ISSN (Print) 2307-6968, ISSN (Online) 2663-2209
Вчені записки Університету «КРОК» №3 (79), 2025

УДК 159.944.4:616.31
DOI: 10.31732/2663-2209-2025-79-539-549

Дата надходження: 01.09.2025
Дата прийняття до друку: 25.09.2025
Дата публікації: 30.09.2025

Ця робота ліцензується відповідно до Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

ВПЛИВ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПАЦІЄНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНИХ КЛІНІК НА ЇХНЮ ТРИВОЖНІСТЬ

Наумець Микола

Аспірант кафедри психології, ВНЗ «Університет економіки та права «КРОК», м. Київ, Україна, e-mail: naumetsmi@krok.edu.ua, ORCID: https://orcid.org/0009-0005-6524-115X

THE IMPACT OF DENTAL CLINIC PATIENTS PROFESSIONAL ACTIVITY ON THEIR DENTAL ANXIETY

Mykola Naumets

Postgraduate Student, Department of Psychology, University of Economics and Law "KROK", Kyiv, Ukraine, e-mail: naumetsmi@krok.edu.ua, ORCID: https://orcid.org/0009-0005-6524-115X

Анотація. *Тривожність, пов'язана зі стоматологічними втручаннями, є поширеним психологічним феноменом, що негативно впливає на здоров'я пацієнтів і результати їхнього лікування. Вивчення рівня цієї тривожності та факторів, які на неї впливають, є важливим для підвищення якості стоматологічної допомоги.*

Мета: дослідити рівень тривожності стоматологічних пацієнтів та чинники, що впливають на її прояви.

Методи: «Модифікована шкала Нормана Кора» (MDAS), авторська анкета, шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера для оцінки психоемоційного стану респондентів.

Результати: більшість пацієнтів має помірний рівень тривожності, водночас значний вплив на неї мають професійні чинники (посада, стаж) та стиль життя (тривалість сну).

Висновки: тривожність є поширеним явищем серед стоматологічних пацієнтів, а підвищення автономії на робочому місці та оптимізація умов життя сприяють її зниженню. Ці дані можуть бути використані для розробки програм психоемоційної підтримки в стоматологічній практиці.

Ключові слова: *медичні організації, професійні чинники, особливості професійної діяльності, тривожність, стоматологічна тривожність, стоматологічні пацієнти, особистісна тривожність, реактивна тривожність.*

Формул: 0; рис.: 7, табл.: 4, бібл.: 4

Abstract. *Anxiety associated with dental interventions is a common psychological phenomenon that negatively affects the health of patients and their treatment. Studying the level of this anxiety and its factors is important to improve the quality of dental care.*

Aim: to study the level of anxiety of dental patients and its manifestation factors.

Methods: MDAS, interviewing and Ch.D. Spielberger Reactive and Personal Anxiety Scale were used to assess the psycho-emotional state of respondents.

Results: most patients had a moderate level of anxiety with professional factors (work position, work experience) and lifestyles (sleep duration) having a significant impact on it.

Conclusions: anxiety is a common phenomenon among dental patients, and increasing autonomy in the workplace and optimizing living conditions contribute to its reduction. These data can be used to develop psycho-emotional support programs in dental practice.

Key words*: medical organizations, professional factors, professional activity, anxiety, dental anxiety, dental patients, personal anxiety, reactive anxiety.*

Formulas: 0; fig.: 7, tab.: 4, bibl.: 4

Вступ. Тривожність, пов'язана зі стоматологічними втручаннями, є поширеним психологічним феноменом, що здійснює значний вплив як на індивідуальний рівень благополуччя пацієнтів, так і на ефективність їхнього лікування. За даними світових досліджень, від 10% до 20% дорослого населення уникає відвідування стоматолога через виражений страх або тривогу, що

призводить до погіршення стану ротової порожнини, розвитку хронічних стоматологічних захворювань та ускладнень загального здоров'я (Appukuttan, 2016; Pohjola, et all, 2007).

Аналіз останніх досліджень та публікацій. S. Cohen, J. Fiske, & J. Newton (2000) у своєму дослідженні довели, що стоматологічна тривога впливає на життя людини на фізіологічному та когнітивному рівнях. За їхніми даними, фізіологічний вплив включав ознаки та симптоми реакції на страх і відчуття виснаження після візиту до стоматолога, тоді як когнітивний вплив включав низку негативних думок, переконань і страхів. Поведінковий вплив включав не лише уникнення, але й інші види поведінки, пов'язані з прийомом їжі, гігієною порожнини рота, самолікуванням, плачем та агресією. Також повідомлялося про значний вплив на загальний стан здоров'я порушення сну, що вплинуло як на встановлені, так і на нові соціальні стосунки. Крім того, це вплинуло на соціальну взаємодію та продуктивність на роботі внаслідок почуття низької самооцінки та невпевненості в собі.

Проблема стоматологічної тривожності має багатофакторний характер, поєднуючи психологічні, професійні та соціально-демографічні детермінанти. Важливу роль відіграють індивідуальні особливості емоційної регуляції, досвід попередніх стоматологічних процедур, рівень загальної та особистісної тривожності, а також соціальний контекст – вік, стать, освіта, професійний статус, умови праці. Зі свого боку, тривожність може знижувати комплаєнтність пацієнта, впливати на якість взаємодії з лікарем та формувати негативні стереотипи щодо стоматологічної допомоги.

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

Соціальна значущість дослідження цієї проблеми зростає в умовах сучасних викликів, коли стресові навантаження, економічна нестабільність та обмежений доступ до медичних послуг підвищують загальний рівень тривожності населення. Розуміння структури та чинників тривожності стоматологічних пацієнтів дає змогу розробляти психологічно обґрунтовані стратегії її профілактики і корекції, підвищувати ефективність стоматологічної допомоги та формувати позитивний досвід взаємодії з пацієнтами.

Формулювання цілей статі. Метою статті є опис емпіричного дослідження впливу особливостей професійної діяльності стоматологічних пацієнтів на їхню тривогу.

Виклад основного матеріалу дослідження.

Завдання дослідження:

1)Дослідити рівень вираженості страху стоматологічних втручань, реактивної (ситуативної) та особистісної тривоги.

2)Дослідити вплив характеристик стоматологічних пацієнтів, що пов'язані з їхнім професійним та загальним стилем життя, на рівень та види їхньої тривожності.

Методи та організація дослідження.

Для проведення дослідження були використані такі методи.

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

Статистичні: описові статистики, дисперсійний однофакторний аналіз (критерій Краскела–Уолліса (χ^2)), тест Dwass–Steel–Critchlow–Fligner (DSCF).

Дослідження проводилось протягом січня-квітня 2025 року за допомогою Googl-form. Дослідження проводилось анонімно, на добровільній основі. Всі учасники давали добровільну згоду на участь у дослідженні.

Вибірка дослідження. У дослідженні взяли участь 282 пацієнта стоматологічних клінік м. Києва, серед яких більшість становили жінки (76,6%), а чоловіки – 23,4%. За віковою структурою переважали особи віком від 31 до 40 років (28%), а також у вікових групах 41-50 років (19,1%) і 21-25 років (13,5%). Невелика частина респондентів (4,3%) відмовилися повідомляти свій вік.

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

Результати дослідження та їх обговорення.

1.Рівень вираженості страху стоматологічних втручань, реактивної (ситуативної) та особистісної тривоги.

Таблиця 1 демонструє відсотковий розподіл пацієнтів за показниками «Модифікованої шкали Нормана Кора» (MDAS), яка вимірює рівень страху стоматологічних втручань. Як встановлено, лише трохи більше половини респондентів (58,9%) має показники, що відповідають нормі. Тоді як у іншої половини стоматологічних пацієнтів ми спостерігаємо той чи інший рівень страху стоматологічних втручань. Так, у 22,3% виявлено низький рівень страху, тоді як 15,3% характеризуються помірним рівнем. Виражена боязнь стоматологічних процедур спостерігається у 3,5% обстежених.

Таблиця 1

Рівень вираженості страху стоматологічних втручань у стоматологічних пацієнтів

Страх стоматологічних втручань	**Частота**	
	Кількість осіб	Відсоток осіб
Відповідає нормі	166	58,9
Низький рівень страху	63	22,3
Помірний рівень страху	43	15,3
Виражена боязнь	10	3,5

Що стосується реактивної та особистісної тривожності, то дані за «Шкалою оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності» Ч.Д. Спілбергера показують (таблиця 2), що для *реактивної тривожності* переважає помірний рівень (48,9%), високий рівень виявлено у 34,0% учасників, а низький – у 17,0%. Нагадаємо, що високі значення цього показника свідчать про значне емоційне збудження та мобілізацію психофізіологічних ресурсів у стресовій ситуації, тоді як низькі – про збереження емоційної стабільності в момент обстеження.

Таблиця 2

Рівень вираженості реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності»

Шкала	Низький рівень		Помірний рівень		Високий рівень	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Реактивна (ситуативна) тривожність	48	17,0	138	48,9	96	34,0
Особистісна тривожність	37	13,1	127	45,1	118	41,8

Аналогічна тенденція простежується і для особистісної тривожності: майже половина респондентів (45,1%) має помірний рівень, 41,8% – високий і лише 13,1% – низький рівень (табл. 1). Це свідчить про досить значну поширеність підвищеної тривожності як ситуативного, так і особистісного характеру серед стоматологічних пацієнтів, що може впливати на їхній психологічний стан та поведінку під час лікування. Зазначимо, що високі показники особистісної тривожності можуть свідчити про хронічне внутрішнє напруження та підвищену ймовірність розвитку дезадаптивних станів, тоді як низькі значення є індикатором емоційної врівноваженості та психологічної стійкості.

2. Вплив характеристик стоматологічних пацієнтів, що пов'язані з їхнім професійним та загальним стилем життя на рівень та види їхньої тривожності.

Для виконання *другого завдання* емпіричного дослідження нами був проаналізований вплив *характеристик, що пов'язані із професійним та загальним стилем життя,* на рівень та види тривоги у стоматологічних пацієнтів. Згідно концепції нашого дослідження, до таких характеристик нами були віднесені: посада, стаж роботи, тривалість робочого дня, кількість вихідних на тиждень, тривалість сну, заняття спортом. Проаналізуємо послідовно отримані дані по кожній із виділених груп чинників.

Що стосується ***посади*** (табл. 3), то результати дисперсійного однофакторного аналізу за критерієм Крускала-Волліса показали, що посада досліджуваних не має статистично значущого впливу на страх стоматологічних втручань ($p = 0,823$), що свідчить про відсутність суттєвих відмінностей у цьому показнику між групами незалежно від їхнього професійного статусу.

Водночас виявлено значущі, хоча й відносно невеликі за силою, відмінності за *рівнем реактивної тривожності* ($p = 0,032$) та *особистісної тривожності* ($p = 0,009$). Це може свідчити, що специфіка займаної посади певним чином впливає на емоційну стабільність і схильність до переживання тривоги, зокрема внаслідок відмінностей у робочому навантаженні, рівні відповідальності чи вимогливості до емоційної регуляції.

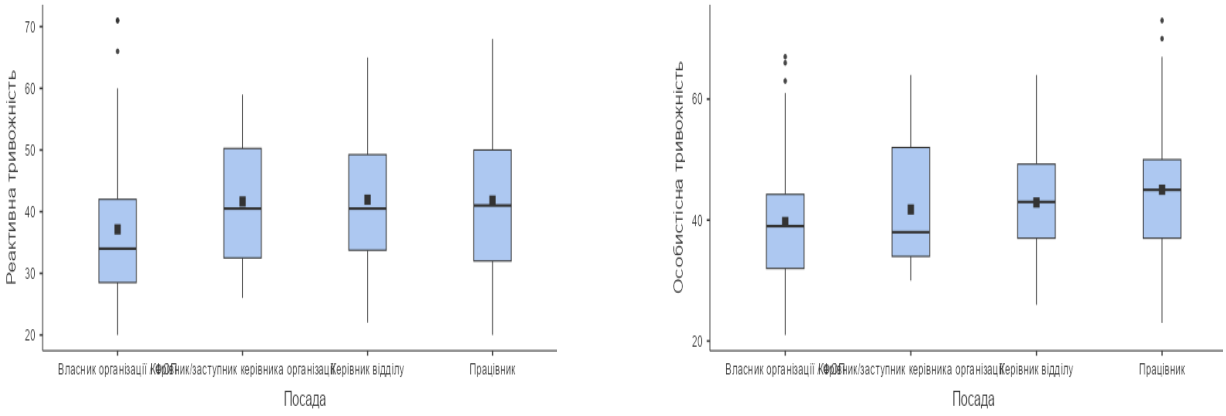
Таблиця 3

Результати дисперсійного однофакторного аналізу за посадою досліджуваних

Показник тривоги	**Чинники, що пов'язані з професійним життям, емпіричне значення χ^2**			
	Посада	*Стаж роботи*	*Тривалість робочого дня*	*Кількість вихідних*
Страх стоматологічних втручань	0.910	30.18***	9.01*	0.532
Реактивна тривожність	8.784*	9.88	2.16	10.454*
Особистісна тривожність	11.686**	24.59***	4.93	6.150

Аналізуючи дані методом DSCF, ми бачимо, що рівень *реактивної тривожності* є найнижчим у власників організації або ФОП (M = 37,1), тоді як у керівників різних рівнів та працівників він є помітно вищим і коливається у межах 41,6-41,9 (рис. 1). Це може вказувати на те, що особи, які повністю контролюють власний бізнес, відчувають менший ситуативний стрес у порівнянні з найманими працівниками, оскільки мають більший рівень автономії та впливу на робочі процеси.

Щодо *особистісної тривожності*, то тут найнижчі значення знову спостерігаються у власників (M = 39,7), а найвищі – у працівників (M = 45,0) (рис. 1). Підвищені показники у найманих працівників можуть бути зумовлені меншим контролем над робочими умовами, вищим рівнем залежності від керівництва та обмеженим впливом на стратегічні рішення.



а) **б)**

Рис. 1. Рівень реактивної (а) та особистісної (б) тривожності в підгрупах з різною посадою

З психологічної точки зору, такі результати можна інтерпретувати через призму теорій професійного стресу та підходу job demand–control, де посада визначає баланс між робочими вимогами та доступними ресурсами, що безпосередньо впливає на рівень тривожності працівника, а більша автономія та відповідальність за прийняття рішень асоціюються з нижчим рівнем хронічної тривожності

Щодо ***стажу роботи***, то результати дослідження показують, що загальний стаж роботи має статистично значущий вплив на страх стоматологічних втручань ($\chi^2 = 30,18$; $p < 0,001$) та особистісну тривожність ($\chi^2 = 24,59$; $p < 0,001$), але не виявлено значущого зв'язку з реактивною тривожністю ($\chi^2 = 9,88$; $p = 0,079$) (табл. 1). Отже, зростання трудового стажу пов'язане з певними змінами у стабільних особистісних характеристиках тривожності та у ставленні до медичних втручань, але не впливає суттєво на ситуативні емоційні реакції.

Це можна пояснити тим, що з роками люди набувають більш стійких психологічних настанов і певного життєвого досвіду, який впливає на особистісну тривожність і специфічні страхи, тоді як рівень реактивної тривожності більше залежить від актуального стану та конкретної ситуації, ніж від накопиченого досвіду.

Аналіз середніх значень методом DSCF показує, що страх стоматологічних втручань є найбільш вираженим у групі з мінімальним трудовим стажем – до 1 року (M = 13,03), а надалі його рівень знижується і стабілізується, коливаючись у межах 9,26-10,33 балів (рис. 2). Це може свідчити про те, що з накопиченням професійного досвіду люди стають менш вразливими до специфічних медичних страхів, ймовірно, завдяки більшій життєвій стійкості та адаптивним копінг-стратегіям.

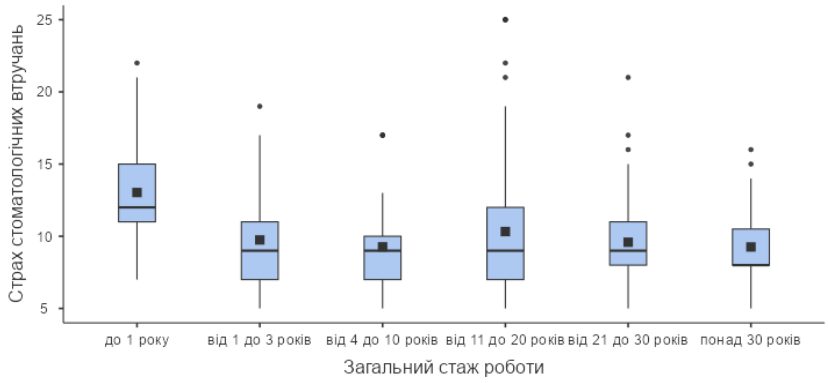


Рис. 2. Рівень страху стоматологічних втручань в підгрупах з різним стажем роботи

Щодо особистісної тривожності, то найвищі значення також зафіксовано на початкових етапах професійної діяльності – у групах до 1 року (M = 48,37) та від 1 до 3 років (M = 47,53). Далі спостерігається помітне зниження (M = 39,00 у групі зі стажем 21-30 років), що вказує на формування більшої емоційної стабільності з досвідом. Водночас у групі з понад 30-річним стажем показник дещо підвищується (M = 41,03), що може бути пов'язано з віковими змінами, зниженням фізичних ресурсів або накопиченням хронічних стресів (рис. 3).

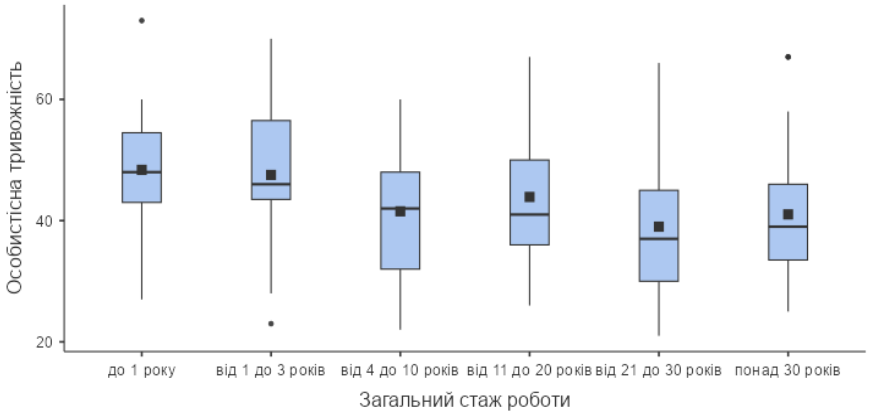


Рис. 3. Рівень особистісної тривожності в підгрупах з різним стажем роботи

З психологічної точки зору, отримані результати відображають U-подібну динаміку: початково високий рівень тривожності, поступове зниження у середні роки кар'єри та часткове зростання наприкінці трудового шляху. Це узгоджується з моделями професійного розвитку, де досвід зменшує реактивність, але пізніший етап пов'язаний з іншими джерелами стресу.

Далі, отримані результати свідчать, що ***тривалість робочого дня*** має статистично значущий вплив лише на рівень страху стоматологічних втручань (χ^2 = 9,01; p = 0,029), тоді як для реактивної та особистісної тривожності зв'язок не досяг рівня значущості (p > 0,05) (табл. 1). Це може означати, що більший обсяг робочого навантаження та триваліший час перебування в робочому середовищі впливають переважно на специфічні страхи, пов'язані з медичними процедурами, але не на загальний рівень ситуативної чи стабільної тривожності.

Імовірно, в умовах тривалої роботи зростає втома та сенсорне виснаження, що знижує психологічну готовність до будь-яких потенційно неприємних процедур.

Водночас відсутність значущих відмінностей у рівнях реактивної та особистісної тривожності може вказувати, що тривалість робочого дня не є визначальним чинником для загальної емоційної стабільності, яка більше залежить від особистісних ресурсів, життєстійкості та загального психоемоційного стану.

Метод DSCF показав, зі свого боку, що найвищий рівень страху стоматологічних втручань спостерігається у респондентів, які *не працюють взагалі* (M = 11,59), тоді як найнижчі значення зафіксовані у групі з робочим навантаженням *до 20 годин на тиждень* (M = 9,54) (рис. 4).

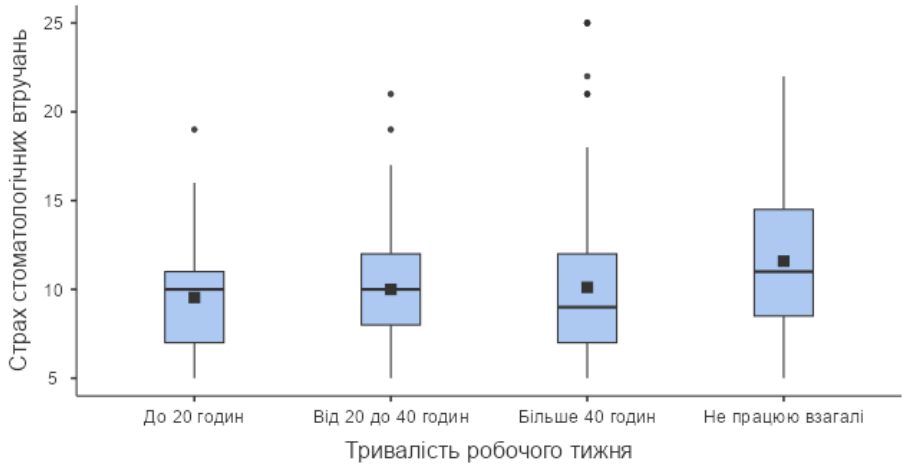


Рис. 4. Рівень страху стоматологічних втручань в підгрупах з різною тривалістю робочого дня

Можна припустити, що відсутність трудової зайнятості пов'язана з нижчим рівнем соціальної активності, більшою кількістю вільного часу для зосередження на власних переживаннях та здоров'ї, а також з потенційно меншими можливостями відволікатися від тривожних думок. Це може посилювати схильність до фіксації на можливих неприємних відчуттях і процедурах.

Натомість помірна трудова зайнятість, особливо у межах неповного робочого тижня, може слугувати фактором психологічної стабільності, знижуючи інтенсивність страхів завдяки підтриманню структурованості життя, соціальних контактів та відчуттю продуктивності.

Результатами дослідження встановлено, що ***кількість вихідних днів на тиждень*** не має статистично значущого впливу на страх стоматологічних втручань ($p = 0,912$) та особистісну тривожність ($p = 0,105$) (табл. 1).

Водночас виявлено статистично значущий зв'язок із *реактивною тривожністю* ($\chi^2 = 10,454$; $p = 0,015$). Це може свідчити про те, що короткочасні емоційні реакції на стресові ситуації більш чутливі до режиму відпочинку, ніж стабільні особистісні характеристики чи специфічні страхи.

Ймовірно, наявність більшої кількості вихідних сприяє зниженню ситуативної напруженості внаслідок можливості якісного відновлення ресурсів, тоді як обмежений відпочинок може призводити до вищого рівня миттєвої тривожної реакції у стресових обставинах.

Аналізуючи результати дослідження за методом DSCF (рис. 5), бачимо, що найнижчий рівень *реактивної тривожності* спостерігається у

респондентів, які мають *один вихідний на тиждень* (M = 35,6), а також у тих, хто працює без вихідних (M = 39,7). Натомість вищі показники ситуативної тривожності зафіксовано серед тих, хто має два вихідних (M = 42,0) або три і більше вихідних (M = 42,1). Це може вказувати на те, що частота вихідних сама по собі не гарантує нижчого рівня ситуативної напруги. Ймовірно, вплив цього фактору опосередковується якістю проведення часу та іншими умовами життєдіяльності.

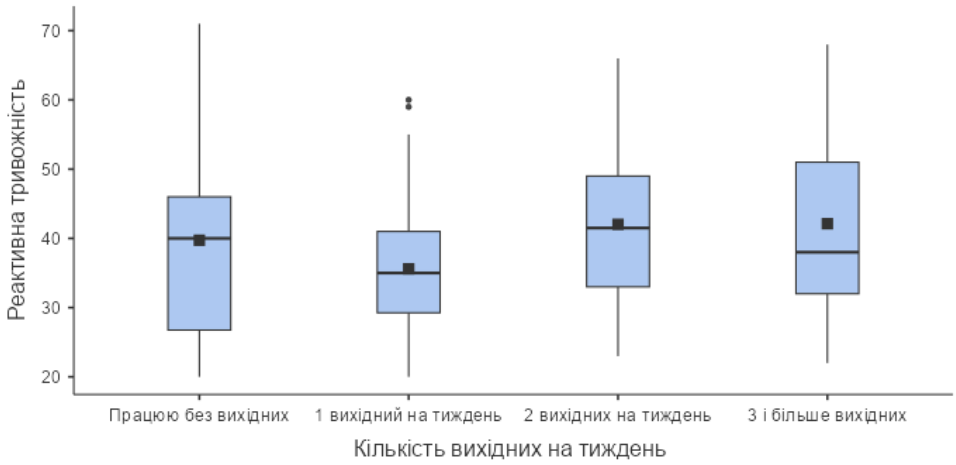


Рис. 5. Рівень реактивної тривожності в підгрупах з різною кількістю вихідних на тиждень

Можна припустити, що у груп із більшою кількістю вихідних днів рівень тривожності може зростати внаслідок дії інших стресорів (наприклад, фінансової нестабільності чи відсутності професійної самореалізації), тоді як менша кількість вихідних іноді пов'язана з активністю та залученістю, що частково знижує ситуативну тривожність.

Перейдемо до життєво-стильових характеристик стоматологічних пацієнтів, серед яких проаналізуємо дані таблиці 2, що стосуються впливу «***тривалості сну***» на рівень та види тривоги. Так, бачимо, що тривалість сну не має статистично значущого впливу на страх стоматологічних втручань (χ^2 = 5,37; p = 0,147), однак суттєво пов'язана як із реактивною тривожністю (χ^2 = 14,38; p = 0,002), так і з особистісною тривожністю (χ^2 = 14,26; p = 0,003).

Таблиця 4

Результати дисперсійного однофакторного аналізу за показником тривалості сну

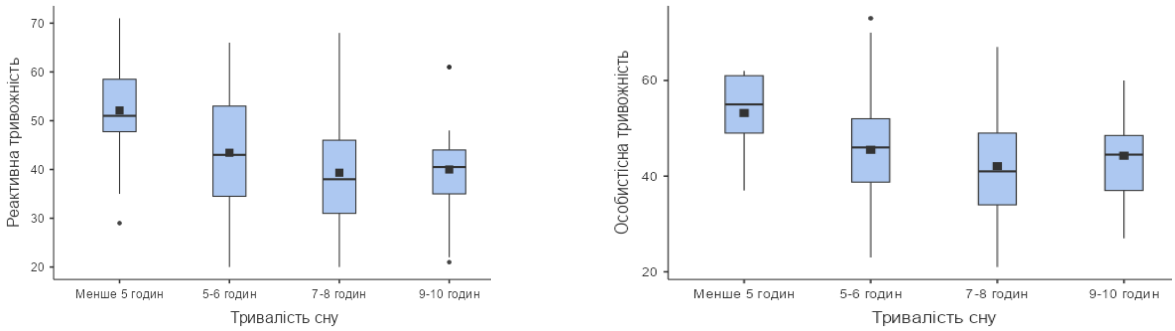
Показник тривоги	**Чинники, що пов'язані із загальним стилем життям, емпіричне значення χ^2**	
	Тривалість сну	*Заняття спортом*
Страх стоматологічних втручань	5.37	0.885
Реактивна тривожність	14.38**	2.319
Особистісна тривожність	14.26**	5.999*

Отримані результати свідчать, що недостатня або надмірна тривалість сну може бути фактором підвищення рівня як ситуативної, так і стабільної тривожності. Це узгоджується з науковими даними, які вказують на двобічний зв'язок між якістю

сну та емоційною регуляцією: дефіцит сну знижує ефективність когнітивного контролю емоцій, тоді як хронічно підвищена тривожність може негативно впливати на тривалість і якість сну.

Отже, тривалість сну виступає важливим ресурсним або, навпаки, ризиковим чинником для емоційного благополуччя, хоча безпосередньо на специфічні страхи (як-от стоматологічні) вона не впливає.

Аналіз середніх показників показує, що найвищі показники як *реактивної*, так і *особистісної тривожності* спостерігаються у респондентів, які сплять менше 5 годин на добу (M = 52,1 та M = 53,2 відповідно). Зі збільшенням тривалості сну рівень тривожності знижується, досягаючи мінімуму при 7-8 годинах сну (M = 39,3 та M = 42,1), що відповідає оптимальним рекомендаціям для відновлення психофізіологічних ресурсів (рис. 6).



а) **б)**

Рис. 6. Рівень реактивної (а) та особистісної (б) тривожності в підгрупах з різною тривалістю сну

Це узгоджується з психологічними дослідженнями, які показують, що дефіцит сну активує стресові системи організму, посилює реактивність до загроз та знижує ефективність емоційної регуляції. До того ж надмірна тривалість сну (9-10 годин) не дає значного додаткового зниження тривожності, що може свідчити про наявність інших факторів, які впливають на емоційний стан.

Отже, оптимальна тривалість сну (7-8 годин) є важливим захисним чинником для збереження емоційної стабільності та зниження рівня як ситуативної, так і стійкої тривожності.

Наприкінці проаналізуємо останній показник в цій групі чинників – ***«заняття спортом».*** Аналіз даних в таблиці 2 показує, що регулярність занять спортом *не має* статистично значущого впливу на страх *стоматологічних втручань та реактивну тривожність* ($p > 0,05$), але знаходиться на межі значущості щодо особистісної тривожності ($p = 0,050$).

Середні значення (за методом DSCF) (рис. 7) свідчать, що найнижчий рівень особистісної тривожності спостерігається у групи, яка регулярно відвідує тренування (M = 41,7), дещо вищий – у тих, хто займається час від часу (M = 43,2), і найвищий – у респондентів, які взагалі не займаються спортом (M = 46,0). Це підтверджує тенденцію, виявлену в попередньому аналізі: регулярна фізична активність асоціюється зі зниженням стабільних тривожних рис.

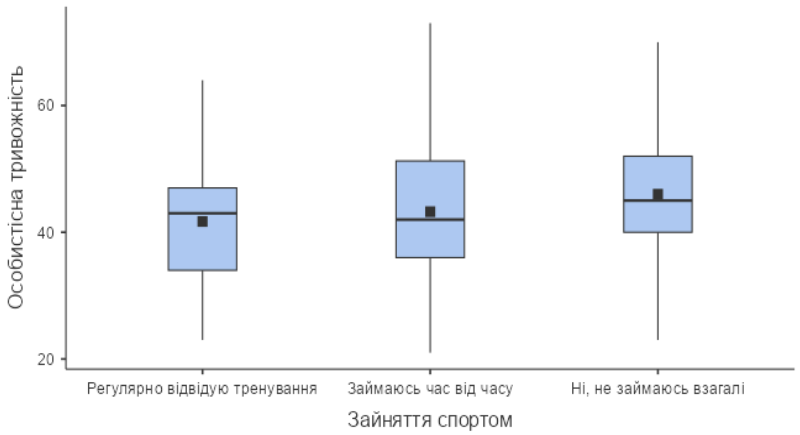


Рис. 7. Рівень особистісної тривожності в підгрупах з різною регулярністю заняття спортом

Це може свідчити про те, що систематична фізична активність більшою мірою пов'язана зі зниженням довготривалих, стабільних проявів тривожності, ніж із короткочасними емоційними реакціями. Психологічно це можна пояснити тим, що заняття регулярним спортом формує стійкі адаптивні патерни регуляції стресу, підвищує толерантність до напруги та зміцнює самооцінку, що з часом зменшує особистісну тривожність.

Водночас відсутність ефекту для страху стоматологічних втручань і реактивної тривожності може бути зумовлена тим, що ці показники більшою мірою залежать від конкретних ситуаційних факторів і попереднього досвіду, ніж від загального рівня фізичної активності.

Висновки. Дослідження підтверджує, що тривожність, пов'язана зі стоматологічними втручаннями, є значним психологічним феноменом, що впливає на відвідування стоматолога та ефективність лікування.

Доведено, що загалом характеристики, пов'язані з професійним та загальним стилем життя стоматологічних пацієнтів, здійснюють суттєвий вплив на рівень та види їхньої тривоги. Але цей вплив стосується здебільшого реактивної та особистісної тривожності, ніж стоматологічної. Серед усіх показників, що аналізувались, на страх стоматологічних втручань, за результатами нашого дослідження, впливає лише стаж роботи та тривалість робочого дня. На реактивну тривожність впливають: посада, кількість вихідних на тиждень та тривалість сну. Щодо особистісної тривожності, то тут дослідження показало вплив найбільшої кількості показників, а саме: посада, стаж роботи, тривалість сну, заняття спортом. Отже, на основі проведеного дослідження можемо стверджувати, що характеристики, пов'язані з професійним та загальним стилем життя стоматологічних пацієнтів, здійснюють більший вплив на більш стабільні прояви тривожності, як, наприклад, особистісна.

Перспективи подальших досліджень. Наступні дослідження доцільно зосередити на вивченні психологічних механізмів зниження тривожності у стоматологічних пацієнтів, зокрема з урахуванням індивідуальних особливостей, методів психоемоційної підтримки та впливу різних типів лікувальних підходів.

Література:

1.Appukuttan, D. P. (2016). Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry, 8,* 35-50. https://doi.org/10.2147/CCIDE.S63626

2.Cohen, S., Fiske, J. & Newton, J. (2000). The impact of dental anxiety on daily living. *Br Dent J* 189, 385-390 https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4800777

3.Pohjola, V., Lahti, S., Vehkalahti, M. M., Tolvanen, M., & Hausen, H. (2007). Association between dental fear and dental attendance among adults in Finland. *Acta Odontologica Scandinavica*, *65*(4), 224-230. https://doi.org/10.1080/00016350701373558

4.Dobros, K., Hajto-Bryk, J., Wnek, A., Zarzecka, J., & Rzepka, D. (2014). The level of dental anxiety and dental status in adult patients. *Journal of international oral health : JIOH*, *6*(3), 11-14.