

УДК [616.314+616.716]-007-089.23

ПІДВИЩЕННЯ МОТИВАЦІЇ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЗУБОЩЕЛЕПНІ АНОМАЛІЇ

В.Д. Куроєдова, д. мед. н., професор

Л.Б. Галич, к. мед. н., доцент

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Анотація. Для підвищення мотивації розіслані 200 пам'яток про важливість ортодонтичного лікування. Застосували власний спосіб підвищення ефективності ортодонтичного лікування зубощелепних аномалій знімними ортодонтичними апаратами в дітей у змінному прикусі. За результатами дослідження встановлено, що термін ортодонтичного лікування скоротився в 1,5 рази, а кількість переривань лікування зменшилася в 2,5 рази. Дисциплінована поведінка пацієнтів підвищилась у 4 рази.

Ключові слова. Мотивація, зубощелепна аномалія, ортодонтичне лікування, змінний прикус.

Анотация. Для повышения мотивации разосланы 200 памяток о важности ортодонтического лечения. Применили собственный способ повышения эффективности ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий съёмными ортодонтическими аппаратами у детей в сменном прикусе. По результатам исследования установлено, что срок ортодонтического лечения сократился в 1,5 раза, а количество прерываний лечения уменьшилось в 2,5 раза. Дисциплинированное поведение пациентов увеличилось в 4 раза.

Ключевые слова. Зубочелюстная аномалия, ортодонтическое лечение, мотивация, сменный прикус.

Abstract. Motivation 200 sent out reminders about the importance of orthodontic treatment. Applied own method of increasing the efficiency of orthodontic treatment of dentition anomalies removable orthodontic appliance in children in the mixed dentition. The results of the study showed that the period of orthodontic

treatment has decreased in 1,5 times, and interruptions reduced the number of treatment 2.5. Disciplined behavior of patients has increased in 4 times.

Key words. Motivation, dental anomalies, orthodontic treatment, replacement teeth.

Актуальність. Лікування дітей із ЗЩА – це тривалий, складний, комплексний і багатокomпонентний процес (Чухрай Н.Л., 2007). Одним із найспецифічніших та дієвих чинників впливу в лікуванні дітей із ЗЩА є апаратурний метод лікування (Малыгин, 2004).

За даними багатьох авторів, саме тривалість є причиною переривання ортодонтичного лікування. Куроедова В.Д. и соавт. (1995) зазначають, що від 18% до 49% пацієнтів не доводять лікування до кінця, переривають. Основною причиною переривання ортодонтичного лікування є недостатня мотивація до лікування, обумовлена віком пацієнтів, що звертаються по допомогу. Авторка зазначає, що найчастіше по допомогу звертаються діти у віці 9-13 років.

Проблемою ортодонтичного лікування вважають відсутність мотивації до лікування (Куроедова В.Д., Сєдих К.В., 2000,), яка насамперед залежить від віку хворих . Діти у віці 6-12 років ще не піддаються мотивації абстрактних понять (Лютік Г.І., 2004), що можна пояснити різними образами сприйняття навколишнього середовища, обумовленого віковими рівнями пізнавального розвитку. Актуальним у цей період є чітка мотивація.

Мета дослідження – підвищення мотивації до ортодонтичного лікування у дітей в періоді змінного прикусу.

Виклад основного матеріалу дослідження. Підлітки і дорослі приходять до ортодонтичного відділення з чіткішою мотивацією, ніж діти, але значимість стурбованості через зубощелепні аномалії в дорослих нижча за рахунок сформованіших та стійкіших механізмів психологічного захисту (Бобров А.П., 2003). Тому роботу проводили з батьками, для яких були розроблені інформаційні пам'ятки, що мали когнітивний характер.

На домашню адресу були розіслані 200 пам'яток про важливість ортодонтичного лікування. Усі отримали повторне запрошення на лікування. Але звернулися по допомогу лише 5%. Ефективним лікуванням ми вважали те,

яке дозволяло в коротший термін досягти морфологічного, функціонального та естетичного оптимумів з урахуванням якісних показників ортодонтичного лікування. До якісних показників зараховували термін лікування, кількість відвідувань, дисциплінованість пацієнтів та кількість переривань ортодонтичного лікування. Для оцінки ефективності застосування запропонованих нами психологічних методів у ортодонтичному лікуванні кожен випадок лікування було проаналізовано з урахуванням саме цих якісних показників (табл. 1). Оцінка дисциплінованості пацієнтів виявила очевидну різницю результатів у контрольній та досліджуваній групах: із 30 пацієнтів контрольної групи в процесі лікування проявили недисциплінованість 8 осіб (26,8%), тобто більше чверті групи несвоєчасно відвідували лікаря. У контрольній групі явище недисциплінованості знизилося в чотири рази. Тільки 2 пацієнти (6,7%), незважаючи на проведену психологічну підготовку батьків, також проявили недисципліновану поведінку в процесі лікування.

Різниця в кількості переривань ортодонтичного лікування між дослідною та контрольною групами виявилася не менш цікавою. Серед пацієнтів досліджуваної групи лише 13,4% (4 пацієнти) перервали лікування.

Натомість у контрольній групі не завершили лікування 33,4% (10 хворих) на ЗЩА, що у 2,5 рази перевищило аналогічний показник у дослідній групі.

Отримані дані свідчать, що термін лікування значно скоротився та зменшилася кількість відвідувань у пацієнтів досліджуваної групи. Так, середній термін лікування в пацієнтів досліджуваної групи з I класом за Енглем

Таблиця 1

Термін лікування, кількість відвідувань і дисциплінованість пацієнтів досліджуваної та контрольної груп

Досліджувана група					Контрольна група				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	Амбул. карта №	Термін лікування	Кількість відвід.	Дисциплінованість	Амбул. карта №	Термін лікування	Кількість відвід.	Дисциплінованість	

Пацієнти з патологією І класу за Енглеєм	1	14	10	дисцип.	1	21	15	дисцип.
	2	17	17	дисцип.	2	19	16	дисцип.
	3	12	12	дисцип.	3	22	16	дисцип.
	4	11	13	дисцип.	4	24	18	недисцип.
	5	14	12	дисцип.	5	18	7	недисцип.
	6	11	13	дисцип.	6	19	14	дисцип.
	7	11	4	перерв. лік.	7	20	10	перерв. лік.
	8	14	3	перерв. лік.	8	20	10	перерв. лік.
	9	8	12	дисцип.	9	17	22	дисцип.
	10	7	10	дисцип.	10	10	10	перерв. лік.
	11	14	12	недисцип.	11	18	11	недисцип.
	12	11	10	дисцип.	12	12	12	дисцип.
	13	10	8	дисцип.	13	21	10	недисцип.
	14	12	10	дисцип.	14	20	8	перерв. лік.
	15	8	9	дисцип.	15	13	15	дисцип.
	16	11	10	дисцип.	16	14	17	дисцип.

	2	3	4	5	6	7	8	9
Пацієнти з патологією ІІ класу за	1	11	12	дисцип.	9	16	12	недисцип.
	2	13	11	дисцип.	10	19	7	недисцип.
	3	14	8	недисцип.	11	26	21	дисцип.
	4	14	11	дисцип.	12	18	15	дисцип.
	5	10	12	дисцип.	13	20	4	перерв. лік.
	6	13	15	дисцип.	14	20	5	перерв. лік.
	7	11	10	дисцип.	15	26	11	перерв. лік.
	8	15	12	дисцип.	8	21	25	дисцип.
	9	14	14	дисцип.	9	25	13	недисцип.
	10	18	15	перерв. лік.	10	22	12	недисцип.

11	13	12	дисцип.	11	15	18	дисцип.
12	14	14	дисцип.	12	24	11	перерв. лік.
13	19	17	перерв. лік.	13	24	8	перерв. лік.
14	15	12	дисцип.	14	24	6	перерв. лік.

становив 11,6 місяця, а той же термін у пацієнтів контрольної групи – 18 місяців. У пацієнтів досліджуваної групи з II класом за Енглем середній термін лікування становив 13,9 місяця, а лікування відповідної аномалії в пацієнтів контрольної групи в середньому тривало 21,4 місяця.

Отже, середній термін лікування в досліджуваній групі як у пацієнтів з I, так і в пацієнтів з II класом за Енглем, скоротився в 1,5 рази в порівнянні з результатами контрольної групи, що було підтверджено статистичними даними, тобто був вірогідний результат.

Кількість відвідувань у пацієнтів досліджуваної та контрольної груп теж була різною. Діти досліджуваної групи з I класом за Енглем відвідували лікаря в середньому 10,3 рази. У той же час пацієнти з I класом у контрольній групі приходили на прийом 12,5 рази, тобто в 1,28 рази частіше. У пацієнтів з II класом за Енглем різниця в кількості відвідувань між досліджуваною та контрольною групами не спостерігалася.

Статистична оцінка отриманих результатів дозволила виявити вірогідну різницю між терміном лікування пацієнтів дослідної та контрольної груп (табл. 2).

Як видно з таблиці 2, скорочення терміну лікування пацієнтів дослідної групи підтверджується високою вірогідністю ($p < 0,05$) як для пацієнтів із I класом за Енглем, так і для пацієнтів із II класом.

Нам не вдалося статистично дослідити вірогідність різниці між кількістю відвідувань пацієнтами лікаря через недисциплінованих пацієнтів і тих, хто перервав лікування. Натомість вірогідна різниця була виявлена в скороченні терміну лікування дослідної групи ($p < 0,05$). Ці дані підтверджують отриманий позитивний результат застосування запропонованого нами методу.

**Статистичне порівняння терміну лікування пацієнтів
дослідної та контрольної груп (M± m)**

Вид патології	Термін лікування пацієнтів (міс.)		p<
	дослідна група	контрольна група	
I клас за Енглем (n = 16)	11,56 ± 0,65	18 ± 0,97	0,001
II клас за Енглем (n = 14)	13,85 ± 0,66	21,42 ± 0,96	0,001

Отже, застосування способу підвищення ефективності ортодонтичного лікування зубощелепних аномалій знімними ортодонтичними апаратами в дітей у змінному прикусі дає такі результати:

термін ортодонтичного лікування скоротився в 1,5 рази;

кількість переривань лікування зменшилася в 2,5 разу;

дисциплінована поведінка пацієнтів підвищилась у 4 рази.

Висновки та перспективи. Отримані результати свідчать про те, що саме робота з батьками сприяє підвищенню мотивації до ортодонтичного лікування у дітей в періоді змінного прикусу. Подальші дослідження спрямовані на розробку та впровадження нових методів мотивації до ортодонтичного лікування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бобров А.П. Роль межличностного контакта при ортодонтическом лечении / А.П. Бобров, К.А. Кутергина, А.В. Корсак // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2003. – № 3-4. – С. 18-22.3.
2. Куроедова В.Д. Новые аспекты болезни «Зубочелюстная аномалия»: (монография) / В.Д. Куроедова. – Полтава: Полтава, 1997. – 255 с.
3. Куроедова В.Д. Психодіагностика та психокорекція в ортодонтичному лікуванні / В.Д. Куроедова, К.В. Сєдих. – Полтава, 2000. – 39 с.

4. Лютик Г.І. Окремі психологічні аспекти ортодонтичного лікування / Г.І. Лютик, Т.Н. Трофименко // II (IX) з'їзд Асоціації стоматологів України, 1-3 груд. 2004 р.: матеріали доп. – К., 2004. –С. 470-471.
5. Малыгин Ю.М. Роль врача в повышении мотивации пациента и его родителей к лечению и профилактике зубочелюстно-лицевых аномалий / Ю.М. Малыгин, И.Н. Минаева, Е.С. Самохина // Ортодонтический реферативный журнал. – 2004. – № 3. – С. 39.
6. Чухрай Н.Л. Потреба в ортодонтичному лікуванні дітей Львівської області / Н.Л. Чухрай, Е.В. Безвушко // Український стоматологічний альманах. – 2007. – № 2. – С. 48-51.