

**САРКИСОВ**  
**Армен Акопович**

**НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ  
ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА**

14.01.11 – нервные болезни  
14.01.14 – стоматология

**АВТОРЕФЕРАТ**

**диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук**

**Москва – 2015**

Работа выполнена в в ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

**Научные консультанты:**

доктор медицинских наук,  
профессор

**Кадыков Альберт Серафимович**

доктор медицинских наук,  
профессор

**Караков Карен Григорьевич**

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук,  
профессор, профессор кафедры  
неврологии ГБОУ ВПО  
«Первый МГМУ ИМ. Сеченова»

**Дамулин Игорь Владимирович**

доктор медицинских наук,  
профессор, заведующая  
отделением неврологии ОГБУЗ  
Белгородской областной клинической  
больницы Святителя Иоасафа

**Чефранова Жанна Юрьевна**

доктор медицинских наук, профессор,  
заместитель директора ФГБУ  
«ЦНИИС и ЧЛХ»  
заведующий отделением стоматологии

**Гветадзе Рамаз Шалвович**

**Ведущая организация:** Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Тверская государственная медицинская академия» Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «        » ..... 2014 г. в .... часов на заседании диссертационного совета Д.208.120.01 при ФГОУ ДПО ИПК ФМБА России (125371, г. Москва, Волоколамское шоссе, 91).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГОУ ДПО ИПК ФМБА России (125371, г. Москва, Волоколамское шоссе, 91).

Автореферат разослан «        » ..... 2014 г.

**Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
доктор медицинских наук, профессор**

**И.С. Денищук**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность темы.

На протяжении последних лет в нашей стране поэтапно проводится реформа здравоохранения, направленная на оптимизацию системы оказания медицинской помощи населению, в том числе на удовлетворение потребности граждан в высококачественной медицинской помощи.

Исходно концепция реформы системы отечественного здравоохранения, частично реализованная в Национальном проекте «Здоровье», базировалась на предположении о том, что повышение качества и доступности медицинской помощи становится возможным за счет таких факторов, как оснащение учреждений высокотехнологическим оборудованием и повышение уровня профессиональной подготовке врача. Также предполагалось, что дополнительные экономические стимулы смогут решить основные проблемы в сфере охраны здоровья, включая недостаточную укомплектованность поликлиник кадрами (Присяжнюк Д.И., 2012; Солей А.И., 2013).

Не вызывает сомнения тот факт, что обеспечение качества медицинской помощи населению невозможно без современного медицинского оборудования и высокой профессиональной компетентности специалистов. Однако, обеспечивая достаточный уровень квалификации врачей соответствующими программами подготовки и переподготовки в системе последипломного образования и укрепляя материально-техническую базу ЛПУ, необходимо понимать, что внедрение современных стандартов медицинской помощи также предъявляет дополнительные требования к физическим и психическим качествам кадрового ресурса системы здравоохранения. Так, результаты ряда последних научных исследований, посвященных первым итогам реформирования российской системы здравоохранения, наглядно демонстрируют прямую зависимость качества оказания медицинской помощи от уровня здоровья врача и его

психоэмоционального состояния (Золотухина Л.В., 2011; Кузнецова О.А., 2012; Воинов Е.С., 2012; Старовойтова И.М., 2013).

В связи с этим, при разработке мероприятий, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи населению, особое значение приобретают проблемы, непосредственно связанные с разработкой диагностических подходов, а также методов коррекции и профилактики состояний психической дезадаптации, возникающих у врачей, профессиональная деятельность которых, характеризуется особыми условиями труда (Рудаков В.В., 2010, Щербенко В.Н., 2012).

К данной группе специалистов в первую очередь могут быть отнесены врачи-стоматологи, работа которых требует больших физических сил и выносливости, а также характеризуется наличием различных факторов профессиональной вредности, таких как, зрительное напряжение, вынужденная рабочая поза, нерациональное освещение, опасность передачи инфекции, контакт с аллергенами и токсичными веществами, вибрация, шум, рентгеновское и лазерное излучение, что приводит к более высокому уровню их заболеваемости по сравнению с другими специалистами медицинских специальностей (Оганесян Л.В., 2009; Пуйда А.Р., 2008; Нестеров Ю.С., 2011). При этом необходимо учитывать, что в последние годы действие неблагоприятных факторов труда врачей-стоматологов также потенцируется возникшим существенным увеличением функциональной нагрузки на этих специалистов (Полонский А.П., 2009; Фельдман А.Д., 2009).

Неблагоприятное влияние профессионального стресса на здоровье врачей-стоматологов достаточно подробно изучалась ранее (Ларенцова Л.И., 2003 – 2006; Хубиев Х.М., 2004). В своих работах авторы убедительно показали, что в результате интенсивных нервно-психических нагрузок, свойственных данному виду профессиональной деятельности, у врачей-стоматологов достаточно часто возникают различные вегетативно-сосудистые нарушения, расстройств сна, а также ряд иных проявлений

поражения нервной системы. Однако, по состоянию на сегодняшний день, систематизированных исследований, посвященных влиянию профессионального стресса на состояние нервной системы, а также научной разработке рекомендаций по сохранению профессионального здоровья и тем самым – повышению качества труда специалистов данной профессиональной группы, не проводилось.

Поэтому разработка комплексной программы по повышению качества труда врачей-стоматологов, основанной на выявлении и последующем исключении факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на психоэмоциональное состояние и состояние нервной системы у данной категории специалистов, представляется актуальной, что послужило основанием для проведения настоящего исследования, определило его цель и задачи.

#### **Цель исследования.**

Научно-практическая разработка системы мероприятий по повышению качества труда врача-стоматолога, основанная на коррекции нарушений со стороны нервной системы и иных психофизиологических изменений у данной категории специалистов.

#### **Задачи исследования.**

1. Оценить уровень профессионального стресса, провести анализ и уточнить наиболее значимые причины формирования синдрома профессионального выгорания у врача-стоматолога.
2. Выявить и оценить объективно клинические особенности проявлений поражения нервной системы, возникающих у врачей-стоматологов при профессиональном стрессе и синдроме профессионального выгорания.
3. Изучить типологические личностные характеристики пациентов стоматологического приема, определить зависимость форм межличностного контакта стоматологов с пациентами от характерологических особенностей пациента.

4. Оценить влияние отдельных психологических характеристик пациентов на возможность формирования профессионального стресса врача-стоматолога.
5. Разработать комплексную систему мероприятий, способствующих сохранению профессионального здоровья и мероприятий, направленных на повышение качества труда врача-стоматолога.
6. Провести анализ эффективности предложенной комплексной программы повышения качества труда врача-стоматолога.

### **Научная новизна.**

Впервые проведено комплексное исследование, посвященное проблеме повышения качества труда врачей-стоматологов: осуществлён детальный анализ факторов, негативно влияющих на выполнение врачом-стоматологом своих профессиональных функций, уточнены наиболее значимые факторы формирования профессионального стресса и риска развития синдрома выгорания в данной профессиональной группе; изучены особенности клинической симптоматики профессионального стресса и синдрома профессионального выгорания указанной категории работников, уточнен характер нарушений со стороны нервной систем и иных психофизиологических изменений, вызываемых синдромом профессионального выгорания.

Впервые разработаны подходы к организации лечебной помощи, предусматривающие раннее выявление симптомов поражения нервной системы, вызываемых синдромом профессионального выгорания с целью их дальнейшей коррекции и профилактики для возможности продления профессионального долголетия работающих. Получены новые данные о психологическом статусе стоматологического пациента, при этом впервые доказано, что личностные особенности пациента являются не единственным фактором, оказывающим влияние на формирование взаимоотношений между пациентом и врачом при проведении лечения – выявлено непосредственное

влияние утомления, перенапряжения и наличие профессионального стресса врача на поведение пациентов. Определены психологические основы взаимодействия врача-стоматолога и пациента на основе изучения характерологических особенностей не только пациента, но и врача.

Доказано, что ориентация на выявленные системообразующие факторы, оказывающие негативное влияние на формирование взаимоотношений врача и пациента на стоматологическом приеме, качества труда врачей-стоматологов.

### **Практическая значимость.**

Практическая значимость работы определяется результатами исследований, позволяющими использовать для повышения качества труда врачей-стоматологов уточненные причины возникновения профессионального стресса и выявленные факторы, способствующие оказывать негативное влияние выполнение данными специалистами своих профессиональных функций.

Показано, что внедрение разработанных подходов к организации практической деятельности врачей-стоматологов, основанных на применении метода индивидуальной психологической коррекции поведения пациентов, рациональная организация трудового процесса позволяет сделать стоматологическое лечение менее трудоемким для врача.

Полученные в ходе исследования результаты могут способствовать профилактике конфликтных ситуаций в системе врач-пациент на стоматологическом приеме, а их внедрение поможет снизить уровень выраженности профессионального стресса, что будет способствовать снижению количества ятрогенных осложнений, сохранению профессионального здоровья врачей-стоматологов, предупреждению ухода из профессии квалифицированных специалистов.

### **Основные положения, выносимые на защиту.**

1. Неблагоприятные профессиональные факторы, в первую очередь –

интенсивные нервно-психические нагрузки, а также повышенные требования, предъявляемые к физическому и нервно-психическому состоянию врачей-стоматологов, выступают в качестве основной причины возникновения у них различных нарушений со стороны нервной системы и иных психофизиологических изменений, характерных для профессионального стресса и синдрома профессионального выгорания.

2. Клинические проявления патологии нервной системы, психоэмоциональные нарушения, возникающие у врачей-стоматологов под воздействием профессионального стресса и при развитии у них в результате этого синдрома выгорания, имеет выраженное негативное социальное воздействие, поскольку не только влияет на физическую активность индивидуума, настроение, самооценку, систему отношений с другими людьми, но и на его способность к трудовой деятельности, что определяет необходимость в проведении соответствующих методов коррекции.

3. Предложенная система мероприятий по повышению качества труда врача стоматолога, предусматривающая выявление и последующее устранение факторов, оказывающих негативное влияние на состояние нервной системы, психоэмоциональное состояние врачей стоматологов, методы лечебной коррекции нарушений со стороны нервной системы и иных психофизиологических изменений, обусловленных синдромом профессионального выгорания, способствуют сохранению здоровья и продлению профессионального долголетия данной категории работников.

4. Умение построить правильную тактику общения с пациентом, исходя из уточненных характерологических особенностей пациента, способствует формированию положительных межличностных взаимоотношений на стоматологическом приеме, позволяет исключить вероятность конфликтных ситуаций в системе отношений между врачом и пациентом, что является важной составляющей в



комплексной программе мероприятий повышения качества работы врача-стоматолога.

### **Апробация работы.**

Диссертационная работа апробирована на совместном заседании сотрудников кафедры терапевтической стоматологии, кафедры хирургической стоматологии, кафедры ортопедической стоматологии, кафедры неврологии ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России (май 2014 г.).

Основные положения и результаты исследования изложены в центральной печати, доложены на научно-практических конференциях:

- 6<sup>-ой</sup> научно-практической конференции ИПК ФУ МБЭП при МЗ РФ «Научные достижения в практическое здравоохранение (Москва, 2005);
- Всероссийской конференции «Психология индивидуальности» (Москва, 2 – 3 ноября 2006 г.);
- Научно-практической конференции ФМБА России «Инновационные технологии в медицине» (г. Саров, 14 – 16 ноября 2006 г.);
- Научно-практической конференции, посвященной 50-летию образования МСЧ № 123 (Одинцово – Москва, 2006 г.);
- Юбилейной научно-практической конференции ФМБА России «Высокие технологии в промышленном здравоохранении» (г. Пермь, 28 ноября 2007 г.);
- 9-ом Европейском психологическом конгрессе (Гранада, Испания, июль 2009 г.);
- Межрегиональной научно-практической конференции «Прикладная психология как ресурс социально-экономического развития современной России» (Москва, ноябрь 2010).
- 7<sup>-ой</sup> научно-практической конференции ФБГОУ ИПК ФМБА России (Москва, 2012);

- VI научно-практической конференции по медицинской реабилитации ФМБА России (Москва, 2013).

#### **Внедрение в практику.**

Полученные результаты внедрены в учебный процесс кафедры терапевтической стоматологии, кафедры хирургической стоматологии ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, а также в лечебно-диагностический процесс МАУЗ «Городская стоматологическая поликлиника №1» г.Ставрополя, стоматологической поликлиники ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, ООО «Клиника дентальной имплантологии» г.Астрахань, ООО «Медисса» г.Астрахань.

#### **Объем и структура диссертации.**

Диссертация изложена на 264 страницах машинописного текста и содержит введение, обзор литературы, характеристику материалов и методов исследования, три главы собственных исследований, обсуждение результатов исследований, выводы. Диссертация содержит 14 таблиц, 14 рисунков. Указатель литературы включает 376 работ отечественных и иностранных авторов.

#### **Публикации.**

По материалам исследования опубликовано 26 научных работ, в том числе 7 работ в изданиях, рекомендованных в ВАК для публикации результатов докторской диссертации.

### **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ.**

#### **Материалы и методы исследования.**

Для решения поставленных задач, во время проведения планового стоматологического обследования или при индивидуальном обращении за лечебной стоматологической помощью к стоматологу-терапевту, методом случайной выборки было отобрано 118 пациентов. Средний возраст пациентов составил  $35,4 \pm 8,1$  лет. В обследованной группе стоматологических пациентов преобладали женщины – 72 человека (61,0%); количество мужчин составило 46 (38,9%) человек.

В обследуемую группу врачей-стоматологов были включены 312 врачей, работающих на амбулаторно-поликлиническом приеме. Средний возраст обследованных составил  $44,6 \pm 6,5$  года, при этом стаж работы по профессии составил в среднем  $16,5 \pm 3,7$  года.

Из всего числа обследованных женщины составляли 73,71% (230 чел.), мужчины – 26,3% (82 чел.).

У всех обследованных было получено информированное согласие на участие в исследовании.

Для уточнения эмоционально-личностных свойств пациентов использованы следующие методики: шкала самооценки Ч.Д. Спилбергера (адаптированная Ю.Л. Ханиным, 1976), оценка уровня депрессии с помощью шкалы Бека, (А.Т. Векк и соавт., 1961), «Опросник акцентуации характера Леонгарда-Шмишека» (Leongard's Scale – Leongard K., 1970), СМОЛ – отечественный вариант психологического анкетного листа Мини-мульти, представляющий сокращенный вариант многопрофильного Миннесотского личностного опросника (MMPI), адаптированный Ф.Б. Березеным, М.П. Мирошниковым (1994). Для субъективной оценки интенсивности боли применялась визуальная аналоговая шкала (ВАШ).

Наличие профессионального стресса у врачей определялось с помощью «Шкалы профессионального стресса» (Fontana D., 1995), позволяющей помимо оценки выраженности стресса, проводить содержательный анализ с целью определения значения параметров деятельности в развитии стресса.

Для определения уровня профессионального выгорания применялась методика «Опросник выгорания К. Маслач – общий вариант» в редакции М. Салановой (M.Salanova et al., 2001). Экспериментально-психологическое исследование также включало комплекс тестов, которые позволяли изучить эмоционально-личностные особенности обследованных: шкала самооценки Ч.Д. Спилбергера (адаптированная Ю.Л. Ханиным, 1976), оценка уровня депрессии с помощью шкалы Бека, (А.Т. Векс и соавт., 1961); субъективная шкала оценки астении (MFI-20); тест самооценки «Качество жизни» – (опросник SF-36; R.J.C. Colville, 1999).

Комплексное обследование также предусматривало оценку состояния нервной системы врачей-стоматологов, с акцентом на состояние вегетативной нервной системы, которое включило анализ параметров частоты сердечных сокращений (ЧСС), частоты дыхания (ЧД), уровня артериального давления (АД). Также рассчитывался вегетативный индекс Кердо и коэффициент Хильдебранта, использовались «Вопросник для выявления признаков вегетативных изменений» и «Схема исследования для выявления признаков вегетативных нарушений», разработанные в лаборатории патологии вегетативной нервной системы ММА им. И.М.Сеченова, проводилось заполнение анкет для выявления периферической вегетативной недостаточности и исследование комплекса кардиоваскулярных тестов, позволяющих избирательно оценивать симпатическое и парасимпатическое влияние, т.е. сегментарный уровень вегетативной регуляции кардиоваскулярной системы.

Специальные инструментальные методы объективизации состояния вегетативной регуляции предусматривали математический анализ колебаний сердечного ритма – вариационную пульсометрию (ВПМ) и исследование вегетативных вызванных потенциалов (КСВП) в ответ на стимуляцию импульсным током.

Частоту сердечных сокращений и измерение длительности R–R интервалов производили с помощью ритмокардиометра РКМ–001 (Россия). Анализ кардиоритмограммы выполнялся методом вариационной пульсометрии по программе «Пульсар – 9» (НИИ физиологии РАМН). В динамическом ряду кардиоциклов электрокардиограммы, в состоянии покоя и на фоне фиксированной частоты дыхания (при пробе с физической нагрузкой), автоматически производилась выборка из 100 последовательных циклов. Вычислялись статистические характеристики ритма сердца ( $M_0$ ,  $AM_0$ ,  $\Delta X$ ), где  $M_0$  (мода) – наиболее распространенная в данной выборке продолжительность кардиоциклов;  $AM_0$  (амплитуда моды) – соответствующая количеству кардиоциклов со значением моды, выраженным в процентах к объему всей выборки;  $\Delta X$  – разность между максимальным и минимальным значением продолжительности кардиоциклов. Кроме вариационной кривой рассчитывался качественный показатель – индекс напряжения (ИН), по которому оценивалась степень напряжения центральных регуляторных механизмов (Р.М. Баевский, 1987).

Для оценки вегетативных вызванных потенциалов (КСВП) регистрировалась КГР в ответ на стимуляцию импульсным током на нейроусреднителе Нейро-МВП (фирма «Нейрософт», Россия). Импульс длительностью 100 мкс подавался на указательный палец левой руки. Для стандартизации регистрации КСВП определялся субъективный и объективный пороги, для дальнейшего исследования использовали силу двойного и тройного порогового тока для вызова вегетативного потенциала. Регистрация КГР в ответ на импульсный стимул проводилась с активного электрода, устанавливаемого на ладони и на фаланге безымянного пальца референта, суперпозировались 2 или 3 наиболее воспроизводимых ответов. Наряду со стандартными показателями, нами использовались ряд дополнительных показателей, позволяющих оценить особенности регулирования ВНС: время восстановления исходного состояния или время

регулирования ( $T$ ), интенсивность вегетативной реакции в процессе регулирования ( $A_{\max}$ ), соотношение фаз негативной и позитивной части ответа и некоторые другие (Гнездицкий В.В. с соавт, 2004).

Полученные данные обрабатывались методами статистической обработки, предусматривающими дисперсионный анализ, для оценки качественных признаков – критерий  $\chi^2$ . Из непараметрических методов для порядковых признаков применялся критерий Крускала-Уоллиса и критерий Уилкоксона. С целью оценки статической взаимосвязи между полученными результатами вычислялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

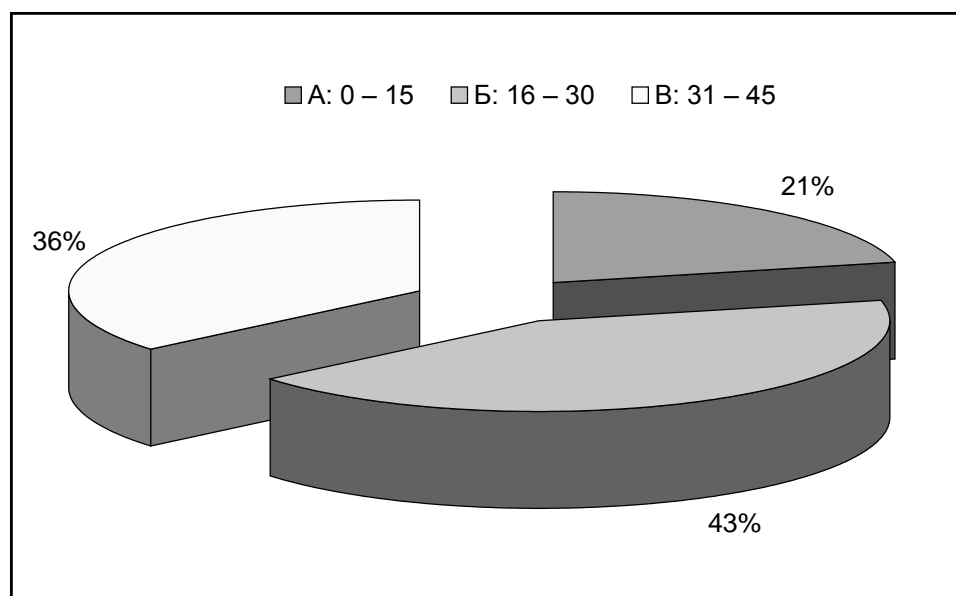
### **Результаты исследования.**

#### **Клинические особенности проявлений поражения нервной системы, возникающих у врачей-стоматологов при профессиональном стрессе и синдроме профессионального выгорания.**

Проведенное нами обследование по шкалам ПС позволило выделить среди всего изучаемого нами контингента врачей-стоматологов три группы лиц с различным уровнем профессионального стресса.

В первую группу (*«группа А»*) вошли обследованные из числа врачей-стоматологов с уровнем профессионального стресса ниже 15 баллов, во вторую – (*«группа Б»*) – лица, значения уровня профессионального стресса у которых находились в пределах от 16 до 30 баллов, и третью группу – (*«группа В»*) – составили обследованные лица с уровнем профессионального стресса от 31 до 45 баллов, для которых стресс представляет безусловную проблему.

Характерно то, что подверженными профессиональному стрессу оказались более 60% обследованных врачей-стоматологов, при этом у большинства из них преобладал умеренный уровень профессионального стресса (16 – 30 баллов) и резко выраженный уровень профессионального стресса (от 31 до 45 баллов) – группы «Б» и «В» (Рис. 1).



**Рисунок 1. Выявленный средний уровень профессионального выгорания у врачей-стоматологов (указано процентное соотношение).**

Обращало внимание то, что средний стаж работы по специальности у обследованных в группе «Б» составил  $19,2 \pm 3,7$  года, в группе «В» –  $24,1 \pm 4,6$  года, тогда как в группе «А», в которой профессиональный стресс не является проблемой, а признаки профессионального выгорания были выражены незначительно – средний стаж работы составил  $6,2 \pm 2,8$  года. Средний возраст в группе «А» составил  $34,2 \pm 4,1$  лет, в группе «Б» –  $45,3 \pm 6,6$  лет и в группе «В» –  $54,3 \pm 8,8$ . (Табл. 1).

**Таблица 1.**

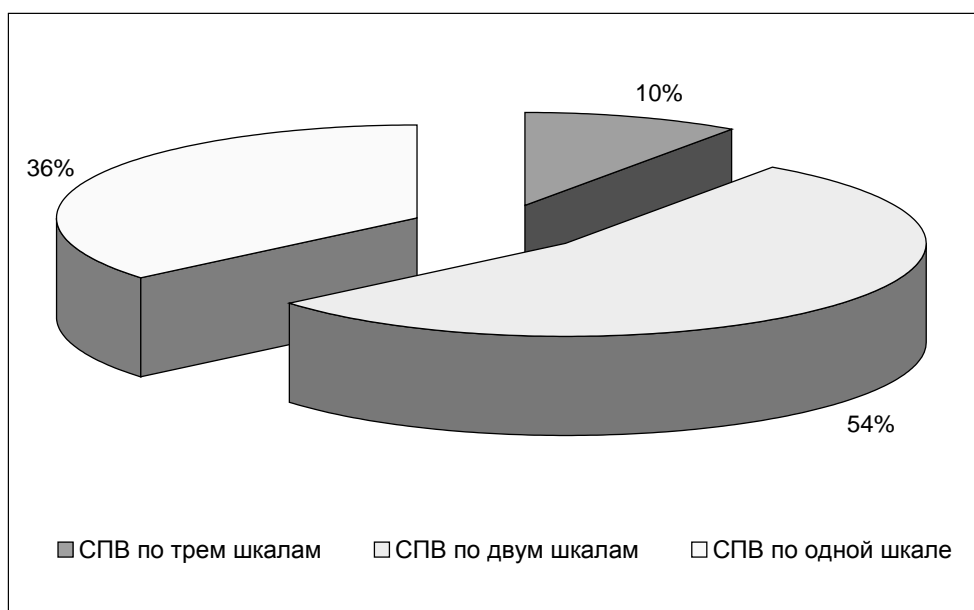
**Распределение врачей-стоматологов по уровню профессионального стресса, возрасту и стажу ( $M \pm m$ ).**

Показатель	Группы		
	«А» n = 66 чел.	«Б» n = 134 чел.	«В» n = 112 чел.
Средний возраст (годы)	$34,2 \pm 4,1$	$45,3 \pm 6,6$	$54,3 \pm 8,8$
Средний стаж	$6,2 \pm 2,8$	$19,2 \pm 3,7$	$24,1 \pm 4,6$

(годы)			
--------	--	--	--

По результатам обследования не было выявлено различий по уровню стресса между работниками-мужчинами и работниками-женщинами. Наряду с этим, проведенный корреляционный анализ показал наличие значимой корреляционной связи между уровнем профессионального стресса и возрастом ( $r=0,71$ ), а также между уровнем профессионального стресса и стажем работы ( $r=0,82$ ).

При изучении проявлений СПВ по «Опроснику выгорания К.Маслач» нами были выявлены достоверные отклонения по всем субшкалам теста. При этом высокая степень синдрома профессионального выгорания имела место у 10% обследованных (Рис. 2).



**Рисунок 2. Распределение врачей-стоматологов по уровню СЭВ (указано процентное соотношение).**

Вместе с тем, проведенное сопоставление полученных средних значений и стандартных отклонений в различных возрастных группах свидетельствовал о том, что различия между группами по шкалам EE и DP незначительны; при этом полученное равенство средних величин по шкале



РА также исключало зависимость по уровню значимости. Аналогичные результаты были получены при изучении влияния стажа работы на выраженность СПВ (Табл. 2).

**Таблица 2.**

**Полученные средние значения и стандартные отклонения по субшкалам опросника выгорания К. Маслач у врачей-стоматологов.**

Показатель *	все обследованные n = 312		мужчины n =230		женщины =82 чел.		n
	среднее значение	стандартное отклонение	среднее значение	стандартное отклонение	среднее значение	стандартное отклонение	
<b>ЕЕ</b>	20,2	9,4	20,7	10,0	19,9	9,1	
<b>DP</b>	8,3	6,6	10,4	6,7	7,3	5,2	
<b>РА</b>	31,2	10,0	30,7	10,0	31,5	10,7	

*\*ЕЕ – эмоциональный дефицит; DP – деперсонализация; РА – интерес к профессиональной деятельности.*

Учитывая полученные данные о высокой степени профессионального стресса и синдрома профессионального выгорания у врачей-стоматологов, и основываясь на положениях принятой приоритетной, на сегодняшний день, модели профессионального стресса и профессионального выгорания (Ларенцова Л.И., 2003), нами было проведено расширенное исследование проявлений ПС и СПВ у данного контингента.

Так, в нашем исследовании для обследованных группы «Б» и «В», в отличие от обследованных группы «А», наблюдалось значительное количество жалоб на состояние здоровья. В большинстве случаев (78,8%) было отмечено от 3 до 9 симптомов преимущественно невротического характера. Встречались следующие симптомы: невозможность по вечерам освободиться от переживаний дня (29% женщин и 19% мужчин), слезливость (20% женщин и 1,5% мужчин), бессонница (35 % женщин и 18% мужчин), частые пробуждения среди ночи (19% женщин и 6% мужчин), раздражительность (23% женщин и 16% мужчин), тягость чувства

ответственности (5% женщин и 14% мужчин), кратковременные головокружения и учащенное сердцебиение (15% женщин и 19% мужчин). Данные представлены в таблице 3.

**Таблица 3.**

**Характер основных жалоб, предъявляемых врачами-стоматологами и их соотношение с уровнем ПС.**

<b>Жалобы</b>	<b>Средний показатель ПС у лиц, не испытывающих указанные жалобы (в баллах)</b>	<b>Средний показатель ПС у лиц, испытывающих указанные жалобы (в баллах)</b>	<b>Результат t-теста</b>
Кратковременные головокружения и учащенное сердцебиение	16,0	19,6	t = - 2,911 p < 0,01
Панические ощущения в закрытом помещении	16,1	19,5	t = - 3,373 p < 0,001
Сильное раздражение по поводу мелких событий	16,0	18,1	t = - 2,766 p < 0,01
Трудности в принятии решений	15,9	19,3	t = - 3,038 p < 0,01
Невозможность избавиться от переживаний прошедшего дня	15,8	18,0	t = - 2,551 p < 0,05
Слезливость	16,1	18,7	t = - 2,293 p < 0,05
Невозможность справиться со своими обязанностями	16,0	24,8	t = - 4,460 p < 0,01
Недостаток энтузиазма	16,0	20,1	t = - 2,949 p < 0,05

При изучении состояния вегетативной нервной системы нами было установлено, что выявленные у обследованных (группы «А», «Б», «В») надсегментарные расстройства отличались большой полисистемностью и высокой степенью выраженности синдрома вегетативной дистонии, при этом они достоверно отличались от показателей, полученных в контрольной группе ( $p < 0,001$ ).

Анализ результатов проведенной вариационной пульсометрии позволил объективно подтвердить наличие изменений вегетативного статуса. Наряду с этим было установлено, что средние фоновые показатели ВПМ и параметры, полученные после нагрузки у обследованных основной группы, свидетельствовали о выраженном напряжении механизмов адаптации и неадекватном реагировании на умеренную, шадящую, физическую нагрузку: до нагрузки отмечалось резкое снижение  $M_0$  ( $0,68 \pm 0,04$ ), увеличение  $A_{M_0}$  ( $119,77 \pm 11,22$ ) и ИН ( $150,29 \pm 15,94$ ), после нагрузки  $A_{M_0}$  –  $135,49 \pm 14,3$  и ИН –  $291,36 \pm 30,9$ . Тогда как показатели ВПМ у здоровых испытуемых (контрольная группа) относились к нормотоническому типу ( $M_0$  –  $0,79 \pm 0,09$ ,  $A_{M_0}$  –  $28,7 \pm 3,14$ ,  $\Delta x$  –  $0,22 \pm 0,02$ , ИН –  $74,0 \pm 8,11$ ). В данной группе нагрузочная проба вызывала адекватное изменение показателей от исходного уровня ( $M_0$  –  $0,71 \pm 0,08$ ,  $A_{M_0}$  –  $32,4 \pm 3,55$ ;  $\Delta x$  –  $0,21 \pm 0,02$ , ИН –  $110,0 \pm 12,05$ ), свидетельствовавшее о незначительном функциональном напряжении регуляторных систем организма.

Не менее существенные различия были выявлены между обследованной группой врачей-стоматологов работников и здоровыми лицами контрольной группы при проведении психологического тестирования.

Так, экспериментально-психологическое исследование установило высокий уровень личностной и реактивной тревожности у врачей-стоматологов; оба показателя были достоверно выше по сравнению с показателями лиц контрольной группы (Табл. 4).

Таблица 4.

**Показатели тревожности и депрессии у врачей-стоматологов и у лиц контрольной группы.**

Показатели	Основная группа	Контроль	Р
<i>Реактивная тревожность</i>	34,3*	21,6**	< 0,05
<i>Личностная тревожность</i>	52,1*	41,8**	< 0,05
<i>Депрессия</i>	11,8*	2,9**	< 0,05

При этом, у большинства обследованных групп «Б» и «В» (56,1%) имели место умеренная реактивная тревожность и высокая личностная тревожность (80,5%), а в группе «А» преобладала низкая реактивная тревожность (57,5%) и высокая личностная тревожность (53,2%), выраженность которой, однако, была достоверно статистически ниже, чем у обследованных из групп «Б» и «В».

При исследовании уровня депрессии также были зафиксированы высокие оценки по шкале Бэка, значительно превышающие показатели здоровых испытуемых.

Сравнение показателей астении (анкета MFI-20) у обследованных врачей-стоматологов и в группе контроля выявило различия по всем пяти шкалам астении и суммарному баллу, характеризующему степень ее тяжести (Табл. 5).

Таблица 5.

**Показатели астении по анкете MFI-20 у врачей-стоматологов и в группе контроля.**

Показатели	Группа А	Группы Б и В	Контроль
Общая астения	11,8 <sup>1,2</sup>	13,1 <sup>3</sup>	8,4
Физическая астения	9,6 <sup>1,2</sup>	11,4 <sup>3</sup>	6,5
Пониженная активность	10,4 <sup>1,2</sup>	12,4 <sup>3</sup>	8,1
Снижение мотивации	10,8 <sup>2</sup>	11 <sup>3</sup>	9,7
Психическая астения	8,6 <sup>1,2</sup>	11 <sup>3</sup>	6,8
Общая сумма	51,2 <sup>1,2</sup>	58,8 <sup>3</sup>	39,5

<sup>1</sup> - различия достоверны (р < 0,05) между группами А и Б, В;

- <sup>2</sup> - различия достоверны ( $p < 0,05$ ) между группой пациентов с А и контролем;  
<sup>3</sup> - различия достоверны ( $p < 0,05$ ) между группой пациентов с Б, В и контролем.

Корреляционный анализ выявил однотипную закономерность для обследованных врачей-стоматологов – прямое взаимное влияние всех составляющих показателей КЖ (по анкете SF-36) с их суммарными составляющими физического и психического компонента здоровья. При этом оценка результатов позволила сделать общий вывод о том, что у работников атомной отрасли в обследованных группах «Б» и «В» качество жизни было значительно снижено. Наиболее наглядно изменялись показатели по шкалам: физическая активность, способность к деятельности, настроение, самооценка, оценка будущего.

Обращает внимание то, что при отсутствии статистически значимого различия между группами обследованных в общей оценке КЖ, детальный анализ показал, что в группах «Б» и «В» по сравнению с группой «А» достоверно выше сумма отрицательных оценок (73,4% и 65,3% соответственно) и значительно чаще встречаются крайне негативные оценки (49,0% и 36,7% соответственно).

В комплексе обследования нами было проведено сравнение статистических характеристик КСВП у врачей-стоматологов и здоровых лиц контрольной группы. Так, у большинства обследованных по сравнению с контрольной группой отмечались некоторое снижение величины порогового стимула, нарастание симпатической составляющей ( $A_2$ ) и интенсивности вегетативной реакции ( $A_{max}$ ). Показатели латентности ответа и амплитуда парасимпатической составляющей ( $A_1$ ) не отличались от контрольной группы ( $p > 0,05$ ). Данные представлены в таблице 6.

**Таблица 6.**

**Средние значения показателей КСВП у врачей-стоматологов и у лиц контрольной группы ( $M \pm m$ ).**

Параметры	Групп А	Группа Б, В	Контроль
-----------	---------	-------------	----------

Порог ( <i>mA</i> )	3,6±1,1 <sup>2</sup>	3,4±0,7 <sup>3</sup>	4,5±1,8
Латентный период ( <i>сек</i> )	1,5±0,2	1,5±0,2	1,5±0,1
A <sub>1</sub> ( <i>mV</i> )	0,6±0,5	0,6±0,3	0,6±0,3
A <sub>2</sub> ( <i>mV</i> )	2,4±2,1	2,1±1,9	2,0±1,0
A <sub>max</sub> ( <i>mV</i> )	2,9±2,6	2,4±2,4	2,5±1,1
Длительность ответа T ( <i>сек</i> )	9,2±3,0 <sup>2</sup>	8,1±1,8 <sup>1,3</sup>	6,9±1,4
Доп. колебания (баллы)	2,3±2,3 <sup>2</sup>	1,3±1,6 <sup>1</sup>	1,2±0,9
Лабильность фона (баллы)	2,0±1,5 <sup>2</sup>	1,9±2,0	1,2±1,1
Габитуация (баллы)	3,8±1,1 <sup>2</sup>	3,5±1,0 <sup>3</sup>	2,0±1,1
С/о порог (баллы)	0,4±0,6 <sup>2</sup>	0,4±0,6 <sup>3</sup>	0,1±0,3

<sup>1</sup> - различия достоверны ( $p < 0,05$ ) между группами А и Б,В;

<sup>2</sup> - различия достоверны ( $p < 0,05$ ) между группой А и контролем;

<sup>3</sup> - различия достоверны ( $p < 0,05$ ) между группами Б, В и контролем.

Однако более значимые отличия от показателей контрольной группы отмечались в глобальных параметрах качества регулирования ВНС.

При качественном анализе КСВП была выделена большая межиндивидуальная вариабельность показателей при сохранности однотипной реакции в одних и тех же условиях у одного обследованного. Это, по нашему мнению, имело большое значение для клинической оценки нормального и патологического состояния регуляторных систем, отвечающих за настройку вегетативных функций.

Так, в большинстве случаев, у лиц контрольной группы имел место нормальный вариант кривой с преобладанием трехфазного быстро затухающего процесса. У обследованных врачей-стоматологов значительно чаще преобладали эпизоды нарушения процессов стабилизации (нестабильность фона и вегетативных реакций, повышенная интенсивность реакции, длительное восстановление фона и склонность к пароксизмальным вегетативным реакциям). Наряду с этим у них чаще выявлялось усиление симпатического характера ответа, нарушение восстановления исходного фона и повышенный уровень тревожности

Полученные результаты не свидетельствуют о том, что для большинства обследованных врачей-стоматологов, подверженных ПС, свойственны отчетливые изменения по целому ряду показателей, характеризующих функциональное состояние вегетативного звена ЦНС.

При этом проведенный корреляционный анализ продемонстрировал наличие значимой корреляционной связи между степенью тяжести ПС и клиническими проявлениями патологии вегетативной нервной системы ( $r=0,70$ ), уровнем личностной и реактивной тревожности ( $r=0,81$ ), показателями астении ( $r=0,84$ ).

Таким образом, проведенное комплексное клиническое обследование с применением специальных инструментальных методов изучения функционального состояния центральной нервной системы, объективизации вегетативной регуляции и методов психологического тестирования установило, что у обследованных врачей-стоматологов, подверженных ПС, в большинстве случаев имеют место признаки перенапряжения адаптационных систем организма и истощение саморегулирующих механизмов. При этом перманентные интенсивные нервно-психические нагрузки, которые, как и повышенные требования, предъявляемые к нервно-психическому состоянию врачей-стоматологов, выступают в качестве непосредственной причины возникновения указанных нарушений.

Выявленный нами симптомокомплекс проявлений ПС, и может быть представлен тремя наиболее характерными группами симптомов:

- физические симптомы – кратковременные головокружения, головная боль, кардиалгии и учащенное сердцебиение, бессонница, частые пробуждения среди ночи;
- психологические реакции – общая негативная установка на жизненные перспективы, разочарование в профессии, ощущение своей невостребованности.

- поведенческие проявления – раздражительность, трудности в принятии решений, невозможность справиться со своими обязанностями, общее снижение профессиональной активности, отстранение от общения с коллегами, неспособность принимать необходимые решения.

Однако важно понимать то, что указанные изменения не только оказывают выраженное негативное воздействие на индивидуума, влияя на физическую активность, настроение, самооценку, но и также негативно сказываются на его способности к трудовой деятельности, нарушая общепринятую систему отношений с другими людьми, в частности, препятствуя возможности полноценного общения с пациентами.

### **Типологические личностные характеристики пациентов стоматологического приема, применительно к возможным формам построения межличностного контакта стоматологов с пациентами.**

Стоматология является особой отраслью медицины, поскольку пациент в ней имеет свой определенный статус, характеризующийся признаками, отличными от признаков статуса пациента в медицине вообще. Пациенты не связывают свой стоматологический статус с соматическими заболеваниями, но, как правило, страдают фобиями. Общепринятым в настоящее время является мнение о том, что страх предстоящего болевого воздействием, степень выраженности боли, её интенсивность и продолжительность и определяет психологическое состояние пациента.

Вместе с тем в процессе санации полости рта пациент подвергается дополнительному воздействию комплекса отрицательных раздражителей различного характера (освещение, шум работающей бормашины, давление на зуб, вибрация, температура и т.д.). В совокупности все перечисленные факторы обуславливают у пациентов обострение восприятий, которые могут доходить у некоторых лиц до трансформации тактильных раздражений в болевые, слабых болевых раздражений – в сильные.



В ходе проведенного нами исследования, путем опроса и анонимного анкетирования, было установлено, что для пациентов стоматологической практики действительно свойственно испытывать чувство страха перед стоматологическим приемом: из всего количества обследованных не испытывали чувство страха при стоматологическом лечении (или не признавались в страхе) 28,8% пациентов (Табл. 7).

При этом, наиболее часто пациенты выказывали страх боли (60 чел., 50,9%), однако у 14 пациентов (11,9%) имело место опасение возникновения осложнений при проведении лечения, 8 (6,8%) пациентов испытывали необъяснимое чувство страха.

**Таблица 7.**

**Частота и характер фобий у обследованных пациентов стоматологической практики.**

Характер фобий	Количество больных	
	абс. число	%%
Страх боли	60	50,9
Страх осложнений проводимого лечения	14	11,9
Боязнь неэффективности проводимого лечения	2	1,7
Необъяснимое чувство страха	8	6,8
Чувство страха не испытывали или отрицали	34	28,8
<b>Всего</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>

Обращает внимание, что многие стоматологические пациенты, испытывающие страх, также предъявляли жалобы на сниженный фон настроения, пессимистические мысли – 66 (78,6%), раздражительность – 63 (75,0%), чувство постоянной усталости – 77 (91,7%), нарушения ночного сна – 50 (59,5%). Озабоченность состоянием своего здоровья высказали более 70,0% пациентов (59 чел.).

Проведенное психологическое исследование пациентов показало следующие результаты.

Так, в среднем уровень депрессии по шкале Бека колебался от 17,85 баллов, что соответствует средней степени депрессии до 26,50 – выраженная депрессия. При этом максимальные нарушения отмечены по следующим субшкалам (в баллах): сон, астения, самоконтроль, пессимизм и несостоятельность.

Депрессивные расстройства сопровождались тревожными нарушениями, наличие которых определялось как клинически, так и с помощью теста Спилбергера (средний уровень реактивной тревоги – 51,8 и личностной – 51,1), что соответствует выраженной степени расстройств (норма – до 27 и 31 балла соответственно).

При индивидуальном анализе теста выявлено, что у всех пациентов имелась та и или иная степень тревожности: низкая (личностная тревога) только у 3 (3,6%), средняя (личностная и реактивная) у 15 (17,8%) и 10 (11,9%) пациентов соответственно. Чаще всего встречалась высокая степень тревожности: реактивная – у 74 (88,1%) и личностная – у 66 (78,6%) пациентов.

Проведенная нами оценка личностных особенностей пациентов позволила соотнести профили личности у 84,8% пациентов (101 чел.) с типичными характерологическим группам.

Так, к группе пациентов с характеристиками профиля личности, советуемой циклоидной акцентуации были соотнесены  $23,8 \pm 2,0$  % от всех пациентов (24 чел.), к группе пациентов с шизоидной акцентуацией –  $20,8 \pm 2,9$  % (21 чел.), с эпилептоидной акцентуацией –  $15,8 \pm 2,3$  % (16 чел.), с астенической акцентуацией –  $14,9 \pm 2,6$  % (15 чел.), с истероидной акцентуацией –  $12,9 \pm 2,5$  % (13 чел.), с психастенической акцентуацией –  $11,9 \pm 2,4$  % (12 чел.).

Нами было установлено, что все пациенты с психологическими характеристиками, соответствующими циклоидной акцентуации, отличались высокой степенью общительности на приеме, естественностью поведения, были энергичны, отзывчивы, приветливы, как правило, не испытывали сложностей с построением межличностного контакта «врач – пациент», с доверием относились к врачу. Для данной категории пациентов не были свойственны ипохондрические переживания, но спад настроения мог превратить их в «ипохондриков», «психастеников».

Отличительной особенностью пациентов с шизоидной акцентуацией являлась склонность к собственным суждениям и даже смелым концепциями по поводу состояния их полости рта, которые нередко сообщали об этом и часто не соглашались с планом лечения, определенным врачом. Пациенты обычно отражали не реальное положение вещей, а свое концептуально-теоретическое мнение о процессе лечения. При этом важно, что эти пациенты на приеме нередко испытывали серьезные коммуникативные трудности.

Для пациентов с эпилептоидной акцентуацией была, как правило, характерна некоторая прямолинейность. Вместе с тем, для этих пациентов были не характерны ипохондрические переживания, степень видимой тревожности – низкая. В целом пациенты данной группы, как правило ориентированы на окончательный результат лечения, настойчивы в его достижении, обычно высокоорганизованы, проблем в установлении контакта с врачом обычно не было.

Пациенты с астенической акцентуацией на приеме были застенчивы, чувствительны, легкоранимы, некоторые проявляли робость. Во многих случаях пациенты обнаруживали повышенную тревожность, раздражительность и были склонны к реакциям тревожно-мнительной структуры. Пациенты в этой группе не всегда были настойчивы в достижении результатов лечения, нередко пассивны, однако внушаемы и при настойчивости врача установление обоюдного контакта возможно.

Пациенты с истероидной акцентуацией на приеме врача часто старались привлечь к себе повышенное внимание, нередко преувеличивая при этом жалобы и симптомы. Особых трудностей в контакте не испытывали.

Пациенты с психастенической акцентуацией при посещении врача нередко были рассеяны, несобранные, их выдавала некоторая двигательная неловкость, суетливость, нерешительность. При расспросе такие пациенты обстоятельно приводили детали и подробности болезни из-за боязни допустить неточность. Пациенты были склонны к пессимистическим размышлениям, ипохондрическим тревожным сомнениям, преувеличивали возможность осложнений лечения, иногда испытывали сложности с построением межличностного контакта «врач – пациент», однако, как правило, они были исполнительными, добросовестными, серьезными в отношении проводимого лечения.

Обращает внимание, что при проведении корреляционного анализа было выявлено наличие значимой корреляционной связи – преобладание у лица с астенической, истероидной, психастенической акцентуацией высокой степени реактивной ( $r=0,77$ ) и личностной тревожности ( $r=0,71$ ), тогда как, для лиц с циклоидной, шизоидной, эпилептоидной акцентуацией более характерны были низкий и средний уровни реактивной ( $r=0,41$ ) и личностной тревожности ( $r=0,39$ ).

Важным также представляется установленный нами факт несовпадения предполагаемой пациентом силы болевого воздействия с реальным болевым проявлением, что было наиболее характерно для пациентов с астенической, истероидной, либо с психастенической акцентуацией.

Так, пациенты с астенической акцентуацией в  $66,7 \pm 1,9\%$  случаев переоценивали уровень предстоящего болевого воздействия, пациенты с истероидной акцентуацией – в  $84,6 \pm 3,2\%$ , с психастенической – в  $91,6 \pm 2,4\%$  случаев.

Выявленный факт может быть объяснен «законом исходного уровня», согласно которому чем выше исходный уровень, тем в более деятельном и напряженном состоянии находится система, тем меньший ответ возможен при действии возмущающих стимулов (Вейн А.М., 1998). Причем, если исходный уровень резко изменен, то возмущающий агент может вызвать «парадоксальную», или антагонистическую реакцию с противоположным знаком (Соловьева А.Д., Данилов А.Б., Хаспекова Н.Б., 1998).

Таким образом, психологический статус пациента стоматологической практики всегда связан с наличием фобий. Основной составляющей фобий пациента на стоматологическом приеме является страх боли. Также важно понимать, что наряду с практически облигатной фобийностью, для многих пациентов характерен достаточно высокий уровень тревоги и ипохондрическая озабоченность своим состоянием. В этом аспекте возникает необходимость прогнозирования степени предстоящего болевого воздействия и особенностей ответной реакции на него в зависимости от индивидуально-типологических характеристик пациента, что подразумевает дифференцированную деонтологическую тактику врача-стоматолога при проведении лечения.

### **Комплексная система мероприятия, позволяющих повысить качество труда врача-стоматолога.**

Специфика профессиональной деятельности стоматолога включает в себя: высокую степень технологичности в сочетании с тонким ручным трудом; жесткую регламентацию деятельности в связи с высокой ответственностью за здоровье и жизнь пациентов, высокую степень вредоносности и опасности производственной среды, тяжести и эмоциональной напряженности трудового процесса; необходимость соответствовать активно развивающейся стоматологической науке и практике. При этом, как следует из представленных выше данных,

профессиональная деятельность врача-стоматолога осуществляется в достаточно сложных психологических условиях, которые требуют от врача, помимо владения профессиональными навыками, применение навыков психолога и психотерапевта. Всё это в итоге приводит к возникновению эмоциональной усталости, профессиональным деформациям, негативному отношению к условиям и предмету труда – пациенту и это, в свою очередь, не может положительно сказываться на качестве работы стоматолога.

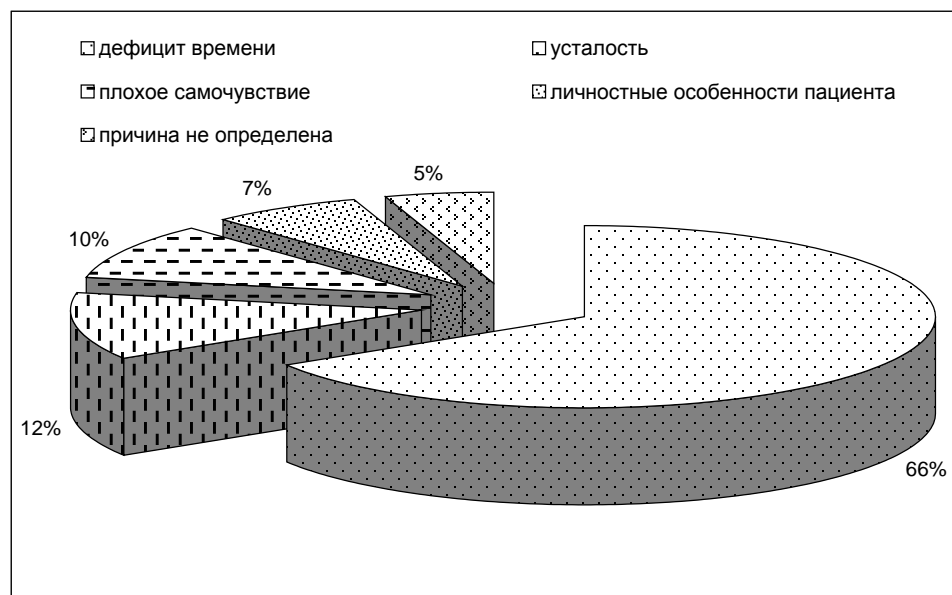
Так, проведенный нами опрос пациентов выявил, что у всех пациентов, из числа лиц, испытывающих чувство страха на стоматологическом приеме (84 чел., 100,0%), присутствовало отрицательное впечатление о стоматологии вообще, или, что чаще – о конкретном специалисте. При этом, среди пациентов, не испытывающих чувство страха (или не признававшихся в страхе), о негативном стоматологическом опыте сообщали лишь 4 пациента (11,8%).

Наряду с этим, случаи возникновения конфликтной ситуации также чаще возникали при оказании стоматологической помощи пациентам из числа лиц, испытывающих страх перед стоматологами.

Вместе с тем, при стоматологическом лечении пациентов из группы лиц, не испытывающих чувство страха, имел место всего 1 случай возникновения конфликтной ситуации, что составило 2,9 %, тогда как, при проведении стоматологического лечения пациентов из группы испытывающих страх перед лечением, таких было случаев 6, что составило 7,1%. При этом, в процессе проведения лечения пациентов данной группы, врачи более часто отмечали субъективное ощущение значительного рабочего напряжения и психологического дискомфорта, возникновение чувства неуверенности и правильности выполнения лечебных манипуляций.

Обращает внимание, что в качестве основной причины невозможности или сложности установления доверительных отношений с пациентами во

время стоматологического приема врачи называли «дефицит времени» (Рис. 3.).



**Рис. 3. Основные, названные врачами, причины невозможности или сложности установления доверительных отношений с пациентами во время стоматологического терапевтического приема.**

Вместе с тем, не исключая значения типичной, к сожалению, для многих стоматологических поликлиник, ситуации недостатка времени в условиях амбулаторного приёма, по нашему мнению, возможность установления необходимого контакта с пациентом в немалой степени определяется неумением или нежеланием врача-стоматолога распознать тип личности пациента и, как следствие, незнание врачом алгоритма ситуационного поведения с пациентами конкретного характерологического типа.

Как следует из данных представленных выше, большинство пациентов стоматологического приёма могут быть условно отнесены к типичным характерологическим личностным группам.

По нашим наблюдениям, а также согласно данным, представленным в литературе (Бурно М.Е., 2005; Истомина Е.В., 2007), для каждого психологического типа поведения пациента типична определенная ситуационная фиксация.

Так, нами было установлено, что у пациентов с замкнуто-углубленным типом поведения, как правило, присутствовала отрицательная реакция на попытки формирования лечащим врачом эмоционального контакта, что представлялось пациенту излишним в лечебном процессе. Недостаточное, с точки зрения пациента, внимание, уделенное врачом или недостаточная выраженность искреннего сочувствия, похвалы, вызывало негативную реакцию у пациентов с демонстративным поведением. У пациентов с авторитарным поведением типичным негативным фактором являлось ожидание или задержка приема, иные нарушения установленного порядка, тогда как, для застенчиво-раздражительных пациентов типичными негативными факторами выступали продолжительность и сложность стоматологических манипуляций, а у тревожно-сомневающихся – дефицит информации, получаемой при поведении лечения.

Основываясь на полученных данных, нами был предложен дифференцированный деонтологический подход и соответствующая тактика общения с пациентами с различными характерологическими типами поведения.

Для оценки эффективности предложенного дифференцированного деонтологического подхода обследованные пациенты, из числа пациентов, испытывающих чувство страха при стоматологическом лечении, были разделены на две равнозначные (при отсутствии статистически значимых различий по полу, возрасту и характеру оказываемой стоматологической помощи) группы.

Пациентам основной группы проводилось терапевтическое стоматологическое лечение с применением деонтологического подхода, дифференцированного в зависимости от характерологических личностных особенностей, пациентам контрольной группы проводилось стоматологическое лечение при общепринятом деонтологическом подходе.



Так, деонтологическое поведение и психотерапевтическая тактика при проведении стоматологического лечения пациентов с замкнуто-углубленным типом поведения выстраивались по принципу «согласия»: врач не вступал в открытый спор с пациентами по поводу их собственных взглядов на состояние полости рта и дальнейшей лечебной тактики, однако при этом приводилось как можно больше доводов, основанных на фактах и логике, чему пациенты доверяли больше всего.

Наиболее успешной тактикой для пациентов с демонстративным типом поведения являлось искреннее сочувствие трудностям пациентов, подчеркивалась их высокая выдержка и терпимость, однако сохраняя при этом дистанцированность.

При общении с пациентами с авторитарным типом поведения был показан строго-деловитый подход, при этом врачу было необходимо продемонстрировать уважение к пациенту, и, в то же время, вызвать уважение к себе.

С пациентами застенчиво-раздражительного типа поведения было необходимо объясняться доброжелательно, но твердо, по существу вопроса, однако избегая командного тона, при этом требовалось заполнять паузы в разговоре. В подобных случаях, свойственные пациентам ипохондрические реакции, основанные на тревожной мнительности, обычно легко редуцировались.

Достаточно сложную группу представляли пациенты тревожно-сомневающимся типом поведения. При общении с такими пациентами необходимо было завоевать доверие пациентов, основываясь на рассеивании их тревог, страхов и сомнений, показать правильность сделанного ими выбора лечебного учреждения, убедить в высоком профессионализме врача.

Полученные сравнительные данные доказывают, что дифференцированное, в зависимости от характерологических особенностей пациентов, деонтологическое поведения врача оказывает положительное

влияние на возможность формирования доверительных взаимоотношений между врачом и пациентом.

Так, методом клинической беседы было установлено, что пациенты основной группы более не высказывали негативных установок на продолжение стоматологического лечения, чувство страха у большинства из них редуцировалось, тогда как, в контрольной группе существенных изменений по данным параметрам не имелось.

Наряду с эти, для профилактики последующего негативного влияния ПС на выполнение врачом-стоматологом своей профессиональной деятельности, нам представляется обязательным применение разработанной системы организационных мероприятий, включающие следующие функциональные уровни.

- I. *Индивидуальная психологическая помощь.* Профессионал, научившийся самостоятельно бороться с ПС, может избежать его негативных последствий и сохранить эффективную адаптацию. Мероприятия этого вида фокусируются на адекватности восприятия человеком стрессогенных факторов (независимо от их характера) и выработке адаптивных форм преодолевающего поведения.
- II. *Восстановление межличностных отношений в коллективе.* Повышение сопротивляемости к специфическим факторам профессионального стресса можно осуществлять через соответствующие межличностные контакты. Мероприятия фокусируются на оптимизации взаимодействий в коллективе.
- III. *Организационная помощь.* При помощи своевременного контроля источников возникновения проблем и изменения обстановки в благоприятную для работника сторону можно добиться улучшение самочувствия работника.

Мероприятия этого вида базируются на организационных вопросах, связанных, прежде всего, с оптимизацией производственного процесса, рабочего графика, графика отпусков и др.

IV. *Лечебные мероприятия.* Предусматривают необходимость обязательной диспансеризации для выявления ранних, донозологических проявлений ПС и их коррекцию.

При соблюдении основных перечисленных мероприятий формируются, как правило, положительные межличностные отношения врача и пациента, позитивное отношение к лечению, уменьшается вероятность развития ситуации психологического напряжения и вероятность возникновения конфликтных ситуаций, что позволяет сделать процесс проведения стоматологического лечения менее трудоемким для врача и более щадящим для пациентов.

Применительно к этому заслуживают внимания результаты, проведенного нами по истечении 12 месяцев, контрольного обследования врачей-стоматологов с умеренным и резко выраженным уровнем профессионального стресса (группы «Б» и «В»).

Полученные результаты свидетельствовали, что многие испытуемые отмечали редукцию большинства, беспокоивших ранее жалоб: нормализовался фон настроения, перестали беспокоить раздражительность, повышенная утомляемость, инсомния. Появилась положительная установка на жизненные перспективы, удовлетворенность своей работой.



**Рисунок 4. Выраженность синдрома вегетативной дистонии по «Вопроснику» и «Схеме исследования» нарушений ВНС у врачей-стоматологов по истечении 12 месяцев при контрольном обследовании.**

Соответственно, по данным контрольного обследования, выраженность проявлений синдрома вегетативной дистонии, оцениваемая у врачей-стоматологов при контрольном обследовании по «Вопроснику» и «Схеме исследования» нарушений ВНС по истечении 12 месяцев, уменьшилась в 2,9 раза. Это, по нашему мнению, также подтверждает эффективность предложенных мероприятий комплексной программы повышения качества работы врача стоматолога.

#### **Выводы.**

1. Для врачей-стоматологов характерен высокий уровень профессионального стресса: более 60% лиц в обследованной выборке были подверженными профессиональному стрессу, при этом у большинства из них были выявлены проявления синдрома профессионального выгорания.
2. Психологические реакции профессионального стресса у врачей-стоматологов имеют свои особенности: разочарование в профессии,

общая негативная установка на жизненные перспективы, ощущение своей невостребованности; при этом типичен высокий уровень реактивной тревожности, доминирование астенических эмоций, сниженные показатели, характеризующие качество жизни, с нарастанием степени выраженности всех выявленных изменений соответственно увеличению длительности профессионального стажа.

3. Результаты проведенной инструментальной оценки функционального состояния вегетативной нервной системы при синдроме профессионального выгорания у врачей-стоматологов свидетельствуют о возникновении нарушений адаптационных возможностей функциональных систем организма, при этом характерно формирование феномена истощения, приводящего к последующему перенапряжению адаптационных систем организма.
4. Состояние профессионального стресса врача в равной степени, как и ситуационные психологических реакций и личностных особенностей пациента, оказывают негативное влияние на возможность формирования взаимоотношений между врачом и пациентом на стоматологическом приеме.
5. Общей характеристикой психологического статуса большинства пациента на стоматологическом приеме (71,2%) является наличие фобий и доминирование признаков негативной аффективности, проявляющейся средним и высоким уровнем тревожности, однако при этом пациенты различаются между собой по типам эмоционального и поведенческого реагирования и могут быть отнесены к различным характерологическим группам.
6. Исходя из типа эмоционального и поведенческого реагирования, большинство пациентов стоматологического приёма могут быть отнесены к определенной личностной группе: циклоидной акцентуации, шизоидной акцентуации, эпилептоидной акцентуации,

астенической акцентуации, истероидной акцентуации, психастенической акцентуации. Деонтологический подход, дифференцированный исходя из возможного типа реагирования пациента определённой личностной группы, способствует формированию позитивных взаимоотношений врача и пациента на стоматологическом приеме, предотвращает возникновение негативных реакций пациентов на лечение, делает процесс проведения стоматологического лечения менее трудоемким для врача.

7. Комплекс организационных мероприятий по профилактике последующего негативного влияния синдрома профессионального выгорания на возможность выполнения врачом-стоматологом своей профессиональной деятельности должен предусматривать следующие функциональные уровни воздействия: индивидуальную помощь, восстановление межличностных отношений в коллективе, организационную помощь и лечебные мероприятия.
8. Проведенный сравнительный анализ подтверждает высокую эффективность предложенной комплексной программы повышения качества труда врача-стоматолога: выраженность проявлений синдрома вегетативной дистонии, оцененной через 12 месяцев наблюдения, уменьшилась в 2,9 раза.

### **Практические рекомендации.**

Принимая во внимание доказанный факт, что врачи стоматологи относятся к лицам, потенциально подверженным профессиональному стрессу, для профилактики развития неврологических и психоэмоциональных проявлений синдрома профессионального выгорания целесообразно рекомендовать проведение медико-организационного мониторинга за состоянием здоровья врачей-стоматологов, работающих в

каждом конкретном ЛПУ, что может быть осуществлено заведующими отделениями, заместителем главного врача, либо другими назначенными экспертами.

Помимо того, в ЛПУ рекомендуется вести регулярный учет удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи путем использования опросников, что также позволит оперативно выявлять предикторы развития профессионального стресса у врачей.

При этом необходимо понимать, что данные мероприятия не исключают необходимости первичной профилактики профессионального стресса, что предусматривает предварительную психологическую подготовку в системе профессиональной переподготовки врачей-стоматологов к выполнению профессиональной деятельности в современных социально-экономических условиях, а также моральное и материальное стимулирование сотрудников.

### **Список работ, опубликованных по теме диссертации:**

1. Психопатологические синдромы профессионального стресса у врачей-стоматологов // III научно-практическая конференция молодых ученых «Актуальные проблемы стоматологии». – Москва. – 2003. – С.25
2. Постизометрическая релаксация как метод лечения и профилактики вторичного мышечно-тонического стресса при профессиональном стрессе //Сборник научно-практических работ научно-практической конференции "Стоматология XXI век", Москва-2003г- с.137-139.
3. Организация медицинской помощи и инновационные технологии при профессиональном стрессе у врачей-стоматологов //Сборник научных трудов конференции «Профессиональный стресс», Москва- 2003г.- с.33-34.
4. Подходы к тактике ведения пациентов с синдромом эмоционального выгорания //Сборник научных трудов 6-й городской научно-практической конференции, Москва-2004г- с.444.

5. Клинико-патогенетические особенности реабилитации при профессиональном стрессе у врачей-стоматологов // Материалы XXIV Всероссийской научно-практической конференции «Стоматология XXI века» – Москва – 2005 – С.382-383
6. Роль невролога в профилактике синдрома дезадаптации при профессиональном стрессе //Альманах клинической медицины. Том VII.- Москва, 2005.- С. 394-400. (соавт. Кадыков А.С., Караков К.Г.)
7. Диагностика эмоционального состояния пациентов – профилактика рисков в стоматологии // International Interdisciplinary Congress”Progress in Neuroscience for Medicine and Psychology” Sudak, Crimea, Ukraine; June 10-21. – 2005. – С.52-53. (соавт. Кадыков А.С., Караков К.Г.)
8. Опыт лечения пациентов с синдромом профессионального стресса в амбулаторно-поликлинической практике //Сборник научных трудов «Человек и лекарство» - 2006 - с.127.
9. Терапевтические подходы у пациентов с маскированными депрессиями в стоматологической практике при синдроме эмоционального выгорания. // Тезисы 1-й научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологической помощи в системе ФМБА России» Москва- 2007г.- с.119-121
10. Клинико – нейропсихологические исследования при синдроме дезадаптации у врачей стоматологов //Функциональная неврология и нейростоматология. Сборник научных трудов региональной конференции, посвященной 45-летию организации нейрохирургической службы. Омск- 2008г- с. 204-206.
11. Неврологические аспекты профессионального стресса у стоматолога /Сборник научно-практической конференции стоматологов г. Уфа, 2008. – С.21-27. (соавт. Кадыков А.С., Караков К.Г.)
12. Клинические проявления профессионального стресса у врача стоматолога // Дентал Юг – 2008 – №4 – С. 13-14
13. Опыт лечения хронического стрессового расстройства у врачей стоматологов // Маэстро стоматологии – 2008 – № 30 – С. 14-20
14. Опыт комплексного консервативного лечения при синдроме эмоционального выгорания у врачей стоматологов// Сборник научных трудов Сибирской Межрегиональной научно-практической конференции « Боль и паллиативная помощь», Новосибирск-2008г. - с. 87-89 .
15. Оценка особенностей диагностики профессионального стресса у врачей стоматологов //Сборник научных трудов практической конференции молодых ученых. Москва- 2008г.-



с.377

16. Использование программного тестирования синдрома дезадаптации у стоматологов //Сборник научных трудов практической конференции молодых ученых. Москва- 2009г.- с.379.

17. Проявления синдрома выгорания в стоматологической практике //Сборник научных трудов 2-й научно-практической конференции "Организация, методология и клиническая практика восстановительной медицины и медицинской реабилитации", Москва- 2009- с. 46.

18. Способы терапии синдрома дезадаптации в профессиональной деятельности стоматолога //International Interdisciplinary Congress"Progress in Neuroscience for Medicine and Psychology" Sudak, Crimea, Ukraine; June 10-21. – 2009. – С.65-66. (соавт. Кадыков А.С., Караков К.Г.)

**19. Клинические признаки эмоционального стресса у врача- специалиста // Вестник Медицинского стоматологического института – 2009. – № 2 – с.3-5.**

**20. Симптоматология и синдромологии психосоматических нарушений у врачей-стоматологов // Вестник Медицинского стоматологического института – 2009. – № 3– с.18-23**

**21. Клинико-диагностические подходы ведения пациента на стоматологическом приеме // Вестник Медицинского стоматологического института - 2010.- №1 — с. 16-20 (соавт. Караков К.Г., Хритинин А.Д., Пузин М.Н.)**

22. Неврологический статус при профессиональном стрессе – Florida Probe. //International Interdisciplinary Congress"Progress in Neuroscience for Medicine and Psychology" Sudak, Crimea, Ukraine; June 10-21. – 2010. – С.67-68. (соавт. Кадыков А.С., Караков К.Г.)

23. Диагностический алгоритм обследования при профессиональном стрессе //Материалы научно-практической конф., посвященной 150 летию Н.Е. Введенского, Волгоград, 2010, - с.13-17. (соавт. Кадыков А.С., Караков К.Г.)

**24. Характеристика психологических особенностей пациента на стоматологическом приеме// Вестник Медицинского стоматологического института - 2010.- №4 — с. 47-50 (соавт. Хритинин А.Д., Пузин М.Н., Караков К.Г.)**

25. Клинико-диагностические аспекты профессионального стресса //Альманах клинической медицины. Том VII.- Москва, 2010. – с.20-24. (соавт. Кадыков А.С., Караков К.Г.)

**26. Клинические проявления профессионального стресса в медицинской практике //**

**Клиническая неврология – 2011. – №1 – с.9-12 (соавт. Караков К.Г., Кипарисова Е.С., Хритинин А.Д.)**

**27. Этиопатогенетические и клинические маркеры профессионального стресса (литературный обзор) // Вестник Медицинского стоматологического института – 2011. – № 2 – с.73-75 (соавт. Караков К.Г., Кипарисова Е.С., Хритинин А.Д.)**

28. Клинические подходы к комплексной лечебной коррекции при неврологических нарушениях у врачей стоматологов //Научно-практическая конференция «Актуальные проблемы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации соматических заболеваний». Москва. 2011. – с.11-14. (соавт. Кадыков А.С., Караков К.Г.)

**29. Организационно-методические аспекты профилактики и терапии профессионального стресса у врача — стоматолога // Клиническая неврология — 2011.- № 3 — с. 25-27 (соавт. Караков К.Г., Хритинин А.Д., Пузин М.Н.)**

**30. Психологические особенности врача стоматолога при наличии профессионального стресса // Клиническая неврология — 2011.- № 4 — с. 5-8 (соавт. Караков К.Г., Пузин М.Н., Хритинин А.Д.)**

31. Применение антидепрессантов у пациентов в стоматологической практике. // Сборник научно-практической конференции стоматологов г. Уфа,– 2011, – С.39-41. (соавт. Кадыков А.С., Караков К.Г.)

32. Побочные реакции на анксиолитики в стоматологической практике. // Международный конгресс “Нейронаука для медицины и психологии”. Судак, Крым, Украина. – 10-21 июня 2011 – с.20-24. (соавт. Кадыков А.С., Караков К.Г.)

**33. Лечение и коррекция симптомов профессионального стресса у стоматологов // Клиническая неврология — 2012.- № 2 — с.15-17 (соавт. Караков К.Г., Пузин М.Н., Хритинин А.Д.)**

**34. Дополнительные методы исследования и лечебная коррекция профессионального стресса у стоматолога // Клиническая неврология — 2012.- № 4 — с. 26-28 (соавт. Кипарисова Е.С., Хритинин А.Д., Караков К.Г.)**

**35. Профилактика профессионального стресса и синдрома эмоционального выгорания у стоматолога // Вестник Медицинского стоматологического института – 2013. – №1 – с. 34-37 (соавт. Хритинин А.Д., Караков К.Г., Кипарисова Е.С.)**

**36. Тренинг - как метод коррекции синдрома профессионального стресса (литературный обзор) // Вестник Медицинского стоматологического института — 2013.- №4 — с. 77-80 (соавт. Караков К.Г., Хритинин А.Д., Пузин М.Н.)**

### **Список сокращений**

АД – артериальное давление  
ВНС – вегетативная нервная система  
КСВП – кожный симпатический  
вызванный потенциал  
ИВР – индекс вегетативного равновесия  
  
ПС – профессиональный стресс  
  
РТ – реактивная тревожность  
  
MFI-20 шкала оценки астении

ВПМ – вариационная пульсометрия  
КЖ – качество жизни  
ЛТ – личностная тревожность  
  
ИН – индекс напряжения регуляторных  
систем  
СМОЛ – Стандартный Многофакторный  
Метод исследования личности  
СПВ – синдром профессионального  
выгорания  
МВИ – Методика Maslach Burnout Inventory