реакцій і стійких уявлень про безпеку, біль, контроль тощо. Якщо стоматологічне втручання в дитячому віці супроводжувалось фізичним болем, відчуттям безпорадності, відсутністю психологічної підтримки з боку дорослих, то це може призводити до формування стійкої умовної реакції страху, яка зберігається впродовж життя. Адже негативні переживання в дитинстві мають більш тривалий і глибокий вплив, ніж у дорослому віці, через ще не сформовану систему саморегуляції та емоційної обробки стресу.

Перші переживання у дитинстві часто виступають як еталонні, на основі яких пізніше формується узагальнене очікування від схожих ситуацій. Якщо первинний досвід – негативний, мозок автоматично проєктує аналогічну небезпеку на майбутнє. Це створює негативну когнітивну схему («стоматолог = біль»), що автоматично активується навіть без реальної загрози. Згідно з когнітивною теорією А. Бека (Clark, & Beck, 2010), такі схеми стають основою стійких автоматичних думок, які супроводжують кожен новий стоматологічний візит, посилюючи тривогу.

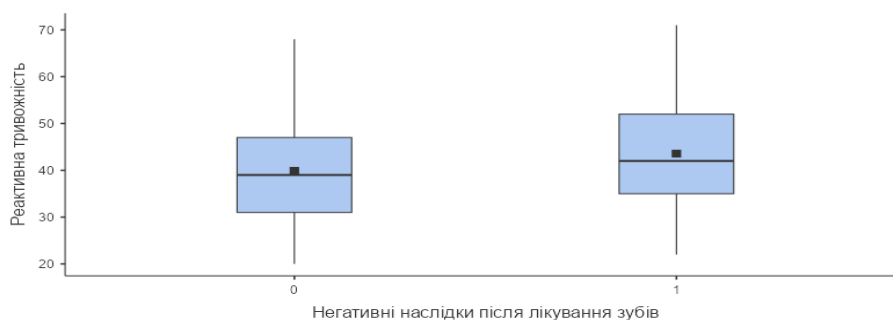
Що стосується впливу негативного досвіду лікування зубів в дитинстві на реактивну та особистісну тривожність, то наше дослідження не встановило наявності статистично значущого зв'язку (табл. 2).

Також дослідження показало, що **наявність негативних наслідків після лікування зубів** у пацієнтів має статистично значущий зв'язок із реактивною тривожністю ($p < 0,05$) (табл. 3).

Таблиця 3

Результати дисперсійного однофакторного аналізу за показником наявності негативних наслідків після лікування зубів

№	Показник тривоги	Емпіричне значення χ^2	Ступені свободи df	p – рівень значущості	Розмір ефекту ϵ^2
1	Страх стоматологічних втручань	1.48	1	0.223	0.00528
2	Реактивна тривожність	5.96	1	0.015	0.02121
3	Особистісна тривожність	2.28	1	0.131	0.00810



Примітка: 0 – відсутній досвід; 1 – наявний досвід; реактивна тривожність (М-середній бал за показником)

Рис. 3. Рівень реактивної тривожності в підгрупах з різними негативними наслідками після лікування зубів

Отримані дані свідчать про те, що у пацієнтів, які не мали негативних наслідків після лікування зубів, рівень ситуативної тривожності нижчий, ніж у тих, хто мав такі наслідки ($M=39,9$; $M=43,6$ відповідно) (рис. 3). На наш погляд, це пояснюється тим, що після перенесених негативних наслідків, пов'язаних зі стоматологічним лікуванням (наприклад, виникнення непередбачуваних ускладнень, погіршення здоров'я, невдалі результати тощо), пацієнт формує очікування повторної небезпеки, що активує реактивну тривожність у відповідь на будь-яке майбутнє стоматологічне втручання. Адже ситуативна тривожність – це не стійка риса, а психофізіологічна реакція на конкретну ситуацію, яка суб'єктивно сприймається як потенційно небезпечна. У цьому випадку такою ситуацією виступає стоматологічне лікування.

Результати дослідження показали, що досвід **наявності конфліктів з лікарями-стоматологами** також має статистично значущий вплив на страх стоматологічних втручань та реактивну тривожність ($p < 0,05$) (табл. 4).

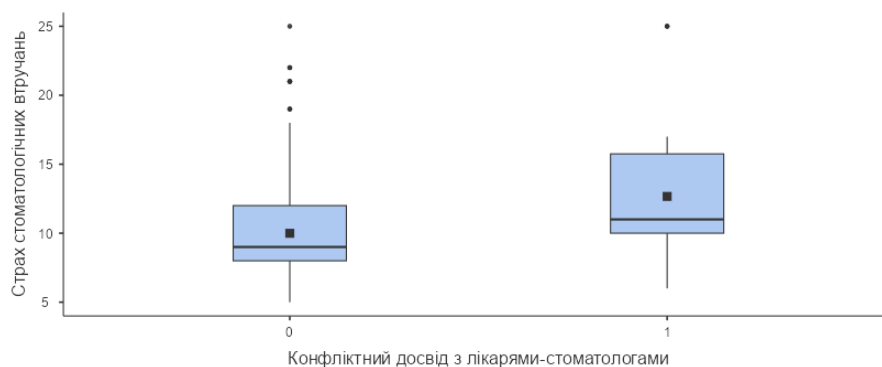
Таблиця 4

**Результати дисперсійного однофакторного аналізу за показником наявності
конфліктного досвіду спілкування з лікарем-стоматологом**

№	Показник тривоги	Емпіричне значення χ^2	Ступені свободи df	p – рівень значущості	Розмір ефекту ϵ^2
1	Страх стоматологічних втручань	4.19	1	0.041	0.0149
2	Реактивна тривожність	4.17	1	0.041	0.0148
3	Особистісна тривожність	3.39	1	0.066	0.0121

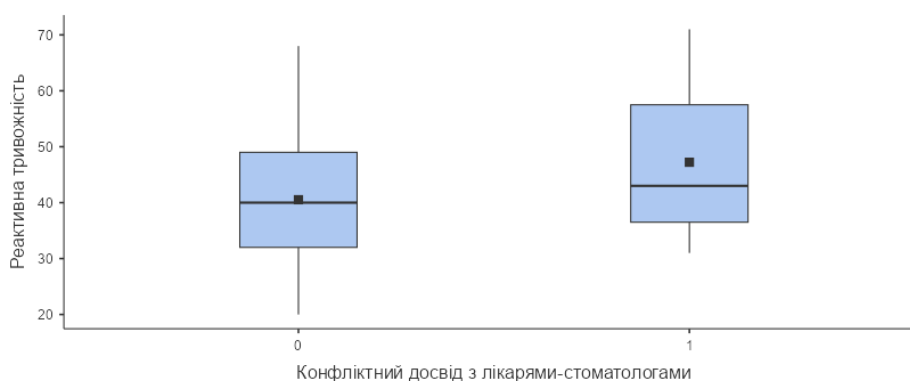
Метод DSCF, показує, що у тих пацієнтів, які мали досвід конфлікту з лікарем-стоматологом, рівень страху стоматологічних втручань вищий ($M=47,22$) ніж у тих, у кого такого досвіду не було ($M=40,52$) (рис. 4).

Ті ж самі залежності були виявлені щодо реактивної тривожності. У пацієнтів, які мали досвід конфлікту з лікарем-стоматологом, рівень реактивної тривожності становить 12,67, в той час як у тих, у кого такого досвіду не було, він сягає лише 9,99 (рис. 5).



Примітка: 0 – відсутній досвід; 1 – наявний досвід; страх стоматологічних втручань (М-середній бал за показником)

Рис. 4. Рівень страху стоматологічних втручань в підгрупах з різним конфліктним досвідом спілкування з лікарем-стоматологом



Примітка: 0 – відсутній досвід; 1 – наявний досвід

Рис. 5. Рівень реактивної тривожності в підгрупах з різним конфліктним досвідом спілкування з лікарем-стоматологом

Що стосується особистісної тривожності, то дослідження не показало статистично значущих залежностей (табл. 4).

Отримані дані, на нашу думку, можна пояснити тим, що конфлікт із лікарем, що часто супроводжується відчуттям уразливості, несправедливості або втрати контролю, може формувати когнітивно-афективну схему «загрози» у взаємодії з медичним персоналом, що у майбутньому проявляється у вигляді підвищеної тривожності та страху (Beck, 1979). Підвищена реактивна тривожність, за таких умов, є індикатором сенсibiлізації емоційної сфери до стресових тригерів у медичному контексті, зокрема в умовах невизначеності або очікування болю.

Водночас відсутність статистично значущих відмінностей у рівні особистісної тривожності між групами свідчить про те, що виявлені ефекти мають ситуативний, а не стійкий характер, і більшою мірою обумовлені специфічними контекстуальними чинниками, ніж особистісними диспозиціями. Це підтверджує думку про те, що саме досвід міжособистісної взаємодії в клінічному середовищі, зокрема досвід конфлікту, є ключовим у формуванні тривожних реакцій пацієнта перед стоматологічним втручанням, а не загальний рівень його тривожності як особистісної характеристики.

Щодо аналізу останнього чинника, який ми розглядали в цій групі – **негативний досвід, пов'язаний в цілому з медициною**, то тут дослідження не виявило статистично значущого впливу на жоден із видів тривоги, ні на страх стоматологічних втручань, ні на реактивну та особистісну тривожність. Цей результат свідчить про те, що неспецифічний медичний досвід, навіть якщо він оцінюється респондентом як негативний, не є визначальним чинником у формуванні тривожних реакцій, пов'язаних саме зі стоматологічними втручаннями. Отже, вирішальним у цьому випадку є не стільки сам факт наявності негативного медичного досвіду, скільки його контекстуальна специфіка – зокрема взаємодія з лікарем-стоматологом, характер комунікації, ступінь втрати контролю або пережитої вразливості під час стоматологічного лікування. Іншими словами, лише ті епізоди, які мають безпосередній стосунок до стоматологічної ситуації, виступають тригерами емоційного реагування, здатними посилювати тривожність або страх.

Крім того, цей результат може свідчити про відносну психологічну відокремленість сприйняття стоматологічної ситуації від інших медичних контекстів. Стоматологічне лікування має унікальні особливості (наприклад, фізичне обмеження рухів, гіперконтроль з боку лікаря, прямий вплив на ротову порожнину як особистісно значущу зону), що можуть сприяти формуванню окремих схем реагування, відмінних від загальних медичних установок. Отже, можемо стверджувати, що вплив травмуючого або стресогенного медичного досвіду на тривожність є ситуаційно специфічним, і саме стоматологічний контекст відіграє ключову роль у формуванні відповідних емоційних реакцій.

2. Вплив сімейних установок стоматологічних пацієнтів на рівень та види їхньої тривоги.

Далі, згідно нашого дизайну дослідження, проаналізуємо вплив сімейних установок на стоматологічних пацієнтів на рівень та види їхньої тривоги.

Першим чинником, який ми досліджували в цій групі, є ситуація, коли **батьки не приділяли зубам дитини ніякої уваги**. Результати нашого дослідження показали відсутність статистично значущих зв'язків зі страхом стоматологічних втручань та з реактивною й особистісною тривожністю.

Ідентична ситуація спостерігається і у випадку, коли **батьки приділяли багато уваги профілактиці та лікуванню зубів дитини**. Тобто аналіз отриманих даних показав, що цей факт також не впливає на страх стоматологічних втручань та на реактивну й особистісну тривожність.

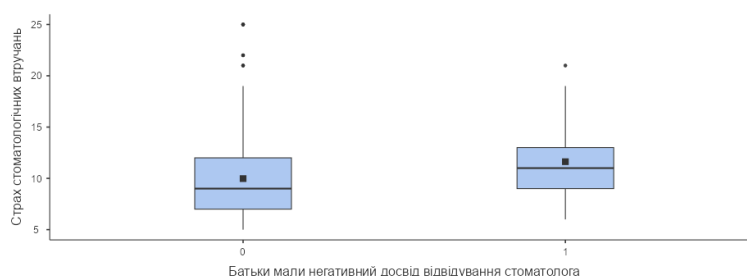
Окрім того, дослідження не виявило статистично значущого впливу ситуації, коли **батьки уважно ставляться до стану здоров'я своїх власних зубів**, на страх стоматологічних втручань та на реактивну й особистісну тривожність їх дитини – зараз вже дорослого пацієнта.

І лише один показник із групи чинників «сімейні установки» показав статистично значущу залежність ($p < 0,01$). У ситуації, коли **батьки мали негативний досвід лікування зубів**, страх стоматологічних втручань у їхніх дітей є вищим, ніж у тих дітей, чиї батьки такого досвіду не мали ($M=11,63$ та $M=9,98$ відповідно) (рис.6).

Таблиця 5

Результати дисперсійного однофакторного аналізу за показником негативного досвіду батьків у лікуванні зубів

№	Показник тривоги	Емпіричне значення χ^2	Ступені свободи df	p – рівень значущості	Розмір ефекту ϵ^2
1	Страх стоматологічних втручань	6.8105	1	0.009	0.0242
2	Реактивна тривожність	0.1316	1	0.717	4.68e-4
3	Особистісна тривожність	0.0876	1	0.767	3.12e-4



Примітка: 0 – відсутність негативний досвід; 1 – наявний негативний досвід; страх стоматологічних втручань (М-середній бал за показником)

Рис. 6. Рівень страху стоматологічних втручань в підгрупах з різним досвідом батьків у лікуванні зубів

Водночас наявність негативного досвіду лікування зубів у батьків не впливає на реактивну та особистісну тривожність (табл. 5).

Ці результати дають підстави припускати, що сама по собі кількість уваги або турботи з боку батьків не є вирішальним чинником у формуванні тривожних реакцій у контексті стоматологічного лікування. Ймовірно, вирішальне значення має не стільки факт наявності батьківської уваги, скільки її емоційно-комунікативна якість, супровідні вербальні й невербальні сигнали, з якими дитина стикається під час відвідування стоматолога. Наприклад, надмірна тривожність батьків, їхній контроль або демонстрація власного страху, можуть формувати у дитини негативні очікування, навіть попри об'єктивно «турботливе» ставлення.

Наші результати узгоджуються з теорією соціального навчання (Bandura, 1977), згідно з якою діти засвоюють зразки поведінки та емоційного реагування, спостерігаючи за близькими дорослими. Негативний досвід батьків, який може супроводжуватися вербальними повідомленнями (наприклад, скаргами, застереженнями, історіями про біль або несправедливе лікування) та вираженою емоційною реакцією (страх, напруга, тривога), формує у дитини когнітивно-афективну модель, яка сприймає стоматологічне лікування як загрозову ситуацію. Отже, саме емоційна передача досвіду, а не конкретна поведінкова установка або практична дія (увага до гігієни, частота візитів тощо), є ключовим чинником формування підвищеної чутливості до стоматологічних втручань.

Висновки.

Підсумовуючи, зазначимо, що аналіз інтраособистісних чинників – зокрема попереднього стоматологічного досвіду та сімейних установок – засвідчив, що найбільш вагомим предиктором страху стоматологічних втручань є безпосередній негативний досвід

взаємодії зі стоматологом. Чим частіше пацієнт мав негативний досвід лікування зубів, тим вищим є рівень його страху перед стоматологічними процедурами. Особливо значущим у цьому контексті є дуже негативний досвід у дитячому віці, а також наявність конфліктів з лікарем-стоматологом, що супроводжуються зростанням не лише страху, а й ситуативної (реактивної) тривожності.

Щодо сімейних чинників, результати дослідження показали, що сам факт батьківської турботи або її відсутність, а також ставлення батьків до здоров'я власних зубів, не чинять статистично значущого впливу на тривожність чи страх у пацієнтів. Єдиним релевантним чинником виявився негативний досвід лікування зубів у самих батьків, що підтверджує роль соціального навчання як механізму міжпоколінної трансмісії тривожних моделей реагування. Отже, результати дослідження підтверджують, що страх перед стоматологічними втручаннями є багатовимірним феноменом, формування якого обумовлене комбінацією індивідуального досвіду, дитячих переживань та впливу сімейного мікросередовища.

На наш погляд, отримані дані мають суттєве практичне значення. Зокрема, можна стверджувати, що, по-перше, пацієнти з історією частих негативних стоматологічних досвідів, конфліктів із лікарями або ускладнень після лікування потребують психологічного супроводу для зниження тривожності та формування довіри до стоматолога.

По-друге, важливим є врахування дитячого досвіду. Стоматологи мають приділяти особливу увагу пацієнтам із негативним досвідом у дитинстві, оскільки саме ці переживання формують стійкі страхи й автоматичні негативні когнітивні схеми, які зберігаються у дорослому віці.

По-третє, отримані дані підкреслюють важливість роботи не лише з пацієнтами, а й з їхніми батьками у процесі формування позитивного ставлення до медичних процедур, особливо у дитячому віці. Психоедукація батьків, а також корекція їхніх уявлень і ставлень до стоматологічного лікування можуть слугувати профілактикою формування страху у дітей.

По-четверте, важливою є профілактика конфліктів у діяльності стоматологів під час взаємодії з пацієнтами.

Отже, отримані результати не лише розширюють наукове розуміння психологічних чинників тривожності у стоматологічних пацієнтів, а й створюють підґрунтя для формування ефективних психологічних та освітніх стратегій у стоматологічній практиці.

Перспективами подальших досліджень є розробка інтервенцій, спрямованих на подолання страху стоматологічного лікування через зміну когнітивних схем, впровадження психоедукації для батьків та пацієнтів, а також дослідження ролі соціального навчання в передачі страхів.

Література

1. Демидович, О. М. (2018). Гендерні особливості готовності лікарів-стоматологів до продуктивної взаємодії в конфліктних ситуаціях. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*, 40, 115–127. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2018-40.115-127>
2. Комнацький, Б. Ю., & Кулигіна, В. М. (2013). Психологічні особливості та якість життя пацієнтів зі стоматологічними хворобами із супутнім цукровим діабетом, які потребують місцевого знеболювання при терапевтичних і ортопедичних втручаннях. *Український стоматологічний альманах*, 3, 24–27.
3. Кулигіна, В. М., & Мунтян, О. В. (2015). Результати дослідження психологічних особливостей пацієнтів, що потребують анестезіологічного забезпечення лікування карієсу зубів та пульпіту. *Вісник проблем біології і медицини*, 1(117), 293–298.
4. Федік, І. В. (2017). *Психологічні аспекти медичної праці*. Видавничий Дім «Персонал».
5. Abu-Bader, S. H. (2021). *Using statistical methods in social science research: With a complete SPSS guide*. Oxford University Press.
6. Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.
7. Cohen, S., Fiske, J., & Newton, J. (2000). The impact of dental anxiety on daily living. *British Dentistry Journal*, 189, 385–390. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4800777>.
8. Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(9), 418–424.

9. Dobros, K., Hajto-Bryk, J., Wnek, A., Zarzecka, J., & Rzepka, D. (2014). The level of dental anxiety and dental status in adult patients. *Journal of International Oral Health*, 6(3), 11–14.
10. Fayad, M. I., Elbieh, A., Baig, M., & Alruwaili, S. (2017). Prevalence of Dental Anxiety among Dental Patients in Saudi Arabia. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 7(2), 100-104. https://doi.org/10.4103/jispcd.JISPCD_19_17
11. White, A. M., Giblin, L., & Boyd, L. D. (2017). The Prevalence of Dental Anxiety in Dental Practice Settings. *Journal of Dental Hygiene*, 91(1), 30–34.
12. Wiener, R. C. (2015). Dental Fear and Delayed Dental Care in Appalachia-West Virginia. *Journal of Dental Hygiene*, 89(4), 274–281.

References

1. Demydovych, O. M. (2018). Genderni osoblyvosti gotovnosti likariv-stomatologiv do produktyvnoi vzayemodii v konfliktnykh sytuatsiyakh [Gender features of dentists' readiness for productive interaction in conflict situations]. *Zbirnyk naukovykh prats «Problemy suchasnoi psykhologii»*, 40, 115–127. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2018-40.115-127> [In Ukrainian]
2. Komnatskyi, B. Yu., & Kulygina, V. M. (2013). Psykhologichni osoblyvosti ta yakist zhyttya patsiyentiv zi stomatologichnymy khvorobamy iz suputnim tsukrovym diabetom, yaki potrebuyut mistsevogo zneboluvannya pry terapevtychnykh i ortopedychnykh vtruchannyakh [Psychological features and quality of life of dental patients with concomitant diabetes mellitus who require local anesthesia during therapeutic and orthopedic interventions]. *Ukrainskyi stomatologichnyi almanakh*, 3, 24-27. [In Ukrainian]
3. Kulygina, V. M., & Muntyan, O. V. (2015). Rezultaty doslidzhennya psykhologichnykh osoblyvostei patsiyentiv, scho potrebuyut anesteziologichnogo zabezpechennya likuvannya kariyesu zubiv ta pulpitu [Results of a study of the psychological features of patients who require anesthetic support for treatment of dental caries and pulpitis]. *Visnyk problem biologiyi i medytsyny*, 1(117), 293-298. [In Ukrainian]
4. Fedik, I. V. (2017). *Psykhologichni aspekty medychnoyi pratsi* [Psychological aspects of medical work]. Vydavnychiy Dim «Personal». [In Ukrainian]
5. Abu-Bader, S. H. (2021). *Using statistical methods in social science research: With a complete SPSS guide*. Oxford University Press.
6. Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.
7. Cohen, S., Fiske, J., & Newton, J. (2000). The impact of dental anxiety on daily living. *British Dentistry Journal*, 189, 385–390. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4800777>.
8. Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(9), 418-424.
9. Dobros, K., Hajto-Bryk, J., Wnek, A., Zarzecka, J., & Rzepka, D. (2014). The level of dental anxiety and dental status in adult patients. *Journal of International Oral Health*, 6(3), 11–14.
10. Fayad, M. I., Elbieh, A., Baig, M., & Alruwaili, S. (2017). Prevalence of Dental Anxiety among Dental Patients in Saudi Arabia. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 7(2), 100-104. https://doi.org/10.4103/jispcd.JISPCD_19_17
11. White, A. M., Giblin, L., & Boyd, L. D. (2017). The Prevalence of Dental Anxiety in Dental Practice Settings. *Journal of Dental Hygiene*, 91(1), 30–34.
12. Wiener, R. C. (2015). Dental Fear and Delayed Dental Care in Appalachia-West Virginia. *Journal of Dental Hygiene*, 89(4), 274–281.

Відомості про автора

Наумець Микола Ігорович, аспірант кафедри психології, ВНЗ «Університет економіки та права «КРОК», м. Київ, Україна.

Naumets, Mykola, Postgraduate Student, Department of Psychology, University of Economics and Law «KROK», Kyiv, Ukraine.

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-6524-115X>

E-mail: naumetsmi@krok.edu.ua

Отримано 4 листопада 2025 р.
Рецензовано 11 листопада 2025 р.
Прийнято 18 листопада 2025 р.