

Заключение. В настоящее время большое значение приобретает изучение феномена выгорания – психологического явления, оказывающего негативное воздействие на здоровье и эффективность деятельности специалистов. Проведенное исследование позволило уточнить представление об эмоциональном интеллекте и синдроме выгорания как динамическом психоэмоциональном состоянии личности, детерминированном внешними и внутренними факторами. Данная информация дает сотрудникам предприятия представление об уровне их эмоционального интеллекта и синдрома выгорания и может быть использована для улучшения качества жизни и организации профессиональной деятельности.

Список использованной литературы:

1. Salovey, P. Emotional intelligence/ P. Salovey, J.D. Mayer // *Imagination, Cognit. Pers.*, 1990. – Vol. 9. – P. 185–211.
2. Андреева, И.Н. Современные представления об эмоциональном интеллекте и его месте в структуре личности / И.Н. Андреева // *Журнал Белорусского государственного университета. Философия. Психология.* – 2017. – №2. – С. 104–109.
3. Реан, А.А. Факторы стрессоустойчивости учителей: учебное пособие / А.А. Реан. – СПб.: Мирт, 2006. – 249 с.
4. Бабанов, С.А. Профессиональные факторы и стресс: синдром эмоционального выгорания / С.А. Бабанов // *Трудный пациент* – 2009. – № 12. – С. 20–24.
5. Макаревич, Р.А. Влияние психологической напряженности на процесс общения преподавателя с учащимися: учебное пособие / Р.А. Макаревич. – СПб.: Питер, 2007. – 267 с.

Ставрова А.В. (Научный руководитель – Кухтова Н.В.,
канд. психол. наук, доцент)
Республика Беларусь, г. Витебск, ВГУ имени П.М. Машерова

ПСИХИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ ПРИ ПОСЕЩЕНИИ СТОМАТОЛОГА

Введение. Частая распространенность стоматологических заболеваний обуславливает высокую потребность детей в различных видах лечения. Ведь несмотря на достижения современной стоматологии в профилактике и лечении стоматологических заболеваний, большинство детей испытывают перед стоматологическим приемом и во время него такие психические состояния, как напряжение, утомление, тревогу, стресс и страх, которые зачастую приводят к устойчивой тревожности. Главная трудность детского приема заключается в том, что проводимые манипуляции кажутся ребенку болезненными и пугающими. Ребенок находится под воздействием большого количества раздражителей, которые провоцируют дискомфорт, эмоциональное напряжение и могут вызывать протестные действия ребенка [1, с. 86].

Особенности психических состояний пациента-ребенка зависят от ряда факторов, к которым можно отнести чувствительность ребенка, уровень его тревожности, степень психологической защиты, самоконтроль, характер и силу воздействующих раздражителей. К факторам, определяющим высокий уровень тревожности детей на приеме у стоматолога, относятся психическая патология ребенка, высокая тревожность родителей, негативный опыт предыдущих медицинских вмешательств, в том числе, стоматологических (зубная боль) и т.д. Считают, что чаще всего дети с негативным отношением к стоматологическим вмешательствам имеют высокую тревожность и проблемы управления поведением, обусловленные возрастными, психологическими и физиологическими особенностями ребенка [2, с. 63].

Тревожность и страх перед стоматологическим лечением, а также негативные эмоциональные переживания по поводу стоматологического вмешательства являются важнейшими психическими состояниями, формирующими поведенческие установки ребенка в будущем. Психические состояния, проявляющиеся в виде мимических, вербальных, моторных реакций (повышенная двигательная активность ребенка), считаются негативным поведением, которое мешает работе врача и ухудшает качество лечебной работы. Индивидуальный характер реакции пациента на стоматологическое

вмешательство формируется в зависимости от выраженности психоэмоционального напряжения и личностных характеристик.

Актуальность темы дипломной работы обусловлена тем, что проблема взаимопонимания врача-стоматолога и пациента-ребенка остается сложной и актуальной в современном мире. По утверждению психологов (А.А. Васянина, А.В. Вошула, А.В. Виноградова, Л.Р. Колесникова, Т.С. Винокурова), у детей, имеющих негативные психические состояния, связанные с посещением врача-стоматолога на подсознательном уровне укоренены страхи, связанные с лечением зубов. Лишь невыносимая зубная боль может заставить их обратиться за стоматологической помощью. Иногда врач не может провести эффективное и своевременное лечение из-за страха пациента перед стоматологическими манипуляциями и позднего обращения за стоматологической помощью, что приводит к ухудшению общего стоматологического статуса. В результате – высокая распространенность и интенсивность кариеса, большое количество удаленных зубов не только во взрослом, но и в детском возрасте, что указывает большую медицинскую и социальную значимость проблемы страха и тревожности перед стоматологическим вмешательством. Наивысшая степень такого страха – стоматофобия – может сформироваться в детстве и сохраняться на протяжении всей жизни. Страх у некоторых детей может переходить в состояние аффекта, которое полностью исключает возможность проведения лечения, а во многих случаях является причиной возникновения неотложных состояний.

Детский стоматолог должен быть хорошим психологом, чтобы распознать причину возникновения той или иной негативной реакции и оценить уровень тревожности маленького пациента, спрогнозировать поведение ребенка перед стоматологическим вмешательством и, таким образом, найти индивидуальный психологический подход к каждому ребенку в отдельности.

Проблемами психических состояний детей на стоматологическом приеме занимались такие исследователи как И.В. Фоменко, А.А. Васянина, А.Л. Касаткина, Д.В. Мельникова, Д.С. Власова и др. Так, И.В. Фоменко, А.Л. Касаткина, Д.В. Мельникова и др. проводили анализ уровня тревожности детей на амбулаторном хирургическом приеме и указывают на отсутствие идеального метода для оценки психоэмоционального состояния пациента перед стоматологическим вмешательством. Д.С. Власова в своей работе также отмечает ограниченность применения имеющихся социологических методов у детей в возрасте до трех лет.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе на базе Центра стоматологии ООО «Альтамед». Выборку испытуемых составили 30 детей-пациентов Центра стоматологии ООО «Альтамед» в возрасте от 4 до 16 лет. Они были разделены на 2 группы: 1 группа – дети дошкольного возраста (4-7 лет) – 10 детей; 2 группа – дети младшего школьного и подросткового возраста (8-16 лет) – 20 детей.

Методы исследования включают теоретический анализ научной литературы; психодиагностические методы, а именно: шкала ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, поведенческая шкала Франкла (объективная оценка тревожности); методы качественного и количественного анализа результатов исследования; методы статистической обработки данных исследования.

Результаты и их обсуждение. После анализа данных исследования ситуативной и личностной тревожности у детей младшего школьного возраста и подростков были получены следующие результаты (таблица):

Таблица 1 – Результаты по методике Спилбергера-Ханина

Показатель	Низкая		Умеренная		Высокая	
	количество человек	%	количество человек	%	количество человек	%
Личностная тревожность	4	20	10	50	6	30
Ситуативная тревожность	5	25	3	15	12	60

Из данных таблицы мы видим, что низкий показатель личностной тревожности выявлен у 20% респондентов (4 человека); низкий показатель ситуативной тревожности – у 25% опрошенных (5 человек); умеренный показатель личностной тревожности выявлен у 50% респондентов (10 человек); умеренный показатель ситуативной тревожности у 15% опрошенных (3 человека); высокая личностная тревожность была выявлена у 30% опрошенных (6 человек) и высокая ситуативная тревожность у 60% (12 человек).

Средний балл ситуативной тревожности – 44 балла, выше у младших школьников. У подростков – средний балл 36,3.

Средний балл показателя личностной тревожности также выше у младших школьников – 39,4 балла. У опрошенных подростков средний балл по уровню личностной тревожности составляет 34,5 балла.

Таким образом, половина респондентов имеют умеренный уровень личностной тревожности (50%). При этом достаточно большая часть детей и подростков (60% показали высокий уровень ситуативной тревожности. Также мы можем видеть, что ситуативная тревожность у опрошенных младших школьников и подростков выше, чем личностная. Это свидетельствует о том, что ситуация посещения стоматолога и лечения зубов является достаточно психотравмирующей для детей и подростков.

Следующей мы проводили диагностику при помощи поведенческой шкалы Франкла (объективная оценка тревожности). Данная методика проводилась со всеми детьми выборки. Результаты представлены на рисунке 1.

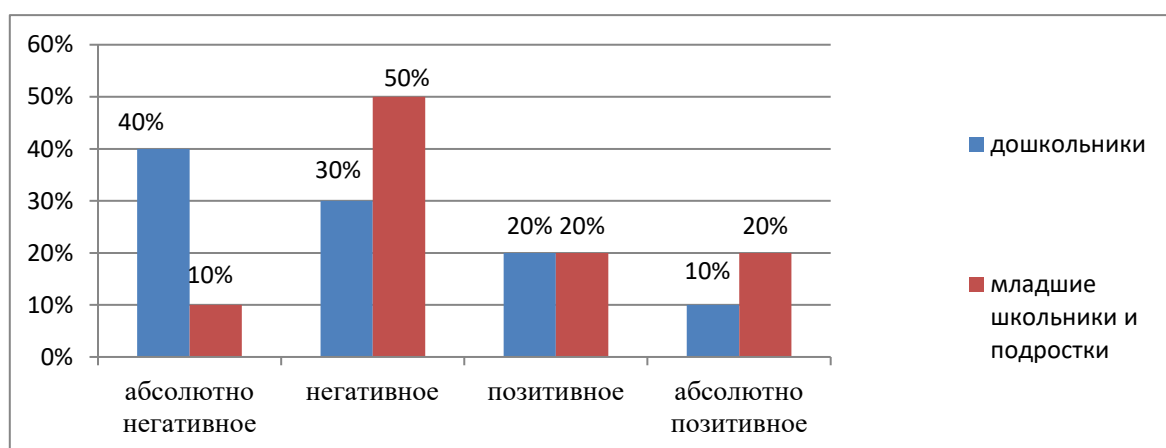


Рисунок 1 – Уровни тревожности у детей и подростков на приеме у стоматолога

Из данных рисунка мы можем видеть, что у детей дошкольного возраста преобладает абсолютно негативное отношение к посещению стоматолога (выявлено у 40% детей) и негативное (выявлено у 30% детей дошкольного возраста. То есть данные дети либо отказываются от лечения, плачут, впадают в истерику от страха. Либо они с большой неохотой принимают лечение и делают это после долгих уговоров врача и родителей. При этом у 30% детей дошкольного возраста наблюдается позитивное и абсолютно позитивное отношение к посещению зубного врача. Что касается детей младшего школьного возраста и подростков, то среди них абсолютно негативное отношение к посещению

стоматолога выявлено только у 10%. При этом негативное отношение к лечению у стоматолога имеют 50% младших школьников и подростков. Позитивное и абсолютно позитивное отношение показали 40% младших школьников и подростков. Таким образом, можно сделать вывод, что по всей выборке испытуемых преобладает абсолютно негативное и негативное отношение к посещению стоматолога и стоматологическому лечению.

Заключение. Таким образом, тревожность и страх перед стоматологическим лечением, а также негативные эмоциональные переживания по поводу стоматологического вмешательства являются важнейшими психическими состояниями, формирующими поведенческие установки ребенка в будущем. Данное исследование показало, что на приеме у стоматолога у детей и подростков преобладает высокий уровень ситуативной тревожности, негативное отношение к посещению зубного врача

Список использованной литературы:

1. Абрамова, Е.А. Дентофобия на приеме у врача-стоматолога / Е.А. Абрамова // Научный журнал. – 2016. – №2. – С. 86–87.
2. Малофеева, В.А. Дентофобия: почему дети боятся стоматолога? / В.А. Малофеева // Проблемы стоматологии. – 2013. – Выпуск 3. – С. 63–66.

Стадник П.А. (Научный руководитель – Милашевич Е.П.,
ст. преподаватель)
Республика Беларусь, г. Витебск, ВГУ имени П.М. Машерова

БУЛЛИНГ КАК ФОРМА ПРОЯВЛЕНИЯ АГРЕССИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Введение. В последние годы проблема агрессии и насилия не только не утратила своей актуальности, но, напротив, стала ещё более острой в связи с социокультурными изменениями в обществе, в частности, в подростковой и юношеской среде. Исследования показали, что у детей подросткового возраста установлена взаимосвязь с враждебностью и агрессивностью, проявляющиеся в поведении и сопряженные с глубокими чувствами обиды, подозрительности, вины и страха у детей в системе межличностных отношений [1]. Насилие можно рассматривать как частный случай проявления прямой физической или вербальной агрессии, воспринимаемый человеком как принуждение. Одной из форм насилия является буллинг, которому в современной психологии, педагогике и социологии уделяется большое внимание. Впервые для обозначения явлений травли как формы насилия слово «буллинг» использовал английский журналист Эндрю Адамс в 1990 г. Жестокость в сфере буллинга принимает различный характер и схожа с такими проблемами, как хейзинг в армии и в военных учебных заведениях.

С проблемой буллинга подростки сталкиваются уже в период обучения в школе, испытывая на себе травлю, третирование, запугивание, физический или психологический террор, направленный на то, чтобы вызвать у другого страх и тем самым подчинить его себе. Согласно статистике, каждый второй ребенок сталкивается с травлей в школе [2]. Предметом буллинга могут служить внешние особенности подростка, низкий заработок родителей, хорошие отметки и многое другое. На сегодняшний момент буллинг активно процветает начиная с личной травли, заканчивая травлей в интернете. Буллинг, это прежде всего, психологическое преследование, когда цель-это уничтожение, унижение личности и взятие контроля над ней. В отечественном видении данная проблематика понимается как форма психического насилия со стороны конкретного индивида, либо группы в отношении другого индивида, что наносит непоправимый ущерб психическому здоровью, так как индивид не может защитить себя самостоятельно [3]. Бердышев И. объясняет феномен буллинга как сознательное, продолжительное насилие, не носящее характера самозащиты и исходящее от одного или нескольких человек [4].