

## ПРИЛОЖЕНИЕ НА КОГНИТИВНИТЕ МОДЕЛИ В ДЕНТАЛНАТА ПРАКТИКА

Нина М. Мусурлиева

МУ Пловдив, ФОЗ, катедра „ Социална  
медицина и обществено здраве“

---

**РЕЗЮМЕ** — Мотивацията на пациентите за поддържането на добри орално-хигиенни навици е ключът към постигането на добро орално здраве. Разработени са различни психологически модели за модифициране на рисковото поведение на пациентите. В случая с промоция на оралното здраве, те се приемат трудно от пациентите поради факта, че повечето от оралните заболявания не са с летален изход. Едни от най-разпространените са когнитивните модели за саморегулация на поведението. В България липсват данни за тяхното приложение за повишаване личната ефикасност при спазване на оралната хигиена. Цел на настоящата публикация е те да се проучат и представят предимствата и недостатъците на различните когнитивни модели. Осъществено е проучване на достъпната литература, налична в базата данни Pub Med. Използвани са ключови думи *dental care, oral health, motivation, cognitive methods*.

**Ключови думи:** когнитивни модели, мотивация, орална хигиена

---

## APPLICATION OF THE COGNITIVE MODELS IN DENTAL PRACTICE

Nina M. Musurlieva

MU Plovdiv; Faculty of Public Health;  
Department Social Medicine and Public Health

---

**ABSTRACT**— The motivation of patients to maintain good oral hygiene habits is the key in achieving good oral health. Different psychological models of modifying risky behavior of patients have been developed. In the case of oral health promotion these models are accepted difficult from patients as most oral diseases are not fatal. One of the most common are the cognitive models of self-regulation of behavior. In Bulgaria there are no data for their applications in improving personal efficiency of maintenance of oral hygiene. The purpose of this publication is to explore and present the advantages and disadvantages of various cognitive models. A study of the available literature in the database Pub Med was performed. The following keywords are used- *dental care, oral health, motivation*.

**Keywords:** cognitive models, motivation, oral hygiene

---

### 1. ВЪВЕДЕНИЕ

Оралната хигиена е важен фактор за развитието, прогреса и изхода от лечение на много

орални заболявания (Ботушанов 1996, Атанасова 1984). Мотивацията на пациентите за поддържането на добри орално-хигиенни навици е ключът към постигането на добро орално здраве. Разработени са различни психологически модели за модифициране на рисковото поведение на пациентите. В случая с промоция на оралното здраве, те се приемат трудно от пациентите поради факта, че повечето от оралните заболявания не са с летален изход. Едни от най-разпространените са когнитивните модели за саморегулация на поведението. В България липсват данни за тяхното приложение за повишаване личната ефикасност при спазване на оралната хигиена. Цел на настоящата публикация е те да се проучат и разгледат предимствата и недостатъците на различните когнитивни модели.

## **2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ**

Осъществено е проучване на достъпната литература, налична в базата данни Pub Med. Използвани са ключови думи dental care, oral health, motivation.

## **3. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ**

Когнитивните модели изследват предикторите на здравното поведение. Те произтичат от теорията за очакваната субективна полза на Едуардс, която предполага, че поведението е резултат от рационалната преценка на потенциалните негативи и ползи. Когнитивните модели описват поведението като резултат от рационалната обработка на информация и поставят акцент върху индивидуалните когниции.

1. **Моделът на здравните убеждения** е развит от Розенщок през 1966 г., а по-късно е доразвит от Бекер (Egger 1990). Според авторите, поведението е резултат от набор на базисни убеждения, които подлежат на промяна. Те са свързани с възприятието на индивида относно: предразположеност към заболяване; сериозност на заболяването; загуби от спазване на определено здравно поведение; ползи от това поведение; стимул за действие - вътрешен или външен.

Изследванията на редица автори подкрепят този модел. Проучванията показват, че мотивацията на пациента за определени действия като спазването на диети, ваксинацията, посещенията при дентален лекар и др. е свързана с разбирането на индивида за собствената му податливост към заболявания. Здравната информираност играе роля на външен стимул, който агравира значението на болестта и моделира поведението на пациента към предпазно. Като недостатък на този модел може да се посочи акцентиранието върху рационалната обработка на информация, пропуска на икономическите и социални фактори, липсата на измеримост на личната ефикасност и др.

В отговор на критиките Бекер и Розенщок ревизират своя модел като добавят следните фактори-убеждението, че човек е уязвим и податлив на сериозни заболявания, убеждението, че промяната ще е от полза за индивида на приемлива цена. Моделът на здравните убеждения може успешно да се използва за модифициране рисковото поведение на пародонтално болните.

След задълбочен преглед на литературата, се установи, че към изброените когнитивни методи спадат също:

**Предпазно-мотивационна теория на Rippetoe and Rogers** - в оригиналната си форма тя приема, че здравното поведение е резултат от четири компонента : лична ефикасност, ефективност на отговора, уязвимост, сериозност на заболяването. По-късно към тях е прибавен и пети компонент-страх. Страхът, сериозността, уязвимостта се включват към оценката на опасността, а личната ефикасност се използва за оценка на възможността за справяне с болестта. Според тази теория съществуват два източника на информация-междупличностната сфера и външната среда (учене чрез наблюдение и вербално убеждение) (Prentice-Dunn 2001).

**Социално-когнитивен модел на Бандура** - изследва факторите, които обуславят поведението или намеренията за определено поведение и се опитва да обясни, защо индивидите не успяват да следват предпазващото поведение, за което са мотивирани. Социално-когнитивната теория широко се използва за промоция на здравето, налагане на здравословен начин на живот, ограничаване на рисково поведение. Авторът допуска, че човешкото поведение се ръководи от очаквания, мотиви и социални когниции. Очакванията включват : очаквания за изхода от ситуацията, за изхода от промяната на поведението, очаквания за собствения потенциал. Мотивите ръководят поведението, последствията от спазването на определено поведение също може да са решаващи за промяната му. Централна роля в модела заемат социалните когниции. Индивидът се поставя едновременно в междупличностния и в по-широкия социален контекст. Социално-когнитивната теория на Бандура определя като детерминанта на здравното поведение личната ефикасност, която може да се използва и за контрол на здравните навици. Личната ефикасност е възприятието на индивида за неговите възможности за действие. Тя се явява медиатор между знания, нагласи, умения и поведение. В клиничната практика под лична ефикасност се разбира доколко определен пациент е способен да предприеме нужните действия, за да подобри своето състояние. Докато хората не повярват, че могат да произведат нужния и желан резултат със своите действия те имат малък стимул за действие. Каквито и други мотиватори да имат, те трябва да се основават на убеждението за лична ефикасност (Bandura 2001).

Повечето модели за здравно поведение днес, включват като детерминанта именно личната ефикасност. Личната ефикасност е основен фактор за модифициране поведението на болни с диабет и различни хронични заболявания. В рамката на модела на Бандура са разработени и други модели - теория на обмисленото действие, теория на планираното поведение.

**Теория на обмисленото действие (Fishbein and Ajzen 1975)** – Теорията приема, че лицата, които вземат решения за определено поведение имат определени очаквания и убеждения за последствията от него. Най-добрият предиктор на поведението е намерението (Ajzen 1991).

**Теория на планираното поведение (Ajzen 1985)** – Тя обогатява теория на обмисленото действие като подчертава главната роля на социалните познания под формата на субективни норми (убежденията на индивида). Теорията обяснява поведенченските намерения като комбинация от няколко убеждения (Ajzen 2001).

### **Приложение на когнитивните модели в оралната медицина**

В областта на оралната медицина приложението на изброените модели е все още ограничено. През 2007 г. Renz et al. правят систематичен обзор на базата данни Cochrane Library и откриват само няколко проучвания, използващи психологически модели за мотивация на пациентите за по-добра устна хигиена (Renz 2007). Стюърт, Страк и Грейвс съобщават за взаимна връзка и корелация между честота на четкане на зъбите, почистване с конец, брой дентални посещения и личната ефикасност (Stewart 1997). Syrjälä et al. изучават психологическите характеристики на диабетно болни (самочувствие, лична ефикасност, намерения) с цел да обяснят чрез тях оралните им здравни навици, честотата на кариес, дълбочината на пародонталните джобове (Syrjala 2004). Те установяват, че съществува само асоциация между личната ефикасност и оралните здравни навици. Други проучвания съобщават за връзка между по-високата лична ефикасност и подобряване на оралната хигиена при пародонтално болни както и изхода от пародонтално лечение. През 2007-8 г. Kakudate et al. извършват cross-sectional изследване на болни с хроничен пародонтит, прилагайки собствен инструмент за измерване личната ефикасност на оралните грижи при тези болни (Kakudate 2009). Инструментът съдържа 15 въпроса, групирани в три подскали, измерващи личната ефикасност : 1. Лична ефикасност при дентални посещения 2. Лична ефикасност при четкане на зъбите 3. Лична ефикасност при ежедневни навици.

Лично ефективните убеждения се сформират от четири основни източника на информация-успешни постижения, косвен опит, вербално убеждаване и психологическо състояние. Успешните постижения са базирани на собствения опит на индивида като предишните успехи засилват очакванията докато неуспехите ги снижават. Косвеният опит може да се придобие чрез наблюдения на други подобни успешни дейности. Вербалното убеждаване се отнася до дейности, чрез които на пациентите се внушава способността да постигат определени цели и задачи. Психологическото и емоционално състояние на индивида повлиява преценката му за лична ефикасност. Чрез използването и на четирите източника може да се постигне повишаване на личната ефикасност. Независимо от всичко изброено, все още в оралната медицина не съществува наложен системен когнитивен модел за подобряване оралната хигиена на пациентите.

Шест стъпковият метод (Farquhar 1987; Albright and Farquhar 1992) е системен метод, използващ като основа теорията за лична ефикасност. Той е широко използван за модифициране поведението на болните към утвърждаване здравословен начин на живот чрез подобряване културата на хранене, отказване от тютюнопушене и др .

Методът е приложен и от колектив японски учени за подобряване оралната хигиена при пародонтално болни пациенти (Kakudate 2009) . Той включва шест стъпки:

**Стъпка 1 - Поставяне, индентифициране на проблема.** Постига се чрез задаване на въпросите : Колко пъти на ден миете зъбите си? Колко време отделяте за миене на зъбите? Колко пъти в седмицата извършвате интердентално почистване? Какво знаете за личните орални грижи? В миналото опитвали ли сте да промените орално-хигиенните си навици? Какви са бариерите пред Вас, за да промените орално-хигиенните си навици?

**Стъпка 2 – Изграждане на доверие.** Много от пациентите са убедени, че не могат да постигнат промяна в личните грижи. Тази стъпка има за цел да се изгради доверие между лекуващия лекар и пациента чрез едно по-разширено интервю. Медицинският специалист привежда аргументи и контрааргументи, имащи за цел да свалят бариерите, които пациентът е издигнал пред себе си и промяната.

**Стъпка 3 – Повишаване осведомеността относно здравното поведение.** На пациента се препоръчва да води дневник за ежедневното миене на зъбите и интерденталното почистване до следващото посещение. Той трябва да записва своите чувства при четкане. Дневникът се използва, за да се идентифицират вътрешните и външни прекурсори на поведението, които оказват въздействие върху него както и да се определят бариерите за неговата промяна.

**Стъпка 4 – Изработване на план за действие.** Планът трябва да е реалистичен, изпълним, конкретен. Пример :

Четкай зъбите два пъти на ден!

Използвай дентален конец веднъж на ден, вечер!

Четкай зъбите по три минути!

**Стъпка 5 – Оценка на плана и корекции.**

- Положителните промени в навиците на пациента се поощряват и отбелязват.
- При липса на промени се нанасят промени в плана.

**Стъпка 6 – Поддържане и задържане на настъпилите промени.**

Много лесно е придобитите нови здравни навици и привички да бъдат загубени под влияние на различни социални фактори – дълъг работен ден, консумация на алкохол, пътувания и др. Денталният лекар и хигиенист трябва да окуражават и насърчават своите пациенти да запазят и подсилят настъпилите промени в поведението си.

Въпреки описаните предимства на когнитивните методи за мотивация те все още не са намерили приложение в денталната медицина. В практиката денталните лекари най-често използват традиционния инструктаж за орална хигиена – показване на правилните движения за четкане на зъбите, онагледяване на начините за използване на интерденталните конци и др. Известно е, че проблемът за мотивацията на здравното поведение е сложен, многофакторно обусловен и не се изчерпва само с предоставянето на здравни знания на хората ( Грънчарова 2006). Постигането на поведенческа промяна чрез управление на мотивацията изисква използването на комплексни подходи.

#### **4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Необходимо е провеждането на допълнителни изследвания, доказващи ефективността от приложението на когнитивните методи за мотивация в денталната медицина. Те успешно биха могли да се използват в практиката като надеждни и икономически изгодни методи за

първична профилактика. Нужно е запознаване и обучение на денталното съсловие за тяхното приложение. Само чрез прилагане на иновативни техники и методи би се постигнал успех в профилактика не само на оралните заболявания, но и на редица общи заболявания.

## 5. ЛИТЕРАТУРА

- Атанасова Е. Средства и методи в оралната хигиена. Медицина и физкултура, София 1984.
- Ботушанов П, Атанасов Б. Средства за орална хигиена. Авто Спектър. Пловдив 1996.
- Грънчарова Г, Велкова А, Александрова С. Социална медицина. Идат. Център МУ-Пловдив 2006.
- Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision process* 1991; 50:179-211.
- Ajzen I. From intentions to actions: a theory of planned behavior. *Social Psychology* 2001; 3:11-39.
- Bandura A. Social cognitive theory:an agentic perspective. *Annual Review of Psychology* 2001; 52:1-26.
- Egger G, Spark R, Lawson J. Health promotion strategies and methods. McGraw-Hill Book Company 1990.
- Kakudate N, Morita M, Sugai M et al. Systematic cognitive behavioral approach for oral hygiene instruction:a short term study. *Patient education and counseling* 2009; 74:191-6.
- Prentice-Dunn S, Floyd D. Effects of persuasive message order on coping with breast cancer information. *Health Education Research* 2001; 1:81-4.
- Renz A, Ide M, Neewton T et al. Psychological interventions to improve adherence to oral hygiene instructions in adults with periodontal diseases. *Cochrane Database Syst Rev* 20007, 18:1-17.
- Stewart JE, Strack S, Graves P. Development of oral hygiene self-efficacy and outcomes expectancy questionnaires. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25:337-42.
- Syrjala AM, Ylostalo P, Niskanen MC et al. Relation of different measures of psychological characteristics to oral health habits, diabetes, adherence and related clinical variables among diabetes patients. *Eur J Oral Sci* 2004; 112:109-14.