

Психологическая оценка отношения к заболеваниям полости рта пациентов старших возрастных групп, обратившихся за стоматологической помощью

© Алексеева А.А., Лукина Г.И., Глатков И.С., Лукин А.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

Резюме:

Цель. Определение психологического типа отношения к болезни пациента в зависимости от пола и возрастной группы, что позволит в дальнейшем улучшить коммуникацию между пациентом и врачом стоматологом.

Материалы и методы. В данной статье проводится психологическая оценка пациентов по отношению к заболеваниям полости рта на стоматологическом приеме по адаптированной методике ТОБОЛ. Данная методика основывается на типировании пациентов по определенным когнитивным признакам, описанным в статье. Для данного исследования были опрошены 65 человек старших возрастных групп.

Результаты. В первую группу отношения к болезни вошли 27 пациентов (41,5%), во вторую – 24 (37%), в третью – 14 (21,5%). 11 (45,8%) мужчин были отнесены к первой, 8 (33,3%) мужчин – ко второй и 5 (20,9%) – к третьей группе. Женщины показали распределение: 16 (39%) женщин отнесены к первой группе, 16 (39%) – ко второй и 9 (22%) – к третьей группе соответственно. Негативное отношение к стоматологическим заболеваниям, нежелание лечить их резко возрастает у долгожителей.

Выводы. С увеличением возраста растет тенденция к пессимизации и агрессии. Сенситизированное отношение к болезни, угнетенное состояние, отказ от лечения или же перекладывание вины усложняют диагностику и последующее лечение. Для предупреждения нежелательных эмоций и повышения качества коммуникации врач-стоматолог должен руководствоваться индивидуальным подходом к данным пациентам, который должен основываться на базовых принципах этики и деонтологии. Только тогда стоматологическое лечение будет эффективным и полноценным.

Ключевые слова: геронтостоматология, психология, отношение к болезни, медицина, типирование.

Статья поступила: 10.04.2021; **исправлена:** 05.06.2021; **принята:** 08.06.2021.

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов.

Для цитирования: Алексеева А.А., Лукина Г.И., Глатков И.С., Лукин А.В. Психологическая оценка отношения к заболеваниям полости рта пациентов старших возрастных групп, обратившихся за стоматологической помощью. Эндодонтия today. 2021; 19(2):84-89. DOI: 10.36377/1683-2981-2021-19-2-84-89.

Psychological assessment of the attitude to oral diseases of patients of older age groups who have applied for dental care

© A.A. Alekseeva, G.I. Lukina, I.S. Glatkov, A.V. Lukin

Federal State Budgetary Educational Institution of the Higher Education "A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

Abstract:

Aim. Determination of the psychological type of attitude to the patient's illness, depending on gender and age group, which will further improve communication between the patient and the dentist.

Materials and methods. This article provides a psychological assessment of patients in relation to diseases of the oral cavity at a dental appointment using the adapted TOBOL technique. This technique is based on typing patients according to certain cognitive characteristics described in the article. For this study, 65 people of older age groups were interviewed.

Results. The first group of attitudes towards the disease included 27 patients (41.5%), the second – 24 (37%), the third – 14 (21.5%). 11 (45.8%) men were assigned to the first group, 8 (33.3%) men – to the second and 5 (20.9%) – to the third group. Women showed a distribution: 16 (39%) women belonged to the first group, 16 (39%) – to the second and

9 (22%) – to the third group, respectively. Negative attitude towards dental diseases, reluctance to treat them sharply increases in centenarians.

Conclusions. With increasing age, there is a growing tendency towards pessimization and aggression. Sensitized attitudes toward illness, depression, refusal of treatment, or blame-shifting complicate diagnosis and subsequent treatment. To prevent unwanted emotions and improve the quality of communication, the dentist should be guided by an individual approach to these patients, which should be based on the basic principles of ethics and deontology. Only then will dental treatment be effective and complete.

Keywords: gerontostomatology, psychology, attitude to the disease, medicine, typing.

Received: 10.04.2021; **revised:** 05.06.2021 ; **accepted:** 08.06.2021.

Conflict of interests: The authors declare no conflict of interests.

For citation: A.A. Alekseeva, G.I. Lukina, I.S. Glatkov, A.V. Lukin. Psychological assessment of the attitude to oral diseases of patients of older age groups who have applied for dental care. *Endodontics today*. 2021; 19(2):84-89. DOI: 10.36377/1683-2981-2021-19-2-84-89.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Согласно статистике, пациенты пожилого и старческого возраста вынуждены посещать медицинские организации стоматологического профиля чаще пациентов других возрастных групп. Помимо стоматологических заболеваний большинство из них имеют в анамнезе большое количество хронических, длительно протекающих соматических заболеваний, которые отражаются на их физическом и психологическом здоровье [1, 2].

Психологические и физиологические изменения тесно взаимосвязаны. Некоторые психологические характеристики пожилых людей (например, негативное восприятие действительности), могут являться следствием физиологических изменений в организме [3, 4].

Предыдущий опыт общения с медицинскими работниками зачастую носит негативный характер и опирается на множество страхов: страх испытать чувство боли, страх обнаружить у себя новые, трудно поддающиеся лечению и требующие дополнительных финансовых затрат заболевания и т.д. Врач, выполняя должностные обязанности и занимая, с точки зрения медицинской психологии, активную позицию, должен предугадывать последствия своих решений. Однако большинство врачей-стоматологов, осуществляющих профессиональную деятельность в государственных медицинских организациях, поставлены в жесткие условия дефицита времени и многие принятые решения могут спокойно обдумывать лишь спустя какое-то время. В связи с этим возникает потребность в сжатой, но в тоже время эффективной диагностике психологического состояния пациента перед стоматологическим приемом.

Физиологическое старение не следует путать с инвалидностью или болезнью. Возраст не снижает способности понимать сложные ситуации. Интеллект развивается с возрастом и опытом. Тем не менее, нарушение слуха или зрения может создать впечатление, что человек не принял информацию. Пожилые пациенты высоко ценят искреннее уважение и сочувствие, поэтому следует избегать инфантилизации их личности в любой форме [5].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение психологического типа отношения к болезни пациента в зависимости от пола и возрастной группы, что позволит в дальнейшем улучшить коммуникацию между пациентом и врачом-стоматологом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всемирная организация здравоохранения выделяет три этапа старения пожилой возраст – 60-74 года, старческий возраст – 75-90 лет, долголетие – старше 90 лет [6]. Для данного исследования были выбраны пациенты из каждого этапа.

За основу опросного листа была взята методика ТООЛ, которая была сконструирована в лаборатории клинической психологии института им. В.М. Бехтерева в 1987 году. Методика ТООЛ предназначена для психологической диагностики типов отношения к болезни. При такой диагностике была использована типология отношений к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым (1980). Данная методика позволяла диагностировать следующие 12 типов отношения: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный [7, 8].

Поскольку увеличение возраста часто сопровождается снижением мозговой активности [9,10,11], то для совершенствования данной методики и применения ее в практической стоматологии была проведена ее адаптация с целью упрощения получения и интерпретации данных. 12 типов отношения к болезни объединены в три группы. При объединении типов в группы были выбраны два критерия: «адаптивность – дезадаптивность», которая отражает влияние отношения к болезни на адаптацию личности больного, и «интер – интрапсихическая направленность» дезадаптации (в случае дезадаптивного характера отношения).

Первая группа включает гармоничный, стенический и эфорический типы отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. При гармоничном типе реагирования больные, адекватно оценивая свое состояние, активно участвуют в лечении заболевания, соблюдают назначенный врачом режим, и в то же время характеризуются стремлением преодолеть заболевание, неприятием «роли» больного, сохранением ценностной структуры и активного социального функционирования. Кроме гармоничного типа реагирования, в первый блок включены эргопатический и анозогнозический типы. Для больных с этими типами отношения к болезни характерно: снижение критичности к своему состоянию, преуменьшение «значения» заболевания вплоть до полного его вытеснения, иногда проявляющееся поведенческими нарушениями рекомендуемого врачом режима жизни, «уходом» в работу, отрицанием подчас факта заболевания. Однако выраженные явления пси-

хической дезадаптации у этих больных отсутствуют, что позволило условно включить их в один блок с гармоничным типом.

Во вторую и третью группы включены типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием и различающиеся преимущественно интрапсихической или интерпсихической направленностью реагирования на болезнь.

Вторая группа включает тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы отношения, для которых характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных с этими типами реагирования. Эмоционально-аффективная сфера отношений у таких больных проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» в болезнь, отказе от борьбы – «капитуляции» перед заболеванием и т.п.

В третью группу вошли сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы отношения, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, также обуславливающая нарушения социальной адаптации больных. Больные с этими типами отношения к болезни характеризуются таким сенсibilизированным отношением к болезни, которое, вероятно, в наибольшей степени зависит от преморбидных особенностей личности. Такое сенсibilизированное отношение к болезни проявляется дезадаптивным поведением больных: они стесняются своего заболевания перед окружающими, «используют» его для достижения определенных целей, строят паранойяльного характера концепции относительно причин своего заболевания и его хронического течения, проявляют гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге.

Опросный лист был переработан и скорректирован с учетом специфики стоматологического приема. Также опросник был сокращен для того, чтобы у пациентов старших возрастных групп не было проблем с его заполне-

нием. В приложении 1 представлен опросный лист, в котором пациент самостоятельно или, при возникновении сложностей, с помощью ассистента, отмечал утверждение, подходящее ему в данный момент. Все опрошенные пациенты были первичными и не были знакомы с персоналом клиники. Каждое утверждение опроса отражает тот или иной аспект отношения к болезни и позволяет оценить эмоционально-психическое состояние пациента. Участники исследования подписали информированное согласие.

После того, как пациент сделал выбор тезисов в данном опроснике, результаты были перенесены в бланк регистрации данных опросного листа (приложение 2).

Приложение 1. Опросный лист «Оценка отношения к заболеванию»
Application 1. Questionnaire "Assessment of the attitude to the disease"

Выберите утверждение, наиболее точно характеризующее ваше состояние на данный момент.		
№	Утверждение	Выбор
1.	Мое состояние удовлетворительное	
	Почти всегда чувствую себя плохо	
	Я чувствую себя тревожно, когда болею	
2.	Я не позволяю себе унывать из-за заболевания	
	Если я плохо себя чувствую, то мое настроение портится	
	Я не подвержен унынию, но часто бываю раздражительным	
3.	Когда я болею, то я сохраняю оптимистичный настрой	
	Во время болезни мне безразлично, что со мной будет	
	Я считаю, что моя болезнь запущена и это меня угнетает	
4.	Я соглашусь на любое лечение, чтобы избавиться от болезни	
	Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным	
	Я считаю, что мне хотят навредить или лечат неправильно	
5.	Я уважаю профессию врача и легко доверяю им свое здоровье	
	Я часто меняю лечащих врача, так как у меня есть сомнения в их компетентности	
	Я часто убеждаюсь, что медперсонал и врачи недобросовестны и некомпетентны	
6.	Я стараюсь не доставлять проблем своим близким когда болею	
	Из-за болезни я потерял интерес к волнениям и делам близких людей	
	Близкие не считаются с моим самочувствием и хотят жить в свое удовольствие	
7.	Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работать	
	Из-за плохого самочувствия мне теперь стало не до работы	
	Я думаю, что заболел из-за того, что работа причинила вред моему здоровью	
8.	Моя болезнь не повлияла на качество общения	
	Мне хочется, чтобы окружающие оставили меня в покое	
	Общение с людьми стало раздражать меня	
9.	В одиночестве, я стараюсь найти себе какое-то занятие или дело	
	В одиночестве меня часто преследуют грустные мысли о болезни	
	В одиночестве я скорее успокаиваюсь	
10.	Я всегда надеюсь на счастливое будущее	
	Мне безразлично, что будет в будущем	
	Из-за болезни мне тревожно за мое будущее	

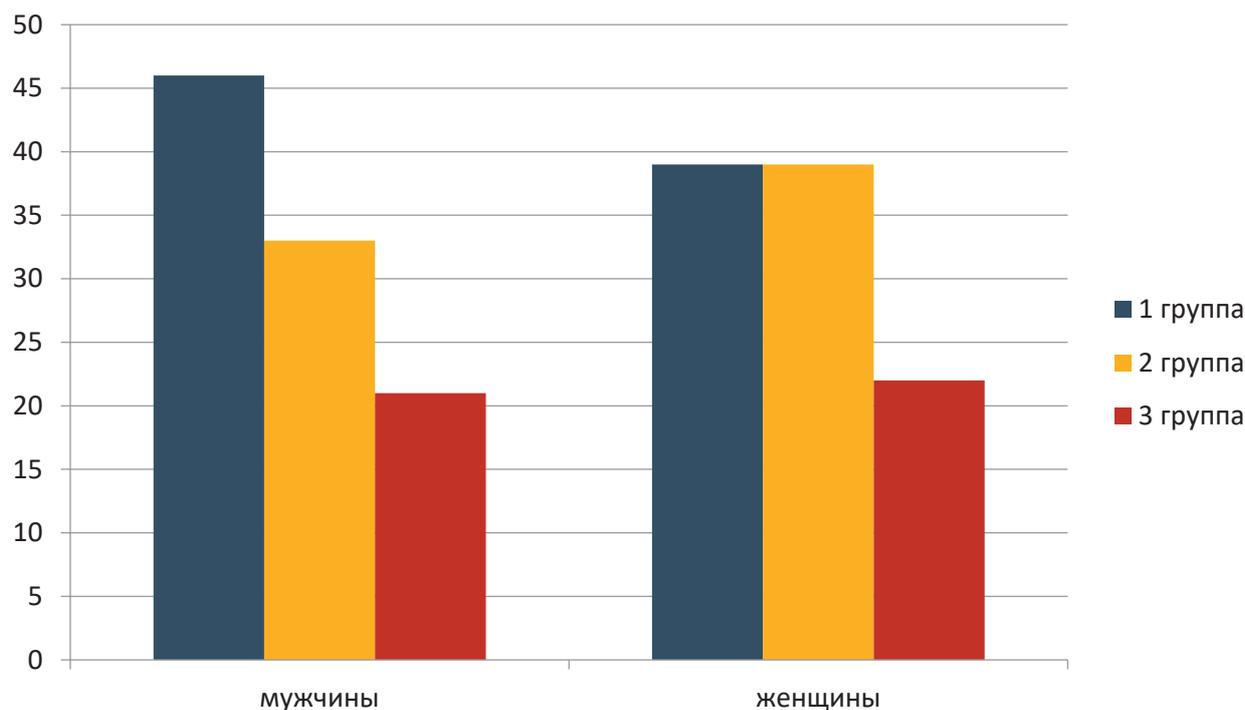
Приложение 2. Бланк регистрации данных опросного листа «Оценка отношения к заболеванию».

Application 2. Questionnaire data registration form "Assessment of attitude to the disease".

Вопрос Группа	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Результат
I.											
II.											
III.											

Диаграмма 1. Определение группы отношения к болезни в зависимости от пола пациента.

Chart 1. Definition of the group of attitudes to the disease, depending on the patient's gender.



В данном исследовании принимали участие 65 пациентов старших возрастных групп, из которых 24 человека – мужчины и 41 женщина. В исследовании приняли участие лица: пожилого возраста – 40 человек, старческого возраста – 20 человек, долгожители – 5 человек.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В первую группу отношения к болезни вошли 27 пациентов (41,5%), во вторую – 24 (37%), в третью – 14 (21,5%). Из этого следует, что наиболее многочисленная группа опрашиваемых показала себя, как наименее агрессивная и негативно настроенная, что внушает некоторый оптимизм.

На диаграмме 1 показано распределение пациентов по группам отношения к болезни в зависимости от пола пациента. 11 (45,8%) мужчин были отнесены к первой, 8 (33,3%) мужчин – ко второй и 5 (20,9%) – к третьей группе. Женщины показали распределение: 16 (39%) женщин отнесены к первой группе, 16 (39%) – ко второй и 9 (22%) – к третьей группе соответственно. Т.о., с небольшой разницей среди женщин старших возрастных групп меньше позитивно настроенных и тревожных по отношению к своему стоматологическому здоровью, чем мужчин.

На диаграмме 2 представлены результаты исследования в зависимости от возраста пациента. Лица пожилого возраста: 1 группа – 18 (45%) человек, 2 группа – 16 (40%) человек и 3 группа – 6 (15%) человек. Лица

старческого возраста: 1 группа – 9 (45%) человек, 2 группа – 7 (35%) человек и 3 группа – 4 (20%) человека. Долгожители – 2 группа – 1 (20%) человек, 3 группа – 4 (80%) человека. Т.о., негативное отношение к стоматологическим заболеваниям, нежелание лечить их резко возрастает у долгожителей.

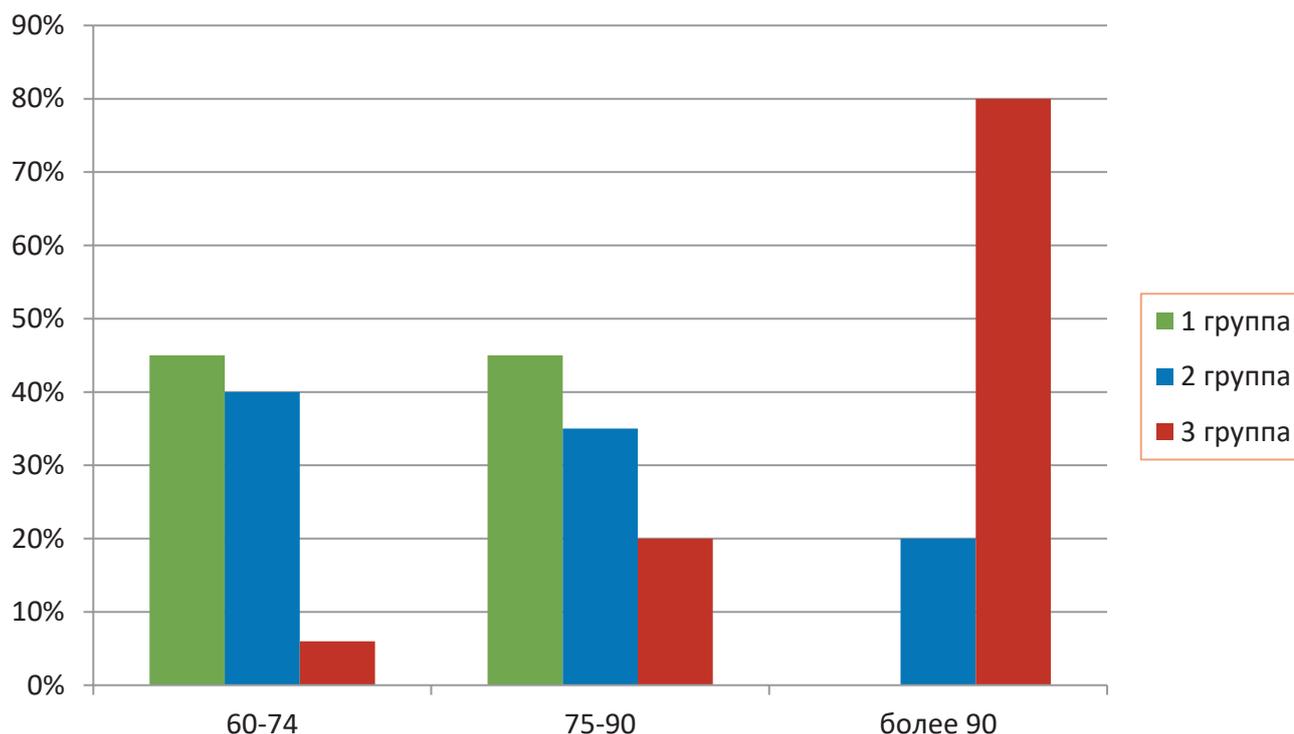
ОБСУЖДЕНИЕ

Исходя из результатов данного исследования можно утверждать следующее. Для определения отношения к стоматологическим заболеваниям пациента старших возрастных групп с их согласия рекомендуем врачам-стоматологам использовать адаптированную анкету. Проведение анкетирования не отнимает много времени и поможет врачу выстроить рациональные взаимоотношения между врачом и пациентом.

Можно отметить, что люди старшего и пожилого возраста не составляют одной монолитной группы; они в той же мере разнородны и сложны, как и люди в отрочестве, юности, молодости, зрелости, зрелости [12].

С возрастом сенсibilизированное отношение к болезни проявляется дезадаптивным поведением. Угнетенное состояние, отказ от лечения или же перекладывание вины усложняют диагностику и последующее лечение. Но таких пациентов выявлено в меньшем количестве в сравнении с пациентами, которые охотнее идут на контакт и дают положительный эмоциональный отклик на действия врача.

Диаграмма 2. Определение группы отношения к болезни в зависимости от возраста пациента.
Chart 2. Determination of the group of attitudes to the disease, depending on the age of the patient.



Также, можно отметить, что женщины проявили себя как более тревожные и эмоционально лабильные пациенты, что связано с особенностями психики, которые соответствуют данному гендеру. На это стоит обратить внимание, чтобы предстоящий прием и проводимое лечение было наиболее эффективным.

Необходимо учитывать отношение пожилых людей с учетом их психотипа к состоянию своих зубов и полости рта, пониженный интерес к жизни, их восприятие стоматологического обслуживания, страх перед высокой оплатой стоматологических услуг [13]

В связи с вышеизложенным, можно выделить основные тезисы ведения пациента старшего возраста, что особенно актуально для пациентов, которые по результатам исследования составили вторую и третью группы. В этом случае, как и в случае с более молодыми пациентами, при лечении пациентов с неблагоприятными для установления межличностных контактов психотипами, важно, чтобы они были проинформированы об этапах лечения, которые будут выполняться до начала лечения и во время лечения.

Перед сообщением данному пациенту о том, что ему потребуется обширная операция, дорогостоящее протезирование или есть подозрение на злокачественную опухоль, необходимо убедиться, что пациент изначально находится в хорошем состоянии и адекватно воспримет данную информацию. Пациенту должна быть предоставлена возможность сначала осмыслить информацию, чтобы он имел возможность ее обдумать самостоятельно или обсудить это с близкими людьми. Его также следует попросить записать вопросы, которые у него возникнут, до того момента, как он явится на повторный прием, так как пациент во время волнения не может помнить обо всех вопросах, которые ему приходили в голову будучи дома. Необходимо понимать, что с возрастом ухудшается память и

пожилым пациентам необходимо дублировать устную информацию в письменном виде, а также заблаговременно напоминать о приеме по телефону [14].

Следует учесть, что слух и зрение с возрастом имеют тенденцию к снижению остроты. Но даже при ухудшении слуха, лучше произносить более четко, чем чрезмерно громко. Медицинская маска может быть помехой для общения, поскольку пожилые люди часто учатся читать по губам. Сопровождение своей речи жестами поможет подчеркнуть сказанное. Также необходимо создать среду, способствующую концентрации при разговоре. Фоновую музыку, параллельные разговоры сотрудников или телефонные звонки пожилой пациент может воспринимать тревожно. При общении следует употреблять меньше профессиональных терминов, и, если они неизбежны, их следует использовать последовательно и разъяснять их смысл. Если пациент находится в инвалидной коляске, то рекомендуется сесть на стул, чтобы разговор проходил на «уровне глаз», так как такое общение обычно воспринимается как более приятное [15].

Само лечение следует проводить точно и, по возможности, быстро, так для многих пациентов затруднительно и некомфортно долго держать рот открытым.

ВЫВОДЫ

С увеличением возраста растет тенденция к пессимизации и агрессии. С возрастом сенсibilизированное отношение к болезни проявляется дезадаптивным поведением. Угнетенное состояние, отказ от лечения или же перекладывание вины усложняют диагностику и последующее стоматологическое лечение. Для предупреждения нежелательных эмоций и повышения качества коммуникации врач стоматолог должен руководствоваться индивидуальным подходом к данным пациентам, который должен основываться на базовых принципах этики и деонтологии. Только тогда стоматоло-

логическое лечение будет эффективным и полноценным.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алимский А.В. Геронтостоматология (Эпидемиологические, социальные и организационные аспекты). М. 2012: 374.
2. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Терапевтическая стоматология. М. Гэотар-Медиа. 2012: 322.
3. Шаповаленко И.В. Возрастная психология (Психология развития и возрастная психология). Гардарики. 2009: 349.
4. Соколова И.И. Медико-психологические аспекты стоматологического лечения больных гериатрического профиля. Медицина сьогодні і завтра. 2013; 2:59.
5. Inglehart M.R., Bagramian R.A. Oral health related quality of life, an introduction. Oral health-related quality of life. Chicago: Quintessence. 2002; 3:74-77.
6. Абрамова Г.С. Возрастная психология. Деловая книга. 2000: 627.
7. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Е.Б., Вукс А.Я., Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей. Санкт-Петербург. 2005: 33.
8. Иванова Е.В. Совершенствование оказания терапевтической стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста в современных условиях. М. 2009: 138.

REFERENCES:

1. Alimsky A.V. Gerontostomatology (Epidemiological, social and organizational aspects). M. 2012: 374.
2. Maksimovsky Yu.M., Mitronin A.V. Therapeutic dentistry. M. Geotar-Media. 2012: 322.
3. Shapovalenko I.V. Developmental psychology (Developmental psychology and developmental psychology). Gardariki, 2009: 349.
4. Sokolova I.I. Medical and psychological aspects of dental treatment of geriatric patients. Medicine today and tomorrow. 2013; 2:59.
5. Inglehart M.R., Bagramian R.A. Oral health related quality of life, an introduction. Oral health-related quality of life. Chicago: Quintessence. 2002; 3: 74-77.
6. Abramova G.S. Age-related psychology. Business book. 2000: 627.
7. Wasserman LI, Iovlev BV, Karpova EB, Vuks A.Ya., Psychological diagnosis of attitudes towards the disease. A guide for doctors. St. Petersburg. 2005: 33.
8. Ivanova E.V. Improving the provision of therapeutic dental care to elderly and senile people in modern conditions. M. 2009: 138.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Алексеева А.А. – ассистент, ORCID ID: 0000-0002-7946-5139.

Лукина Г.И. – профессор, Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, ORCID ID: 0000-0003-4145-3797.

Глатков И.С. – клинический ординатор.

Лукин А.В. – клинический ординатор, ORCID ID: 0000-0003-4685-4362.

Кафедра терапевтической стоматологии стоматологического факультета. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия.

AUTHOR INFORMATION:

A.A. Alekseeva – assistant, ORCID ID: 0000-0002-7946-5139.

G.I. Lukina – Professor, Honored Doctor of the Russian Federation, Doctor of Medical Sciences, ORCID ID: 0000-0003-4145-3797.

I.S. Glatkov – clinical resident.

A.V. Lukin – clinical resident ORCID ID: 0000-0003-4685-4362.

Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry. Federal State Budgetary Educational Institution of the Higher Education “A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia.

Координаты для связи с авторами / Coordinates for communication with authors:

Лукина Г.И. / G.I. Lukina, E-mail: lukinagi@mail.ru