

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра стоматологии ИПО

**КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ С
РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ ЛИЧНОСТИ К ОРТОДОНТИЧЕСКОМУ
ЛЕЧЕНИЮ**

Реферат выполнен в соответствии с ОПОП, по специальности - ортодонтия. Тема раскрыта полностью, замечаний нет.
Буденко И. В. и Киселева И. В.

Иванова

18.01.2021.

Выполнил ординатор
кафедры-клиники стоматологии ИПО
по специальности «ортодонтия»
Иванова Ирина Константиновна
рецензент к.м.н., доцент Тарасова Наталья
Валентиновна

Красноярск, 2021

Содержание

- Введение
- Проблема комплаентности ортодонтических пациентов
- Роль психологических характеристик личности и особенностей семейного воспитания в адаптации ребенка к ортодонтическому лечению
- Психологическая подготовка...
- Модель врачевания
- «ортодонтический дневник»
- Родители
- Выводы
- Список литературы

Задачи:

- Изучить влияние различных факторов на адаптацию детей к ортодонтическому лечению

Цели:

- изучить особенности адаптационного периода ребенка к ортодонтическому лечению в зависимости от влияния психологических характеристик личности и особенностей семейного воспитания.
- Изучить влияние личностных особенностей пациента на процессы адаптации и приверженности ортодонтическому лечению
- Выявить методы психологической подготовки детей

Введение

Ортодонтическое лечение детей – это не всегда ярко, красочно, легко и НЕ больно. Нужно понимать, что это длительный нелегкий процесс, который на начальных этапах может вызвать некоторые неудобства у пациента: нарушение дыхания, дикции, жевания, дискомфорт во время сна (съёмные аппараты – пластинки, трейнеры), нарушение гигиены полости рта и тд. Помимо этого ортодонтическое лечение является мощным психологическим фактором, который влияет на поведение ребенка.

Ортодонтические аппараты (съёмные пластинки/ миофункциональные аппараты/ брекететы) чаще заметны для окружающих при общении, смехе, приеме пищи и тд, что вызывает стеснение у детей и подростков, они всячески стараются избегать общения со сверстниками, меньше улыбаться, вследствие чего у них появляется тревожность, и такие пациенты часто бросают или совсем отказываются от ортодонтического лечения.

Подтверждением этого являются цитаты из статей: Коваленко А.В. Оценка восприятия лица пациентами с гнатическими формами аномалий окклюзии до и после комбинированного лечения: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2011.

Митин Н.Е., Тихонов В.Э., Абдиркин М.Д., Андрейцева Е.И. Влияние аномалий и деформаций зубочелюстной системы на психоэмоциональное состояние человека // The Journal of scientific articles «Health and Education Millennium». – 2017. – Vol. 19, № 10. – С. 237–238.

«Зубочелюстные аномалии в детском возрасте

приводят не только к морфофункциональным

нарушениям, но и воздействуют на формирование

психики ребенка. Такие дети становятся закомплексованными, робкими, им сложно наладить контакт со сверстниками. Как дети, так и взрослые с зубочелюстными аномалиями нередко эмоционально неуравновешенны, имеют склонность к интроверсии, тревожности, испытывают трудности в социальном общении, избегают лидерства.»

Проблема комплаентности ортодонтических пациентов

Еще одним подтверждением прерывания ортодонтического лечения детьми как социально-психологического фактора является исследование из статьи «Проблема комплаентности ортодонтических пациентов» авторов Я.П. Боловина, М.В. Вологина, Э.А. Фиталь, А.Д. Боловина. Проблема комплаентности ортодонтических пациентов в Волгоградской области. Вестник ВолгГМУ. Выпуск 2 (70). 2019 .

- **Цель:** Установление причин прерывания ортодонтического лечения пациентами в Волгоградской области.
- **МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ:** проведено анкетирование 60 респондентов от 5 до 14 лет, прервавших ортодонтическое лечение.

- **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:**

В 2017 г. число пациентов, взятых на ортодонтическое лечение в Волгоградской области, составило 6601 человек, из них 5006 – дети до 14 лет, 720 – дети 15–17 лет, взрослые – 875 человек

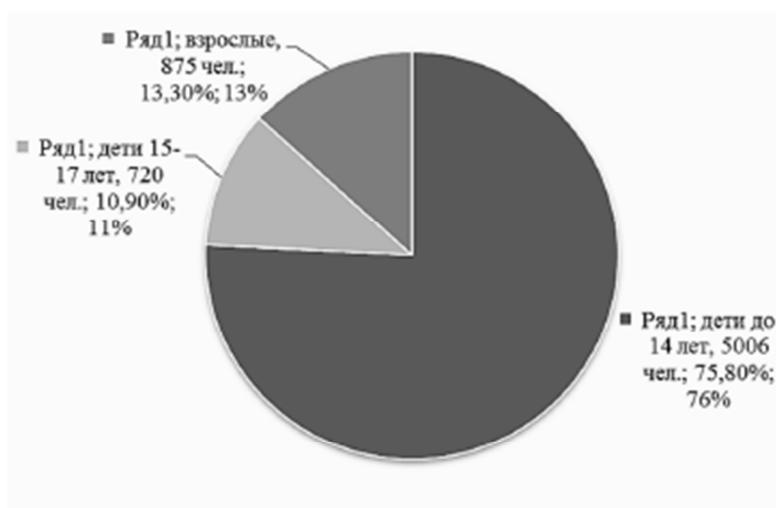


Рис. 1. Распределение по возрасту пациентов, взятых на ортодонтическое лечение в Волгоградской области

Результаты лечения и их обсуждение:

Всего в Волгоградской области в 2017 г. **завершено** ортодонтическое лечение **2839** пациентов, что составляет только **43 %** от числа лиц, взятых на лечение.

Не завершают ортодонтическое лечение **57 %** пациентов.

(Анонимное анкетирование) в ГАУЗ «Детская клиническая стоматологическая поликлиника № 2».

В исследовании приняло участие **60 человек** (детей) в возрасте от **5 до 14 лет**, прервавших терапию.

Сложные в адаптации аппараты :

съёмные одночелюстные пластиночные аппараты – 75 %, брекет-система –10 %, трейнеры – 5 %, каркасные и блоковые аппараты – 10 %.

Основными причинами отказа от продолжения лечения у **40 %** интервьюированных (24 человека) были **проблемы общения со сверстниками.**

Выводы:

- Таким образом, в Волгоградской области **57 %** пациентов прерывают ортодонтическое лечение.

Основная причина отказа от продолжения ортодонтического лечения у 40 % интервьюированных – проблемы общения со сверстниками. Дискомфорт от применения аппаратов стал причиной отказа у 15 % детей. К прерыванию терапии также приводят сочетание проблем с дикцией, сном, трудности с гигиеной, плохая фиксация, поломка аппаратуры, частая отклейка брекетов, отъезд, перерыв в лечении на каникулах, влияние родственников, длительные, по мнению пациента, сроки лечения.

- Пациенты, использующие съёмные пластиночные аппараты (75 %), прекращали ортодонтическое лечение чаще, чем те, кто лечился с применением брекет-систем, трейнеров, каркасных и блоковых аппаратов.
- Справиться с дискомфортом своим детям помогали 55 % родителей.
- Проблема комплаентности пациентов **приводит к низкой излечиваемости ортодонтической патологии.** Помимо приверженности к лечению самого пациента **важна поддержка родителей, окружения и психологическое сопровождение.**

«Адаптация пациента к несъемной ортодонтической технике, продолжительность и результат лечения связаны с тяжестью патологии челюстно-лицевой области, типом личности и наличием психологического сопровождения на всех этапах оказания ортодонтической помощи. Психологическая коррекция формирует позитивное отношение к стоматологическому лечению. Сокращаются сроки лечения в среднем на 3–6 месяцев .»

Дегтярёва И.Н. Совершенствование процесса адаптации пациента к ортодонтическому лечению // Автореферат. 2008. –22 с.

Залазаева Е.А. Формирование позитивного отношения к стоматологическому лечению путём коррекции психоэмоционального состояния у детей с церебральным параличом // Стоматология детского возраста и профилактика: ООО «Поли Медиа Пресс». – 2017. –С. 41–44.

Роль психологических характеристик личности и особенностей семейного воспитания в адаптации ребенка к ортодонтическому лечению

Нужно понимать, что существуют разные типы детей: радостные, веселые, добрые, ласковые, плаксивые, грубые, с частой сменой настроения, упертые и тд , и абсолютно любой из них может оказаться у нас на приеме. Также все дети воспитываются по-разному, что тоже влияет на поведение и

возможности качественного оказания им ортодонтической помощи.

Подтверждением этого является *статья авторов:*

Постников М.А., Трунин Д.А., Ишмуратова А.Ф., Фишер И.И. Междисциплинарная психологическая подготовка пациентов к ортодонтическому лечению // *Стоматология детского возраста и профилактика*. – 2014. – С. 43–46. Где описано влияние типы личности:

- **Хорошо приспособляющийся – самостоятельный тип**

легко адаптируется и пользуется ортодонтическими аппаратами любой конструкции круглосуточно. Надзор родителей, в случае лечения детей, минимален

- **Хорошо приспособляющийся – несамостоятельный тип** очень послушен, легко адаптируется, но требуется контроль старших.

- **От неприспособляющегося – несамостоятельного типа** пациентов не следует ожидать самостоятельного пользования съемными аппаратами. Строгий надзор родителей также бесполезен. Возможно использование несъемных конструкций.

- **Неприспособляющемуся – самостоятельному** типу пациентов особо требуется психологическое сопровождение, хороший контакт с врачом.

Разные типы личности оказывают определенное влияние на адаптацию пациентов к ортодонтическому лечению: *Влияние личностных особенностей пациента на процессы адаптации и приверженности ортодонтическому лечению*. Анохина А.В., Лосева Т.В., Голенков А.В. Роль психологических характеристик личности и особенности семейного воспитания в адаптации ребенка к ортодонтическому лечению // *Acta medica Eurasica*. – 2017. № 1. – С. 1-9.

Влияние личностных особенностей пациента на процессы адаптации и приверженности ортодонтическому лечению

- **Цель:** изучить адаптацию ребенка к ОРЛ в зависимости от влияния психологических характеристик личности и особенностей семейного воспитания
- **Материалы и методы исследования.** 35 пациентов с дистальной окклюзией в возрасте 6-18 лет. (6-14- съемные функциональный аппараты, механического действия; 15-18 – брекет-система)

+ психодиагностические методики:

- + методика оценки адаптации ребенка к ортодонтическим конструкциям (Е.П. Василенко, И.В. Токаревичем)
- **Опрос** проводился в кабинете врача-ортодонта **через месяц после фиксации** ортодонтического аппарата в полости рта.

Результаты исследования и их обсуждение:

контингент обследованных лиц был разделен на три группы в зависимости от степени адаптации к ОРЛ: низкой, средней, высокой

низкая

средняя

высокая

Жалобы на : сильные боли, отказывались продолжать лечение, головные боли, стеснение.

Родители разрешали чтобы ребенок периодически «отдыхал» от процесса лечения.



НЕ успешная адаптации и ОРЛ.

Дети вели себя капризно , предъявляли много жалоб, часто необоснованных.

Рекомендации врача слушали

умеренно выраженные болевые ощущения, Незначительный дискомфорт, повышенное внимание выполняли не все, но отказа НЕ было . Родители: «Мой ребенок не сможет носить аппарат», «он потеряет аппарат». ортодонтический аппарат носится с переменным успехом, «раз от раза».

Врач → родители → дети

Жалоб нет, поддержка родителями, мотивация, дети внимательно слушают и выполняют рекомендации врача

Взаимосвязь типа семейного воспитания со степенью привыкания к ортодонтическому аппарату



гармоничный тип семейного воспитания характеризуется эмоциональной поддержкой детей, признанием права ребенка на выбор самостоятельного пути развития, поощрением автономии ребенка, признанием самоценности личности ребенка и отказом от попыток манипулятивной стратегии воспитания, разумной и адекватно предъявляемой системой требований, санкций и поощрений к ребенку, а также систематическим контролем с последующей передачей функций контроля ребенку и переходом к самоконтролю.

Тип воспитания «гиперопека» характеризуется повышенным вниманием родителей к воспитанию ребенка, чем и объясняется его положительное влияние на адаптацию к ОРЛ, поскольку такие родители успешно контролируют выполнение ребенком рекомендаций врача и ношение лечебного аппарата.

Тип воспитания «потворствующая гиперпротекция» характеризуется стремлением родителей к максимальному и некритическому удовлетворению любых потребностей ребенка или подростка. Ребенок является центром семьи, его интересы приоритетны, удовлетворение любых потребностей ребенка чрезмерно; требования, запреты, контроль и санкции отсутствуют. Здесь присутствуют только поощрения, но так как они не связаны с реальными достижениями ребенка, они теряют свое развивающее

продуктивное значение. В данной ситуации родители не контролируют ношение ортодонтического аппарата и выполнение ребенком рекомендаций врача, разрешают ребенку снять аппарат при малейших жалобах на неудобство и дискомфорт в полости рта, что не способствует процессу адаптации. Такой тип воспитания способствует развитию истероидных черт личности, преобладание которых также определено в группе с низкой и средней степенью адаптации к ОРЛ.

Неустойчивый тип воспитания ребенка характеризуется резкой сменой приемов воспитательных воздействий. Это проявляется как переход от очень строгого воспитания к либеральному и, наоборот, от повышенного внимания к ребенку к эмоциональному отвержению его родителями. Неустойчивость стиля воспитания содействует формированию таких черт, как упрямство, склонность противостоять любому авторитету [15]. Детей при таком типе воспитания трудно убедить в необходимости лечения и ношения ортодонтического аппарата как родителям, так и врачу.

Взаимосвязь степени адаптации к ортодонтическому лечению с типом личности пациента-подростка



Рис. 2. Влияние типа личности на степень адаптации к ОРЛ

Степень адаптации к ОРЛ у разных типов личностей больных детей

Степень адаптации к ОРЛ	Типы личности по А.Е. Личко, Н.Я. Иванову*						
	Э	И	ЭИ	ЭН	ШИ	ЛИ	АИ
Высокая	5	-	1	3	-	-	-
Средняя	3	-	-	2	2	1	-
Низкая	-	3	-	-	-	1	1

* Примечание. Э – эпилептоидные черты; И – истероидные; Н – неустойчивые; Ш – шизоидные; А – астеноневротические черты.

Для пациентов с **эпилептоидным типом личности** характерны аккуратность и педантичность в выполнении порученного дела. Свойственная им черта заботиться о своем здоровье как нельзя лучше способствует высокой степени адаптации и положительному исходу ОРЛ.

Пациентам с **истероидным типом личности** свойственны излишняя капризность и демонстративное поведение, а также нежелание доводить начатое дело до конца при возникновении малейших трудностей. Дискомфорт в полости рта при ношении ортодонтического аппарата может стать для данной группы пациентов причиной прерывания ОРЛ, особенно в случае потворствующего поведения родителей.

В некоторых зарубежных исследованиях также обнаружено, что в случаях оказания недостаточной поддержки детям или даже негативного отношения к ОРЛ со стороны родителей наблюдается снижение кооперации в отношениях ребенка с лечащим врачом, ухудшением его адаптации к лечению и удлинением времени активного ОРЛ. Ряд исследований подтверждают необходимость психологической подготовки ребенка и мотивации его в семье на этапе планирования лечения.

Выводы:

- Таким образом, тип воспитания может «сгладить» проявление отрицательных черт характера ребенка и улучшить адаптацию к ОРЛ и, наоборот, может вести к ухудшению адаптации даже при наличии положительных черт в характере пациента. Поэтому следует оценивать прогноз адаптации ребенка к ОРЛ после комплексного исследования психологических черт личности и типа семейного воспитания. В зависимости от диагностики дисгармоничного типа воспитания или обнаружения негативно влияющих на адаптацию черт личности подростка врачу следует проводить психологическую подготовку дифференцированно с родителями или ребенком.

- Данные о личностных особенностях характера ребенка и типа его семейного воспитания, полученные на первичной консультации методом клинического психологического тестирования, позволяют прогнозировать адаптацию к ОРЛ в дальнейшем и составлять индивидуальный план психологической подготовки и модели общения с пациентом и его родителями.

Психологическая подготовка

Разобравшись какими бывают типы личности пациентов, личностные особенности пациентов, типы воспитания , нужно им показать, что ортодонтическое лечение не является чем-то страшным, плохим, нужно любые негативные эмоции ребенка перевести в приятное общение с врачом, чтобы он понимал, что перед ним «добрый волшебник», который хочет и может помочь решить его проблему. То есть провести психологическую подготовку.

Для этого каждый врач должен обладать не только Hard Skills , то есть иметь все необходимые знания и навыки для успешного выполнения медицинских манипуляций, но и Soft skills, то есть иметь и развивать в себе коммуникативные способности: знать не только врачебную область, а мыслить глобально и широко, уметь «слЫшать пациента, а не только слУшать», уметь работать с разными людьми, которые имеют разные характеры и темпераменты, уметь быстро принимать решения в меняющихся условиях.

Существуют модели врачевания (Скотенко О.Л. Модели взаимоотношения врача и пациента : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград., 2010. 24 с.)

Техническая. В данной модели пациент является «неисправным механизмом, который нуждается в починке». Личность пациента не учитывается. Есть только физическая проблема, которую нужно устранить. Одно из неоднозначных последствий бурного развития биомедицинских

технологий – возникновение врача-ученого. В данной модели ответственность за исход лечения лежит в равной степени и на враче, и на пациенте. Нередко врач ведет себя как ученый-прикладник, основная задача которого – исправить неполадки в организме пациента и сам процесс ликвидации «поломки» является самоценным с точки зрения научного знания и предполагает ярко выраженную беспристрастность врача. Этическая некорректность отношения к пациенту как к неисправному механизму здесь в полной мере компенсируется ответственностью самого пациента за конечное принятие решений.

Патерналистская (сакральная). Врач здесь рассматривается как «родитель», а пациент как «неразумное дитя». Врач сам определяет, что является благом для пациента. Здесь уделяется внимание личности пациента, но лишь с точки зрения моральной поддержки. Основы модели заложены в гиппократовскую эпоху. Врач предстает здесь в роли волшебника, заботливого отца и даже бога, который по своему усмотрению управляет жизнью человека (пациента). Пациент выступает в роли ребенка, слепо и безоговорочно доверяющего врачу и не несет никакой ответственности за собственное здоровье. Гарантом безопасности для пациента здесь выступают деонтологические принципы, закрепленные в Клятве врача. И если не будет этих гарантий, пациент просто никогда не рискнет обратиться к врачу. Поэтому основной моральный принцип, который выражает традицию сакрального типа, гласит: «Оказывая пациенту помощь, не нанеси ему вреда».

Коллегиальная. Данная модель в своем крайнем варианте является пациент-центрированной. Пациент здесь играет активную роль, с ним согласовываются все решения врача. На сегодняшний день это самая притягательная с моральной точки зрения модель. Врач и пациент выступают как равные коллеги именно в борьбе с болезнью. Социальный статус, возраст, образование и т. д. не влияют на данное равноправие. Единственной

долей некоторого лицемерия здесь выступает тот факт, что врач не испытывает страданий больного, со всеми вытекающими отсюда психологическими и моральными проблемами.

Контрактная. Взаимоотношения врача и пациента базируются на негласном (в некоторых случаях, правда, оформляемом процессуально-юридически) договоре о взаимном уважении прав друг друга. Пациента оповещают о том, как проходит лечение, от него не скрывают информацию, но решение принимает врач, обосновывая его для пациента.

Ещё одна модель равной ответственности врача и пациента за исход лечения. В рамках договора (соглашения – как устного, так и письменного) обговариваются все аспекты профессиональных отношений «врач – конкретный пациент». Модель наиболее распространена в Европе, США и России, позволяет избежать отказа от эмпатии со стороны врача, что характерно для модели технического типа, и отказа от моральной ответственности со стороны пациента, что характерно для модели сакрального типа; позволяет уйти от ложного и неконтролируемого равенства в модели коллегиального типа. В отношениях, основанных на контракте, врач осознает, что в случаях значимого выбора за пациентом должна сохраняться свобода управлять своей жизнью и судьбой.

Исходя из характеристик этих моделей, наиболее оптимальным вариантом является патерналистская модель врачевания.

Целью **Психологической подготовки** является выработка у пациента волевых усилий и укрепление в ребенке уверенности в своих силах (не нужно ругать).

Психологическая подготовка бывает коллективной и индивидуальной.

коллективная
До 6 лет

6-12 лет

индивидуальная
12-14 лет



- Разъяснение этапов лечения
- Важность сотрудничества с врачом
- Вредные привычки

Пациент – активный помощник

Результат лечения – эстетическая привлекательность

Табатадзе В.Г. Взаимоотношения врача-ортодонта и ребенка-пациента в стоматологической практике: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007. 24 с.

1. Создать доверительные отношения с пациентом, вызвать ДОВЕРИЕ:
Устранить чувство страха, разговаривать с ним спокойным уверенным тоном, завоевать у него авторитет (говорить правду , рассказать о трудностях лечения, какими они могут быть.
2. Вовлекать пациента в процесс лечения (схема психологической подготовки выше это иллюстрирует: пациент должен стать союзником в лечении, вызвать у него интерес : модель : Расскажи, покажи, сделай.)

Табатадзе В.Г. Взаимоотношения врача-ортодонта и ребенка-пациента в стоматологической практике: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007. 24 с.

Автором описываются психологические особенности общения врача с ребенком-пациентом в соответствии с классической моделью подготовки к лечению методикой «Рассказывай, Показывай, Делай», описаны профессиональные, психологические, деонтологические знания, личностные качества, и эмпатическое партнерство врача-стоматолога-ортодонта, т к дети-пациенты, приходящие на прием, с первого посещения должны накапливать положительный эмоциональный опыт лечения, от которого зависит степень выздоровления (исправления зубочелюстной патологии) При знакомстве с

пациентом выявляют его реакцию на приход к врачу, обращают внимание на поведение ребенка, если возникает необходимость, то стимулировать позитивные поведенческие реакции у детей и подростков. Хотя кратковременность амбулаторного приема врача-стоматолога-ортодонта не благоприятствует тесному психологическому контакту с ребенком-пациентом, чрезвычайно важно, чтобы врач быстро ориентировался в общении, умел откликаться на настроение ребенка/

Эффективность этой модели в том, что мы последовательно воздействуем на каждый из способов восприятия. Сначала рассказываем (воздействие на слуховое восприятие), потом показываем (зрительное восприятие), потом пробуем сделать сами (практическое освоение методики). Воздействуя последовательно на каждый из трех типов восприятия, мы втроекратно усиливаем эффект запоминания и овладения необходимым навыком. Если мы будем делать все одновременно, то человек может не воспринять информацию, а наставник может преподнести ее некачественно, сам запутаться в своих объяснениях.

3. Мотивировать пациента (статья: Куроедова Е.Л. Клинический эффект применения «дневника ортодонтического пациента» // Вестник украинской медицинской стоматологической академии.)

Клинический эффект применения дневника ортодонтического пациента

Цель: повышение мотивации к ортодонтическому лечению, увеличение его эффективности

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: был разработан авторский метод «Дневник ортодонтического пациента»

Предложен «авторский дневник ортодонтического пациента», как дополнительная, а иногда и единственная связь врача с родителями. Это эффективный способ квалификационно повысить мотивацию к ортодонтическому лечению, стимулировать к лечению не только пациента,

но и его родителей, которые должны вести контроль за выполнением гимнастических упражнений и других дополнительных рекомендаций врача.

Дети 6-8 лет с нарушением прикуса проявляют повышенный интерес к ортодонтической конструкции лишь как к технической новинке, которая значительно важнее, чем долгая процедура сложного лечения у врача – ортодонта, значение и надобность которого ребенок в этом возрасте оценить не в состоянии, поэтому добросовестно лечатся лишь те немногие младшие школьники, которые обеспечены строгим контролем взрослых.

Доказано, что в 40 % случаев успех обеспечивается желанием пациента. Поэтому существует проблема повышения мотивации к ортодонтическому лечению именно в раннем сменном прикусе, , когда идет активный рост организма и врач в состоянии регулировать и управлять им, чего невозможно будет сделать в постоянном прикусе, когда пациент осознанно и мотивированно подходит к лечению, но резервы организма уже утрачены.

авторский метод «Дневник ортодонтического пациента»

психологические тесты- контакт с ребенком,

Ответы на вопросы- по ним врач узнает о важности красоты зубов, их здоровья, о роли красивой улыбки .

- Разработан ежедневник трудностей каждого дня
- В конце каждого приема врач ставит оценку пациенту за соблюдение им рекомендаций.

По результатам исследования была выявлена положительная динамика вовлеченности в процесс лечения пациентов:

Повышение количества посещений= ответственность, интерес к лечению, без пропусков

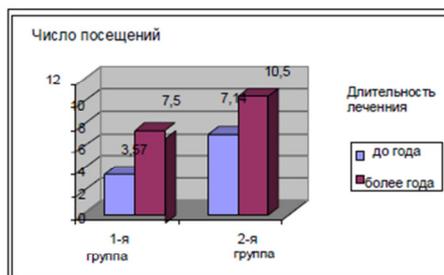


Рис. 3 Показатели посещений врача-ортодонта мальчиками

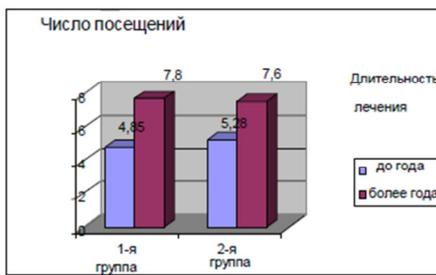


Рис. 4 Показатели посещений врача-ортодонта девочками

Выводы: «Дневник ортодонтического пациента» - это дополнительная, а иногда и единственная связь врача с родителями. Это эффективный способ квалифицировано повысить мотивацию к ортодонтическому лечению, стимулировать к лечению не только пациента, но и его родителей, которые должны вести контроль за выполнением гимнастических упражнений и других рекомендаций врача.

Ортодонтическое лечение – это огромный труд врача с пациентом и пациента над собой и для себя!

Использование данного авторского метода помогает повысить мотивацию к ортодонтическому лечению именно в раннем сменном прикусе, как наиболее сложном периоде ортодонтического лечения.

Доверие+ вовлеченность пациента+ мотивация = счастливый пациент.

Заключение

Проведя анализ литературы, научных публикаций, статей и авторефератов, я считаю, что:

1. Каждый пациент, индивидуален, с разными особенностями ВНД, воспитанием, поведением, личностными особенностями, в связи с этим к каждому пациенту нужно подходить индивидуально.
2. Стоматологу-ортодонту необходимо знание возрастной психологии детей и методов ее использования. Действия врача-стоматолога-ортодонта выходят за границы его профессиональной роли, он выступает и как воспитатель-педагог, и как психотерапевт.

3. Врачу необходимо обладать Soft Skills. Врач должен обладать знанием этики и деонтологии.

4. Психологическая подготовка пациента должна быть направлена на создание доверительных отношений, врач должен быть способным вызвать мотивацию пациента и его родителей, вовлечь их в процесс лечения, вызвать интерес к лечению у ребенка.

5. Очень важна роль родителей на качество и течение ортодонтического лечения их детей: как они ведут беседы с детьми, вообще ведут их или нет, как мотивируют и настраивают детей сотрудничать с врачом.

5. Это творческий процесс, и к нему нужно готовиться каждодневно. Чем больше врач вносит в свою деятельность увлечения, поиска, творчества, поэзии, тем он ценнее, желаннее для пациента. Врачу надо все время быть чуть-чуть впереди с точки зрения прогнозов, анализа, планов.

Список литературы

1. Анохина А.В., Файзрахманов И.М., Лосева Т.В. Психологические аспекты планового динамического наблюдения детей с зубочелюстными аномалиями // Актуальные вопросы стоматологии: сб. Всерос. науч.-практ. конф. Казань, 2016. С. 30–34.
2. Митин Н.Е., Тихонов В.Э., Абдиркин М.Д., Андрейцева Е.И. Влияние аномалий и деформаций зубочелюстной системы на психоэмоциональное состояние человека // The Journal of scientific articles «Health and Education Millennium». – 2017. – Vol. 19, № 10. – С. 237–238.
3. Лосева Т.В. Адаптация к ортодонтическому лечению детей с дистальной окклюзией // Материалы X юбилейной международной научно-практической конференции молодых ученых-медиков. – 2016. – С. 437–438.
4. Постников М.А., Трунин Д.А., Ишмуратова А.Ф., Фишер И.И. Междисциплинарная психологическая подготовка пациентов к ортодонтическому лечению // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2014. – С. 43–46.
5. Малыгин Ю.М., Минаева И.Н., Самохина Е.С. Роль врача в повышении мотивации пациента и его родителей к лечению и профилактике зубочелюстно-лицевых аномалий // Ортодонтический реферативный журнал. – 2004. -№3. – С.39.
6. Куроедова Е.Л. Клинический эффект применения «дневника ортодонтического пациента». // Вестник украинской медицинской стоматологической академии.

10. Жиделева Е А, Табатадзе В Г Отношение родителей к своему ребенку как пациенту // Научные труды 62-й конференции молодых ученых ВолГМУ, Волгоград, 2004 - 0,3 п л
11. Табатадзе В Г Профессиональные требования к врачу-ортодонту в клинике детской стоматологии Волгоград, изд-во ВолГУ, 2005 -1,3 п л
12. Я.П. Боловина, М.В. Вологина, Э.А. Фиталь, А.Д. Боловина. Проблема комплаентности ортодонтических пациентов в Волгоградской области. Вестник ВолГМУ. Выпуск 2 (70). 2019 .
13. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С. Ортодонтия. Комплексное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий: ортодонтическое, хирургическое: Учеб. пособие. – М.: Ортодент-Инфо, 2001. – 174с.
14. Анохина А.В., Лосева Т.В., Голенков А.В. Роль психологических характеристик личности и особенности семейного воспитания в адаптации ребенка к ортодонтическому лечению // Acta medica Eurasica. – 2017. № 1. – С. 1-9.
15. Залазаева Е.А. Формирование позитивного отношения к стоматологическому лечению путём коррекции психоэмоционального состояния у детей с церебральным параличом // Стоматология детского возраста и профилактика: ООО «Поли Медиа Пресс». – 2017. –С. 41–44.
16. Скотенко О.Л. Модели взаимоотношения врача и пациента : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград., 2010. 24