

„Poziom stresu i interakcja ze stomatologiem w inwazyjnej procedurze stomatologicznej”

Lek. dent. Artur Pitulaj

STRESZCZENIE

Sukces leczenia stomatologicznego jest zdeterminowany w znacznej mierze przez istniejące relacje między pacjentem a lekarzem. Uzyskanie optymalnej współpracy prowadzącej do uzyskania długotrwałych efektów leczenia wymaga od lekarza dentystry nie tylko wysokiej wiedzy specjalistycznej, ale także rozwiniętych kompetencji miękkich odpowiedzialnych za jakość komunikacji, motywacji oraz redukcji stresu i lęku swoich pacjentów.

Pomimo intensywnego rozwoju technologii oraz istnienia szerokiego wachlarza psychologicznych technik redukcji lęku dentofobia wciąż stanowi aktualny problem w Polsce i na świecie. Patologiczny lęk przed leczeniem stomatologicznym uniemożliwia pacjentom prowadzenie skutecznej profilaktyki, a nawet podjęcie leczenia obecnych już schorzeń na etapie niewymagającym podejmowania skomplikowanych i potencjalnie mniej komfortowych procedur medycznych, w tym najbardziej stresujących procedur chirurgicznych.

Transakcyjny model stresu zaproponowany przez Lazarusa i Folkman opisuje go jako dynamiczną, dwukierunkową relację człowieka ze środowiskiem, w której zarówno podmiot, jak i otoczenie wzajemnie na siebie wpływają. Stresor podlega stałej ocenie pierwotnej oraz wtórnej, w trakcie których przy zaistnieniu odpowiednich warunków może dojść do modyfikacji odbioru czynnika stresującego, na ich podstawie zaś jest dobierana najbardziej optymalna strategia radzenia sobie z nim.

Według Miller dobór odpowiedniej strategii radzenia sobie ze stresem może być zależny od indywidualnego dominującego stylu przetwarzania informacji przy uwzględnieniu faktu, że ludzie dzielą się na osoby o wysokiej potrzebie uzyskiwania wiedzy na temat zagrożenia (monitorujący) oraz takich, którzy redukcję lęku i stresu uzyskują na skutek unikania myślenia o sytuacji stresującej i odwracania od niej uwagi za wszelką cenę (wygłuszający).

Do najbardziej stresujących, a zarazem najczęściej przeprowadzanych zabiegów z zakresu chirurgii stomatologicznej należą ekstrakcje trzecich trzonowców, które zwykle wymagają usunięcia z przyczyn profilaktycznych, ortodontycznych lub leczniczych.

Celem niniejszego projektu było sprawdzenie, na ile miękkie techniki komunikacji wyrażone w postaci ilości i jakości przedstawianych pacjentom informacji śródzabiegowych wpływają na ich poziom stresu oraz lęku w zależności od ich indywidualnej skłonności do unikania informacji o zagrożeniu. Aby go zrealizować, przeprowadzono dwa randomizowane badania kliniczne różniące się zastosowanymi narzędziami, w trakcie których podzielono uczestników poddawanych planowemu zabiegowi usunięcia częściowo zatrzymanych trzecich trzonowców na tych, którzy w trakcie zabiegu uzyskiwali niezbędne informacje wymagane do utrzymania optymalnej współpracy (grupa kontrolna), oraz tych, którzy w trakcie zabiegu uzyskiwali pełną informację na temat przeprowadzanych procedur chirurgicznych wraz z przewidywanym czasem trwania potencjalnie nieprzyjemnych doznań (grupa badana). Pacjenci badania nr 1 oceniani byli pod kątem poziomu bólu, stresu przed zabiegiem, pod koniec zabiegu i po nim, natomiast pacjenci badania nr 2 pod kątem poziomu lęku jako stanu (STAI-S). W obydwu grupach zmienną niezależną stanowiła indywidualna skłonność do unikania informacji o zagrożeniu wyrażona w postaci wyniku psychometrycznej analizy kwestionariusza MBQ, którzy wszyscy uczestnicy wypełnili przed zabiegiem.

W badaniu nr 1 wzięły udział 92 osoby o średniej wieku 28,39 lat ($SD = 8,01$). Wyniki badania wskazują, że poziom lęku dentystrycznego stanowi istotny predyktor nasilenia stresu na początku zabiegu. Wykazano istotny statystycznie efekt interakcji dotyczący wpływu ilości i jakości przekazywanych pacjentom informacji oraz skłonności do unikania informacji zagrażających na poziom stresu odczuwanego pod koniec zabiegu. Zauważono, że im wyższy stres występował na początku zabiegu, tym wyższy był jego poziom pod koniec zabiegu i po nim. Niezależnie od grupy, w której znajdowali się pacjenci, niższy poziom stresu po zabiegu występował w grupie otrzymującej pełną informację o zabiegu (grupa badana). Poziom bólu odczuwanego przez pacjentów okazał się zależny od nasilenia średniego stresu śródzabiegowego. Ponadto mężczyźni cechowali się niższą wrażliwością na ból.

W badaniu nr 2 wzięły udział 77 osoby o średniej wieku 27,84 lat ($SD = 6,64$). Jego wyniki nie potwierdziły istotnego wpływu indywidualnej skłonności do unikania informacji zagrażających na lęk jako stan, nie wykazano również efektu interakcji przydzielonej grupy i skłonności do unikania informacji na jego poziom. Wykazano natomiast, że pacjenci otrzymujący pełną informację na temat zabiegu w jego trakcie cechowali się istotnie niższym poziomem lęku niż osoby z grupy kontrolnej, i to niezależnie od indywidualnej skłonności do unikania informacji. Stres odczuwany w ostatnim czasie także nie wpływał na poziom lęku po zabiegu chirurgicznym. W niniejszym badaniu mężczyźni cechowali się niższym nasileniem lęku niż kobiety.

Wnioski płynące z przedstawionych badań mogą się przyczynić do lepszego zrozumienia psychologicznych potrzeb pacjentów stomatologicznych. Z uzyskanych danych wynika, że lekarz stomatolog, dostosowując swoje zachowania do indywidualnych potrzeb pacjenta, ma realny wpływ na jego poziom lęku i stresu. Powyższe wyniki mogą być przydatne w codziennej praktyce klinicznej, mogą też stanowić nowe narzędzie w walce z lękiem dentystycznym.

SUMMARY

The success of dental treatment is determined to a large extent by the existing doctor–patient relationship. Obtaining optimal cooperation leading to long-term treatment effects requires not only high specialist knowledge from the dentist, but also developed soft skills responsible for the quality of communication, motivation and reduction of stress and anxiety of his patients.

Despite the intensive development of technology and the existence of a wide range of psychological anxiety reduction techniques, dental phobia is still a current problem in Poland and worldwide. Pathological fear of dental treatment makes it impossible for patients to carry out effective prophylaxis and even start treatment of existing diseases at stages that do not require complicated and potentially less comfortable medical procedures, including the most stressful surgical procedures.

The transactional model of stress proposed by Lazarus and Folkman describes it as a dynamic, two-way relationship between a person and the environment, in which both the subject and the environment mutually influence each other. The stressor is subject to constant primary and secondary assessment, during which, under appropriate conditions, the perception of the stressor may be modified and on the basis of which the most optimal strategy of coping with it is selected.

According to Miller, the selection of an appropriate strategy for coping with stress may depend on the individual dominant style of information processing, noting that people are divided into people with a high need to obtain knowledge about the threat (monitors) and those who reduce anxiety and stress as a result of avoiding thinking about the stressful situation and diverting attention from it at all costs (blunters).

One of the most stressful, and at the same time, the most frequently performed procedures in the field of dental surgery is the extraction of third molars, which usually require removal for prophylactic, orthodontic or therapeutic reasons.

The aim of this project was to evaluate to what extent soft communication techniques expressed in the form of the quantity and quality of intraoperative information presented to patients affect their stress and anxiety levels depending on their individual tendency to avoid information about the threat. To fulfill it, two randomized clinical trials were carried out, differing in the tools used, during which participants were divided into those undergoing surgery to remove partially impacted third molars into those who during the procedure obtained

the necessary information required to maintain optimal cooperation (control group) and those who obtained full information about performed surgical procedures, along with the expected duration of potentially unpleasant sensations (study group). Study 1 patients were assessed for pain and stress levels before, at the end of, and after surgery, and study 2 patients for state anxiety (STAI-S). In both groups, the independent variable was the individual tendency to avoid information about the risk, expressed in the form of the result of the psychometric analysis of the MBQ questionnaire, which all participants completed before the procedure.

92 people with an average age of 28.39 years ($SD = 8.01$) participated in study no. 1. The results of the study indicate that the level of dental anxiety is a significant predictor of the severity of stress at the beginning of the procedure. A statistically significant interaction effect was demonstrated regarding the impact of the amount and quality of information provided to patients and the tendency to avoid threatening information on the level of stress experienced at the end of the procedure. It was noticed that the higher the level of stress at the beginning of the procedure, the higher its level at the end and after the procedure. Irrespective of the group in which the patients were, the lower level of stress after the procedure was observed in the group receiving full information about the procedure (the study group). The level of pain experienced by patients turned out to be dependent on the intensity of the average intraoperative stress. In addition, men were characterized by lower sensitivity to pain.

77 people with an average age of 27.84 years ($SD = 6.64$) participated in study no. 2. Its results did not confirm a significant prediction of anxiety as a state by the individual tendency to avoid threatening information, and the interaction effect of the tendency to avoid information and the group on its level was not demonstrated. However, it was shown that patients receiving full information about the procedure during the procedure were characterized by a significantly lower level of anxiety than members of the control group - regardless of the individual tendency to avoid information. Recent stress also did not affect the level of anxiety after surgery. In this study, men were characterized by a lower level of anxiety than women.

Conclusions from the presented research may contribute to a better understanding of the psychological needs of dental patients. The obtained data suggest that the dentist adjusting his behavior to the individual needs of the patient has a real impact on their level of anxiety and stress. The above results may be useful in everyday clinical practice and may be a new tool in the fight against dental anxiety.

