



**Odesa National Medical
University**



**RIGA NORDIC
UNIVERSITY**

Riga Nordic University

CARDIOVASCULAR DISEASE RISKS AND PUBLIC HEALTH

Scientific monograph



**IZDEVNIECĪBA
BALTIJA
PUBLISHING**

2026

3. Socio-Psychological, Organizational, and Interdisciplinary Mechanisms for Ensuring Accessibility of Dental Care for People with Disabilities. . . .	185
--	-----

Chapter 10

Educational and Inclusive Models in Disaster Medicine: Preparation for the Therapy of Cardiovascular Complications in Patients with Neurocognitive Disorders (Chemerys Yu. O.).	198
--	------------

1. Theoretical and Methodological Foundations of Educational and Inclusive Models in Disaster Medicine in the Context of Managing Patients with Neurocognitive Disorders.	202
2. Clinical Features of Cardiovascular Complications and Therapeutic Care in Patients with Neurocognitive Disorders under Disaster and Crisis Conditions.	208
3. Educational, Communicative, and Inclusive Organizational Mechanisms for Training Medical Professionals to Work with Patients with Neurocognitive Disorders in Disaster Medicine.	214

Chapter 11

Clinical Strategies for Adapting Dental Therapy for Patients with Neuromuscular and Sensory Disorders: A Psychoeducational Approach to Inclusive Care (Chertov S. O.).	227
---	------------

1. Theoretical and methodological foundations of inclusive dental care.	230
2. Clinical and social characteristics of patients with neuromuscular and sensory disorders.	240
3. Barriers to the organization and implementation of dental therapy.	248

THE ROLE OF TREATMENT ADHERENCE IN THE PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASE RISKS UNDER VARIOUS DISEASES

Chapter 12

The impact of treatment adherence on cardiovascular risk factors in patients with hypertension with concomitant diabetes mellitus and chronic obstructive pulmonary disease (Voloshyna O. B., Zubok E. A., Buriachkivskyi S. E.).	262
--	------------

1. The impact of treatment adherence on cardiovascular risk factors in patients with hypertension with concomitant diabetes mellitus and chronic obstructive pulmonary disease.	265
2. Analysis of the main causes of treatment adherence violations in patients with arterial hypertension in combination with type 2 diabetes mellitus and chronic obstructive pulmonary disease	

КЛІНІЧНІ СТРАТЕГІЇ АДАПТАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З НЕЙРОМ'ЯЗОВИМИ ТА СЕНСОРНИМИ ПОРУШЕННЯМИ: ПСИХООСВІТНІЙ ПІДХІД ДО ІНКЛЮЗИВНОЇ ДОПОМОГИ

Чертов С. О.

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-693-5-11>

ВСТУП

У сучасних умовах розвитку системи охорони здоров'я проблема забезпечення доступної, безпечної та якісної стоматологічної допомоги для людей з інвалідністю набуває не лише медичного, а й виразного соціального, гуманітарного та суспільно-етичного значення¹. Рівень стоматологічного здоров'я цієї категорії населення є важливим індикатором зрілості медичної системи, її спроможності працювати на засадах рівності, поваги до людської гідності та інклюзивності. Особливої уваги потребують пацієнти з нейром'язовими та сенсорними порушеннями, для яких звернення по стоматологічну допомогу часто супроводжується не лише клінічними труднощами, а й множинними бар'єрами фізичного, комунікативного, психологічного й організаційного характеру².

Стоматологічна захворюваність у пацієнтів із функціональними обмеженнями нерідко має більш тяжкий, хронічний і запущений перебіг. Це зумовлено сукупністю причин: порушеннями моторики та координації рухів, труднощами самостійного догляду за порожниною рота, особливостями харчування, впливом супутньої соматичної чи неврологічної патології, медикаментозним навантаженням, а також недостатньою адаптованістю стоматологічної служби до потреб осіб

¹ G. D'Addazio, M. Santilli, B. Sinjari. Access to Dental Care. A Survey from Dentists, People with Disabilities and Caregivers. *Int J Environ Res Public Health*. 2021. № 18(4). DOI: 10.3390/ijerph18041556

² S. da Rosa, S. Moysés. Barriers in Access to Dental Services Hindering the Treatment of People with Disabilities: A Systematic Review. *International Journal of Dentistry* Volume. 2020, Issue 1. P 1-17. DOI: 10.1155%2F2020%2F9074618

з інвалідністю. Для пацієнтів з нейром'язовими порушеннями суттєвими є труднощі позиціонування в стоматологічному кріслі, контроль мимовільних рухів, підвищена втомлюваність, дисфункції жування, ковтання та артикуляції³. Для пацієнтів із сенсорними порушеннями надзвичайно важливими стають доступність комунікації, передбачуваність процедур, орієнтація в просторі медичного закладу, адаптація інформації та мінімізація сенсорного перевантаження. Усе це безпосередньо впливає як на можливість проведення стоматологічного втручання, так і на його результативність.

Водночас клінічна практика переконує, що складність лікування таких пацієнтів полягає не стільки у самій наявності порушення, скільки у невідповідності стандартно організованого медичного середовища їхнім реальним потребам⁴. Проблема часто виникає там, де клінічний протокол залишається негнучким, а комунікація – формальною, одноманітною та неадаптованою. У цьому контексті інвалідність не повинна розглядатися виключно як характеристика пацієнта; значною мірою вона виявляє межі готовності самої системи охорони здоров'я забезпечити рівний доступ до лікування. Саме тому в сучасному науковому дискурсі дедалі більшого значення набуває біопсихосоціальний підхід, який дає змогу розглядати стоматологічне здоров'я людини не ізольовано, а у взаємозв'язку з її функціональними можливостями, психоемоційним станом, соціальним середовищем, рівнем підтримки родини та доступністю медичних послуг.

Окрему актуальність ця тема має в межах інклюзивної медицини, яка виходить із того, що кожен пацієнт має право на допомогу, адаптовану до його комунікативних, фізичних і психоемоційних особливостей. Для стоматології це означає потребу у переосмисленні традиційних моделей взаємодії з пацієнтом. Мова йде не лише про технічну модифікацію маніпуляцій або використання спеціальних засобів фіксації, позиціонування чи знеболення. Насамперед ідеться про створення такого клінічного простору, у якому пацієнт не переживає додаткової дезорієнтації, страху, приниження чи безсилля. Ефективна стоматологічна допомога особам з нейром'язовими та сенсорними порушеннями неможлива без адаптованої комунікації, психоемоційної безпеки, участі родини або супроводжуючих осіб, а в багатьох випадках – і без міждисциплінарної координації

³ A. Mathew. Neuromuscular Disorders and Their Oral Health Considerations'-A Review. *Scholars Journal of Dental Sciences* 8(9). 2021. DOI:10.36347/sjds.2021.v08i09.005

⁴ H. Prado, R. M. Soalheiro de Souza. Mapping Dental Care for Children and Adolescents With Rare Diseases: A Brazilian Multicentre Study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2025. № 54. P.163-173. DOI: <https://doi.org/10.1111%2Fcdoe.70029>

з психологом, реабілітологом, логопедом, неврологом, педагогом та іншими фахівцями⁵.

На практиці значна частина труднощів у роботі з такими пацієнтами пов'язана з медичною тривожністю, негативним попереднім досвідом лікування, сенсорною гіперчутливістю, комунікативними обмеженнями, швидким виснаженням, труднощами довільної поведінкової регуляції, а також нерозумінням з боку медичного персоналу. Саме тому дедалі переконливішим стає погляд на психоосвітній підхід як на необхідну складову сучасної інклюзивної стоматології. Психоосвіта в цьому контексті – це не формальне інформування пацієнта перед процедурою, а системна робота зі зниження тривоги, формування передбачуваності клінічної ситуації, навчання доступним моделям співпраці, підвищення прихильності до лікування та підтримка пацієнта і його родини на всіх етапах стоматологічної допомоги⁶. Такий підхід дозволяє суттєво покращити комплаєнс, зменшити ризик відмови від втручання, оптимізувати профілактику та підвищити довготривалий терапевтичний результат.

Не менш значущим є і соціально-психологічний вимір цієї проблеми. Стоматологічне здоров'я людей з інвалідністю має прямий зв'язок з якістю життя, можливістю повноцінного харчування, мовленнєвою активністю, зовнішнім виглядом, соціальною впевненістю та загальним самопочуттям. Хронічний біль, запальні процеси, порушення жування, дискомфорт або естетичні дефекти не лише погіршують соматичний стан, а й посилюють психоемоційне напруження, ізоляцію, залежність від сторонньої допомоги, знижують рівень соціальної участі⁷. У цьому сенсі стоматологічна допомога для осіб з інвалідністю є важливою частиною більш широкої системи підтримки здоров'я суспільства. Вона стосується не лише лікування окремої патології, а й підтримання людської гідності, функціональної незалежності та соціальної інтеграції пацієнта.

Для вітчизняної медичної практики ця проблема є особливо актуальною у зв'язку з потребою посилення інклюзивної складової професійної підготовки лікарів-стоматологів, удосконалення організації

⁵ Jasmine Cheuk Ying Ho, Hollis Haotian Chai. Strategies for Effective Dentist-Patient Communication: A Literature Review. *Patient Preference and Adherence*. 2024. № 18. P.1385-1394. DOI: <https://doi.org/10.2147/PPA.S465221>

⁶ L. Orellana. Psychoeducational intervention to improve oral assessment in people with autism spectrum disorder, BIO-BIO region, Chile. *Medically compromised patients in Dentistry*. 2019 № 24 (1), P37-46. DOI:10.4317/medoral.22560

⁷ A. Hajek. Oral Health, Loneliness and Social Isolation. A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of nutrition, health and aging*. 2022. № 26, P. 675-680. <https://doi.org/10.1007/s12603-022-1806-8>

стоматологічного прийому, розробки адаптованих клінічних маршрутів і впровадження мультидисциплінарних моделей супроводу. Попри зростання уваги до прав людей з інвалідністю та розширення інклюзивних підходів у медичній і освітній сферах, питання системної адаптації стоматологічної терапії для пацієнтів з нейром'язовими та сенсорними порушеннями й досі не має достатньо цілісного висвітлення⁸. Наявні дослідження нерідко акцентують увагу або на окремих клінічних аспектах, або на загальних питаннях доступності, не завжди поєднуючи їх із психоосвітнім і соціально-психологічним аналізом. Саме тому є потреба в комплексному міждисциплінарному осмисленні цієї теми.

Актуальність дослідження визначається необхідністю наукового обґрунтування таких клінічних стратегій стоматологічної терапії, які б поєднували медичну ефективність, індивідуалізацію лікування, психоосвітню підтримку та принципи інклюзивності. У центрі уваги має бути не лише стоматологічна маніпуляція як така, а весь маршрут пацієнта – від першого контакту з клінікою до профілактичного супроводу після лікування. Такий підхід дозволяє розширити межі традиційної стоматологічної допомоги та розглядати її як важливий компонент міждисциплінарної системи підтримки людини з інвалідністю.

Таким чином, розгляд клінічних стратегій адаптації стоматологічної терапії для пацієнтів з нейром'язовими та сенсорними порушеннями є актуальним і своєчасним як для стоматологічної науки, так і для практики інклюзивної медицини. Сучасний підхід до цієї проблеми вимагає інтеграції клінічної точності, професійної емпатії, психоосвітньої підтримки та міждисциплінарної взаємодії. Саме за таких умов стоматологічна допомога перестає бути для людини з інвалідністю джерелом додаткового стресу і стає реальним ресурсом підтримання здоров'я, функціональної спроможності та якості життя.

1. Теоретико-методологічні засади інклюзивної стоматологічної допомоги

Сучасний розвиток медицини дедалі виразніше засвідчує перехід від вузько біомедичної моделі розуміння здоров'я до людиноцентричної, у межах якої пацієнт розглядається не як об'єкт лікувального впливу, а як активний учасник лікувально-реабілітаційного процесу⁹. Особливого

⁸ Гонта З., Немеш О. Особливості надання стоматологічної допомоги людям з порушенням психіки. *Міжнародний досвід наукових досліджень*: матеріали 2-ї міжнар. наук.-практ. конф. 2025. Чикаго, США.

⁹ Farre A., Rapley T. The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness. *Healthcare*. 2017. Vol. 5. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040088>

значення ця зміна набуває в роботі з людьми з інвалідністю, для яких доступ до медичної допомоги визначається не лише наявністю клінічної послуги, а й готовністю системи охорони здоров'я забезпечити її адаптованість, безпечність, зрозумілість і психологічну прийнятність. Саме в такому контексті формується інклюзивна парадигма медичної допомоги.

Інклюзивна медицина ґрунтується на визнанні того, що функціональні обмеження людини не повинні автоматично зумовлювати її обмеження у праві на якісне лікування. Відповідно, завдання медичної системи полягає не у створенні окремого, ізольованого простору для «особливих» пацієнтів, а в адаптації загального медичного середовища до різноманітних потреб людей. Такий підхід змінює саму логіку професійного мислення лікаря: у центрі клінічного рішення опиняється не лише патологічний процес, а й індивідуальний спосіб функціонування пацієнта, його здатність сприймати інформацію, переносити маніпуляцію, взаємодіяти з медичним персоналом і зберігати відчуття безпеки та контролю.

У стоматології інклюзивна парадигма має особливу вагу, оскільки саме стоматологічне втручання часто пов'язане з високою тривожністю, інвазивністю, сенсорним навантаженням та необхідністю активної співпраці з боку пацієнта. Навіть за відсутності значних функціональних обмежень відвідування стоматолога для багатьох осіб є емоційно напруженим досвідом¹⁰. Для пацієнтів же з нейром'язовими та сенсорними порушеннями така ситуація ускладнюється додатковими чинниками: труднощами позиціонування, гіперчутливістю до світла, звуків або дотиків, порушеннями комунікації, неможливістю швидко адаптуватися до нових умов, страхом втрати контролю, а інколи й травматичним досвідом попереднього лікування. За цих умов стандартна стоматологічна модель, яка орієнтується переважно на темп роботи лікаря та типові протоколи, виявляється недостатньою.

Інклюзивний підхід у стоматології передбачає ширше розуміння професійної компетентності. Лікар повинен володіти не лише технікою діагностики й лікування, а й навичками адаптивної комунікації, поведінкового супроводу, сенсорного налаштування середовища, партнерської взаємодії з родиною, а також здатністю працювати в міждисциплінарному форматі¹¹. Важливим стає і переосмислення

¹⁰ Наумець, М. (2024). Теоретичний аналіз поняття «стоматологічна тривога» та соціально-психологічних чинників її виникнення. *Вчені записки Університету «КРОК»*, № 4, С.393–401. <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2024-76-393-401>

¹¹ Литовченко В.П. Безбар'єрність стоматологічної допомоги пацієнтам з особливими комунікативними потребами: організаційний та психологічний аспекти. *Науковий вісник Ужгородського національного університету: Серія: Психологія*. 2022. – Вип. 1. – С. 131–139. – URL <http://psy-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/article/view/101/197>.

категорії «складний пацієнт». У сучасному інклюзивному дискурсі складність пов'язується не стільки з особливостями самої людини, скільки з недостатньою підготовленістю медичного середовища до різноманіття клінічних і комунікативних ситуацій.

Принциповим для інклюзивної стоматології є також відхід від редукаціоністського погляду, за якого людина з інвалідністю сприймається лише крізь призму основного діагнозу¹². У реальній практиці одна й та сама нозологія може супроводжуватися різним рівнем функціональної незалежності, різними адаптаційними ресурсами, різною мірою підтримки з боку сім'ї, різною мотивацією до лікування та різною переносимістю стоматологічних маніпуляцій. Тому інклюзивний підхід вимагає клінічної гнучкості, відмови від шаблонного мислення та переходу до індивідуалізованого планування допомоги.

Слід підкреслити, що інклюзія в стоматології не зводиться лише до фізичної доступності кабінету. Наявність пандуса чи широких дверних прорізів є важливою, але недостатньою умовою¹³. Не менш значущими є інформаційна доступність, зрозумілість інструкцій, толерантна мова медичного персоналу, чутливість до сенсорного профілю пацієнта, можливість більш тривалого або поетапного прийому, передбачуваність клінічної ситуації та повага до темпу адаптації конкретної людини. Саме тому інклюзивна стоматологія має розглядатися не як окремий сектор спеціалізованої допомоги, а як сучасний стандарт професійної якості.

У ширшому суспільному сенсі інклюзивна стоматологічна допомога пов'язана з реалізацією права людини на здоров'я, збереженням функціональної активності, профілактикою вторинних соматичних і психоемоційних ускладнень, підтримкою соціальної участі та людської гідності. Стан порожнини рота безпосередньо впливає на харчування, мовлення, невербальну комунікацію, самооцінку, зовнішній вигляд і соціальну впевненість. Тому стоматологічна допомога для людей з інвалідністю є не периферійним, а важливим компонентом системи охорони громадського здоров'я.

Отже, інклюзивна парадигма в сучасній стоматології передбачає перехід від формального надання послуги до створення адаптованого клінічного простору, в якому людина з нейром'язовими або сенсорними порушеннями

¹² Про інклюзію, доступність, осіб з інвалідністю (і дітей, і дорослих). Дзеркало тижня: веб-сайт. URL.: https://zn.ua/ukr/SOCIUM/pro-inklyuziyu-dostupnist-osib-z-invalidnistyu-i-ditey-i-doroslih-334047_.html (дата звернення 15.04.2026).

¹³ Литовченко С.В., Литовченко В.П. Безбар'єрність стоматологічної допомоги пацієнтам з особливими комунікативними потребами: організаційний та психологічний аспекти. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2022. № 1. С.131-139. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.1.25>

може отримати допомогу без дискримінації, дезорієнтації та зайвого психоемоційного навантаження¹⁴. Саме така постановка питання створює методологічне підґрунтя для подальшого аналізу клінічних, психоосвітніх та міждисциплінарних стратегій інклюзивної стоматологічної допомоги.

1.1. Біопсихосоціальна модель здоров'я як основа клінічної адаптації

У дослідженні проблеми стоматологічної допомоги пацієнтам з нейром'язовими та сенсорними порушеннями принципово важливо виходити за межі суто біологічного розуміння хвороби. Традиційна біомедична модель, зосереджена передусім на анатомічних, фізіологічних та патологічних змінах, безумовно, залишається фундаментом клінічного мислення. Проте в роботі з пацієнтами, які мають інвалідизуючі стани, лише цього підходу недостатньо. Ефективність стоматологічного лікування в таких випадках визначається не лише локальним станом порожнини рота, а й тим, як пацієнт функціонує у повсякденному житті, як сприймає медичне втручання, наскільки може брати участь у процедурі, яку підтримку має з боку родини, і якими є умови надання йому допомоги. Саме тому методологічно найбільш продуктивною є біопсихосоціальна модель здоров'я¹⁵.

Біопсихосоціальний підхід дає змогу розглядати стоматологічну проблему як результат взаємодії кількох взаємопов'язаних площин. Перша з них – біологічна, що охоплює основне захворювання, супутню патологію, функціональний стан нервово-м'язової системи, особливості слиновиділення, жування, ковтання, оклюзії, стану твердих тканин зубів і пародонта. Друга – психологічна, яка включає досвід болю, рівень медичної тривоги, індивідуальні особливості реагування на стрес, здатність до співпраці, довіру до лікаря, когнітивні ресурси й емоційну стабільність. Третя – соціальна, що охоплює підтримку з боку сім'ї, умови догляду, фінансові можливості, транспортну доступність, рівень поінформованості родини, організацію медичного середовища, а також культурні установки щодо інвалідності та лікування.

З позицій біопсихосоціальної моделі навіть типова стоматологічна ситуація набуває додаткового змісту. Наприклад, незадовільна гігієна порожнини рота у пацієнта з нейром'язовим порушенням не може бути

¹⁴ Cermak S, Duker L., Williams M. Sensory Adapted Dental Environments to Enhance Oral Care for Children with Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Pilot Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2015. Vol. 45. P. 2876–2888. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2450-5>

¹⁵ Поліщук Н.Є. Біопсихосоціальна модель допомоги: основні принципи діагностики та лікування. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2013. № 6. URL.: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2013/6-2/article-1241/biopsihososialna-model-dopomogi-osnovni-principi-diagnostiki-ta-likuvannya#gsc.tab=0> (дата звернення 15.04.2026)

пояснена лише недостатньою мотивацією. Вона може бути наслідком обмеженої рухливості верхніх кінцівок, неможливості точно координувати рухи щіткою, швидкої м'язової втоми, орофасіальної дисфункції, болю, когнітивного виснаження, нестачі навчання з боку доглядальника або відсутності адаптованих засобів догляду¹⁶. Так само уникання стоматологічного лікування в пацієнта із сенсорними порушеннями нерідко пов'язане не з «неслухняністю» чи байдужістю, а з попереднім негативним досвідом, недостатньо зрозумілими інструкціями, перевантаженням звуками, світлом, запахами чи дотиком, неможливістю передбачити послідовність маніпуляцій.

Біопсихосоціальна модель змінює і підхід до клінічного планування. Перед початком лікування лікар має оцінити не тільки стоматологічний статус, а й функціональні обмеження пацієнта, його здатність до тривалого перебування у кріслі, рівень сенсорної толерантності, способи ефективної комунікації, потребу в присутності супроводжуючої особи, можливі тригери поведінкової дезорганізації, а також ресурси сім'ї щодо подальшого домашнього догляду. Така оцінка дозволяє не лише точніше обрати метод лікування, а й попередити зрив співпраці, надмірну тривогу, відмову від процедур або соматичне виснаження пацієнта.

Особливо цінним цей підхід є тим, що він допомагає уникати професійних помилок, пов'язаних із надмірною медикалізацією інвалідності. У клінічній практиці існує ризик звуження уваги лише до діагнозу, коли основне захворювання затінює реальні потреби людини. Біопсихосоціальна модель, навпаки, дозволяє бачити пацієнта цілісно – як особу, що має не лише обмеження, а й ресурси, не лише ризики, а й можливості адаптації. Для стоматолога це означає необхідність не просто «врахувати діагноз», а вибудувати таку модель допомоги, яка співвідноситься з функціональним та емоційним станом конкретної людини¹⁷.

Окремо слід наголосити, що біопсихосоціальна модель має не лише діагностичне, а й етичне значення. Вона сприяє переходу від оцінювання пацієнта через дефіцити до розуміння його реальних потреб у підтримці¹⁸. Це змінює стиль професійної взаємодії: замість формальної інструкції

¹⁶ Shinohara M., Satomi Shiota S. Nationwide Survey of Oral Function Management in Patients With Neuromuscular Intractable Diseases in Japan. *Cureus Journal of Medical Science*. 2025. Vol. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.81770>

¹⁷ Миндзів, К., Гевко, У., Попович, Д. Мультидисциплінарна команда як інструмент біопсихосоціальної моделі реабілітації. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія*, 2025. № 2. С.211–217. <https://doi.org/10.32782/spmed.2025.2.30>

¹⁸ Persaud-Sharma D, Govea M, Hernandez R. Medical Ethics and the Biopsychosocial Model for Patient Care: A Case Analysis for Improved Communication, Clinical Time, and Error Avoidance. *Cureus*. 2020 Vol. 12. <https://doi.org/10.7759/cureus.8535>

виникає діалог, замість прискороного втручання – адаптований маршрут, замість авторитарної позиції лікаря – партнерська модель лікувального процесу. Для пацієнтів з інвалідністю така зміна є принциповою, оскільки саме характер взаємодії нерідко визначає, чи стане стоматологічна допомога доступною в реальному, а не декларативному сенсі.

Таким чином, біопсихосоціальна модель здоров'я виступає методологічною основою клінічної адаптації стоматологічної терапії. Вона дозволяє пов'язати медичний, функціональний, психологічний та соціальний виміри лікування в єдину систему, де успішність стоматологічного втручання розглядається не як наслідок лише технічної майстерності лікаря, а як результат правильно організованої взаємодії між пацієнтом, фахівцем, родиною та медичним середовищем.

1.2. Психоосвітній підхід у структурі стоматологічної допомоги

У сучасній клінічній практиці дедалі очевиднішим стає те, що стоматологічне лікування не може бути повноцінно ефективним, якщо воно обмежується лише технічним виконанням маніпуляцій. Особливо це стосується пацієнтів з нейром'язовими та сенсорними порушеннями, для яких сама ситуація стоматологічного прийому може бути джерелом високої тривоги, дезорієнтації, сенсорного перевантаження, поведінкової дезадаптації або відмови від співпраці. У таких випадках особливого значення набуває психоосвітній підхід, який дозволяє включити пацієнта й його найближче оточення у процес лікування не формально, а усвідомлено, поступово і безпечно.

Психоосвіта в структурі стоматологічної допомоги – це системна форма професійної підтримки, спрямована на те, щоб зробити клінічну ситуацію для пацієнта зрозумілішою, передбачуванішою та психологічно контрольованою¹⁹. Її зміст значно ширший, ніж звичайне інформування про хід процедури. Вона передбачає пояснення того, що відбуватиметься під час візиту, навчання прийнятним способам взаємодії з лікарем, формування навичок поступової адаптації до стоматологічного середовища, зменшення страху перед інструментами та маніпуляціями, а також підготовку родини до ефективної участі в лікувальному процесі. У цьому розумінні психоосвіта є не допоміжним елементом, а повноцінною частиною клінічного протоколу.

Для пацієнтів із сенсорними порушеннями психоосвітній підхід особливо важливий через потребу в адаптованій комунікації та

¹⁹ Weber-Gasparoni K, Warren JJ, Reeve J. An effective psychoeducational intervention for early childhood caries prevention: part II. *Pediatr Dent*. 2013. Vol.35. P.247-251.

прогнозованості. Якщо людина не може повноцінно бачити, чути або обробляти сенсорну інформацію у звичному для більшості форматі, це не лише ускладнює сприйняття лікарських інструкцій, а й підвищує рівень внутрішньої напруги²⁰. Незнання того, що буде далі, відсутність часової та просторової орієнтації, надлишок незрозумілих відчуттів можуть перетворити стоматологічне лікування на досвід безпорадності. Саме тому попереднє пояснення, демонстрація, поетапне знайомство з кабінетом, використання візуальних, тактильних чи письмових підказок, а також узгодження сигналів зупинки чи перерви є клінічно значущими психоосвітніми діями.

Для пацієнтів з нейром'язовими порушеннями психоосвіта також має важливе значення, хоча її акценти можуть бути дещо іншими. У цій групі необхідно враховувати можливу швидку втомлюваність, труднощі позиціонування, мимовільні рухи, порушення мовлення або ковтання, а також потребу в супроводі з боку батьків чи доглядальників. Психоосвітня робота допомагає зменшити напруження перед візитом, сформувати більш реалістичні очікування, підготувати пацієнта до певного положення тіла, звуків, дотиків, послідовності дій та тривалості процедури. Крім того, вона дає можливість залучити родину до спільного планування лікування, що особливо важливо у випадках, коли домашній догляд безпосередньо впливає на прогноз стоматологічного статусу.

Психоосвітній підхід має і профілактичний потенціал. Регулярне навчання пацієнта та його оточення правилам гігієни порожнини рота, способам профілактики карієсу та захворювань пародонта, особливостям харчування, використанню адаптованих засобів гігієни, формуванню позитивного ставлення до профілактичних візитів знижує ризик занедбаних стоматологічних станів²¹. У пацієнтів з інвалідністю профілактика набуває особливого значення, оскільки відкладене лікування часто призводить до необхідності більш травматичних, довших і складніших втручань, які значно важче переносяться фізично та психологічно.

Не менш важливо, що психоосвіта виконує функцію відновлення суб'єктності пацієнта. Людина з інвалідністю нерідко опиняється в ситуації, коли рішення про неї ухвалюються без достатнього врахування її голосу, темпу сприйняття, способу комунікації та емоційного стану.

²⁰ Литовченко В.П. Медичне інтерв'ю в системі стоматологічної допомоги пацієнтам з особливими потребами. *Медичні перспективи*. 2022. Т. 27, № 4. С. 239-249. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2022.4.271238>

²¹ Гевкалюк Н.О. Яворська О.В. Психологічні підходи до когнітивно-поведінкової ігрової терапії та дистракції як засобів зниження тривожності та стресу в дитячій стоматології. *Вісник Міжнародного економіко-гуманітарного університету імені Академіка Степана Дем'янука*. 2025. №2. С. 63-73. <https://doi.org/10.32782/3041-2021/2025-4-9>

У стоматологічній практиці це може проявлятися в поспішних маніпуляціях, надлишковому тиску, зверненні лише до супроводжуючої особи, а не до самого пацієнта, ігноруванні його реакцій. Психоосвітній підхід, навпаки, спрямований на те, щоб пацієнт розумів клінічну ситуацію, міг у доступний спосіб висловити згоду, занепокоєння чи потребу в паузі, а також відчував, що його сприймають як повноцінного учасника лікувального процесу.

Водночас психоосвіта адресована не лише пацієнту й родині, а й самому медичному персоналу. Для лікаря-стоматолога та асистента важливо усвідомлювати, що ефективна взаємодія з пацієнтом з інвалідністю вимагає не тільки клінічної вправності, а й розуміння психологічної динаміки прийому. Фахівець має вміти розпізнавати ознаки перевантаження, паніки, емоційного виснаження, захисної поведінки або комунікативного відсторонення. Він повинен володіти навичками пояснення, заспокоєння, поетапного включення пацієнта у процедуру, а також здатністю змінити темп чи формат взаємодії без втрати професійної якості. У цьому аспекті психоосвітня компетентність стає частиною професійної зрілості стоматолога²².

Таким чином, психоосвітній підхід у структурі стоматологічної допомоги слід розглядати як міждисциплінарний інструмент, що поєднує клінічну доцільність, психологічну безпеку та освітню підтримку пацієнта. Його впровадження дозволяє не лише підвищити комплаєнс і поліпшити результати лікування, а й зробити сам процес стоматологічної допомоги більш гуманним, передбачуваним і справді інклюзивним.

Проблема надання стоматологічної допомоги пацієнтам з нейром'язовими та сенсорними порушеннями об'єктивно виходить за межі суто стоматологічної компетенції. У більшості випадків лікар має справу не лише з локальною патологією порожнини рота, а з комплексом медичних, функціональних, поведінкових, комунікативних і соціальних чинників, які взаємно впливають на перебіг лікування. Саме тому одним із фундаментальних принципів сучасної інклюзивної допомоги є міждисциплінарність.

Міждисциплінарний підхід передбачає не просте формальне залучення кількох фахівців, а змістовну координацію їхніх зусиль навколо конкретних потреб пацієнта²³. Для стоматологічної практики це особливо важливо, оскільки успішність лікування залежить не лише від стану зубощелепної

²² Левко О. Психологічні детермінанти і закономірності професійного становлення майбутніх стоматологів. *Психологія: реальність і перспективи*. 2025. № 25. С. 73-82. https://doi.org/10.35619/prap_rv.vi25.475

²³ Макеєв, В. Ф., Пупін, Т. І., Ключковська, Н. Р. Орофасціальний біль і скронево-нижньощелепна патологія. *Клінічна Стоматологія*, (1), 10–15. <https://doi.org/10.11603/2311-9624.2022.1.12954>

системи, а й від загального неврологічного статусу, можливостей позиціонування, рівня сенсорної толерантності, особливостей мовлення, ковтання, дихання, когнітивного функціонування, поведінкового контролю та родинного супроводу. Відповідно, повноцінне клінічне рішення нерідко формується на перетині знань стоматолога, психолога, невролога, реабілітолога, логопеда, спеціального педагога, сімейного лікаря та інших спеціалістів.

Ключова роль у цій системі належить стоматологу, однак його функція не повинна обмежуватися лише технічним лікуванням. У межах міждисциплінарної моделі саме стоматолог часто стає координатором клінічного маршруту пацієнта: визначає стоматологічні ризики, обирає пріоритетність втручання, оцінює необхідність адаптації прийому, ініціює консультації суміжних спеціалістів, узгоджує формат профілактичного супроводу. Така роль вимагає ширшого бачення, ніж традиційна модель вузької клінічної спеціалізації.

Важливим учасником міждисциплінарної взаємодії є клінічний психолог. Його внесок особливо відчутний у випадках підвищеної медичної тривожності, відмовної поведінки, сенсорного перевантаження, труднощів адаптації до лікувального середовища або негативного попереднього досвіду стоматологічного втручання²⁴. Психолог може допомогти в оцінці поведінкових тригерів, доборі способів емоційної підтримки, розробці підготовчих психоосвітніх матеріалів, формуванні індивідуальної стратегії контакту з пацієнтом і родиною. У деяких випадках саме попередня психологічна підготовка робить можливим подальше стоматологічне лікування без застосування надмірно травматичних або медикаментозно обтяжливих методів.

Не менш значущою є участь реабілітолога або фізичного терапевта. У пацієнтів з нейром'язовими порушеннями правильне позиціонування під час стоматологічного прийому може визначати не лише комфорт, а й безпеку лікування. Порушення м'язового тону, контрактури, нестабільність тулуба чи шийного відділу, труднощі утримання голови, ризик аспірації, швидка втомлюваність – усе це потребує спеціальних знань щодо фізичної підтримки пацієнта. Консультація реабілітолога дозволяє точніше визначити безпечне положення в кріслі, рекомендовану тривалість сесії, потребу в додаткових валиках, опорах чи зміні кута нахилу.

У низці випадків суттєвим є і внесок логопеда. Орофациальні порушення, дисфагія, труднощі артикуляції, порушення контролю язика,

²⁴ Цімболинець В.О. Психологічні детермінанти ефективної комунікації між лікарем стоматологічного профілю та пацієнтом. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2025. № 5. С.39-45. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2025.5/07>

губ і щелепного апарату можуть прямо впливати як на стоматологічний статус, так і на перебіг лікування. Логопедична оцінка допомагає краще зрозуміти функціональні причини порушення гігієни, наявність звичок, що сприяють формуванню патологічного прикусу, особливості ковтання, які потрібно враховувати під час маніпуляцій. Крім того, логопед може бути важливим посередником у питаннях альтернативної або підтримувальної комунікації.

У роботі з дітьми та підлітками, а також з особами, які мають значні труднощі адаптації, цінною є співпраця зі спеціальним педагогом. Такий фахівець може надати інформацію про звичні для пацієнта способи навчання, реакції на зміну середовища, ефективні підказки, візуальні алгоритми, поведінкові підкріплення. Це особливо важливо тоді, коли стоматологічне лікування вимагає не одноразового контакту, а тривалішої серії візитів із формуванням довготривалої моделі співпраці.

Окреме місце в міждисциплінарному супроводі належить родині або законним представникам пацієнта. У практичному сенсі саме вони найкраще знають повсякденний спосіб функціонування людини, її сенсорні тригери, доступні форми комунікації, ознаки втоми, страху або перевантаження, а також ефективні способи заспокоєння чи мотивації²⁵. Участь родини не повинна сприйматися як формальна допомога в організації візиту. Вона є повноцінним елементом клінічного партнерства, без якого часто неможливі ні якісна профілактика, ні стабільний післяпроцедурний догляд, ні підтримання навичок домашньої гігієни.

Міждисциплінарність є важливою також з точки зору профілактики професійних помилок. Коли пацієнт розглядається лише крізь одну дисциплінарну оптику, зростає ризик звуження проблеми, недооцінки неочевидних факторів і вибору надто прямолінійного клінічного рішення. Командний підхід дозволяє повніше оцінити ситуацію, попередити ускладнення, підвищити передбачуваність лікування та зменшити емоційне навантаження на самого лікаря. У складних випадках він стає не ознакою надмірної перестороги, а проявом професійної відповідальності.

Таким чином, міждисциплінарність у роботі з пацієнтами з інвалідністю є не додатковою опцією, а необхідною умовою якісної інклюзивної стоматологічної допомоги. Вона дозволяє інтегрувати клінічний, психологічний, функціональний, освітній і соціальний ресурси в єдину модель підтримки, де стоматологічне лікування стає частиною більш широкої системи збереження здоров'я, гідності та якості життя людини.

²⁵ Галія О.І., Борисенко З.Т. Психологічні аспекти супроводу батьків дітей з особливими освітніми потребами. 2019 р., № 2, Т. 2. С.44-49.

2. Клініко-соціальна характеристика пацієнтів з нейром'язовими та сенсорними порушеннями

2.1. Медико-функціональні особливості пацієнтів з нейром'язовими порушеннями

Пацієнти з нейром'язовими порушеннями становлять клінічно неоднорідну, проте об'єднану низкою спільних функціональних труднощів групу, для якої стоматологічна допомога потребує особливої адаптації. До цієї категорії можуть належати особи з дитячим церебральним паралічем, спінальними м'язовими атрофіями, м'язовими дистрофіями, наслідками черепно-мозкових травм, органічними ураженнями центральної нервової системи, спастичними синдромами, парезами, порушеннями координації рухів та іншими станами, що впливають на моторну функцію, м'язовий тонус, витривалість, контроль пози та рівень функціональної незалежності.

З позицій стоматологічної практики принциповим є те, що нейром'язові порушення не обмежуються лише загальною руховою дисфункцією. Вони часто безпосередньо зачіпають орофакіальну сферу, впливаючи на жування, ковтання, артикуляцію, контроль нижньої щелепи, губ, язика, миміки, а також на здатність пацієнта підтримувати стабільне положення голови та відкриття рота протягом необхідного часу²⁶. У частини пацієнтів спостерігаються мимовільні рухи, тремор, дистонічні реакції, спастичність або, навпаки, виражена м'язова слабкість, що ускладнює як діагностичний етап, так і виконання лікувальних маніпуляцій.

Окрему складність становить позиціонування пацієнта в стоматологічному кріслі. Стандартне горизонтальне положення не завжди є безпечним або комфортним. За наявності порушень постурального контролю, нестабільності шийного відділу, контрактур, деформацій хребта, зниженого контролю ковтання чи підвищеного ризику аспірації необхідне індивідуальне налаштування положення тіла, використання підтримуючих валиків, адаптивних фіксаторів, а іноді й скорочення часу маніпуляції до кількох коротких етапів. Лікареві в таких ситуаціях важливо враховувати не лише зручність доступу до операційного поля, а насамперед безпечність і фізіологічну переносимість процедури для самого пацієнта.

Вагомим клінічним чинником є швидка фізична виснажуваність. Пацієнти з нейром'язовими порушеннями часто мають обмежений функціональний ресурс, тому навіть відносно нетривалий стоматологічний прийом може викликати перенапруження, посилення м'язового тонусу,

²⁶ Sjögren L., Bengtsson L. Congenital or Early Developing Neuromuscular Diseases Affecting Feeding, Swallowing and Speech – A Review of the Literature from January 1998 to August 2021. Journal of Neuromuscular Diseases. 2022. Vol. 9. <https://doi.org/10.3233/JND-210772>

дискомфорт, дратівливість або втрату здатності до співпраці²⁷. Це вимагає особливо ретельного планування часу прийому, пріоритетності втручань, послідовності маніпуляцій та темпу роботи. У багатьох випадках клінічно виправданим є проведення лікування у форматі коротких структурованих візитів замість одного довготривалого.

Не менш важливими є труднощі, пов'язані з повсякденною гігієною порожнини рота. Через порушення тонкої моторики, координації рухів, слабкість кистей, обмеження самостійності або потребу в сторонній допомозі значна частина пацієнтів не може ефективно виконувати гігієнічні процедури без підтримки. Це створює умови для накопичення зубного нальоту, розвитку карієсу, запальних захворювань пародонта, формування неприємного запаху з рота, вторинного дискомфорту та зниження якості життя. У деяких випадках ситуацію ускладнюють труднощі жування, вибір м'якої вуглеводної їжі, пролонговане годування, дисфагія, а також застосування медикаментів, що впливають на стан слизової оболонки порожнини рота або слиновиділення.

У клінічному сенсі важливо також враховувати комунікативні особливості цієї групи. Не всі пацієнти з нейром'язовими порушеннями мають когнітивні труднощі, однак у частини з них можуть бути обмеження мовлення, сповільнена реакція, труднощі вираження дискомфорту, втомлюваність під час розмови або залежність від альтернативних засобів комунікації. Це потребує від стоматолога терпіння, чіткої структури інструкцій, достатнього часу на відповідь і готовності працювати не за прискореним шаблоном, а в ритмі, доступному для конкретної людини.

Таким чином, медико-функціональна характеристика пацієнтів з нейром'язовими порушеннями свідчить про необхідність глибоко індивідуалізованого підходу до стоматологічної допомоги. Основною клінічною особливістю цієї групи є поєднання соматичних, моторних, орофакціальних і поведінково-комунікативних чинників, які взаємно впливають на перебіг лікування²⁸. Саме тому ефективна стоматологічна тактика в таких випадках має формуватися не лише з урахуванням нозологічного діагнозу, а передусім на основі реального функціонального профілю пацієнта.

²⁷ Patil P., Singh G., Patil S. Dentistry and the myasthenia gravis patient: a review of the current state of the art. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 2012. Vol. 114. P.132-138.

²⁸ Kaushik A., Bhatnagar A., Kaur T. Removable Prosthodontic Considerations for Patients Having Neurologic and Neuromuscular Disorders. *Journal of the International Clinical Dental Research Organization*. 2022. Vol. 14(1). P 24-30. DOI: 10.4103/jicdro.jicdro_57_20

2.2. Особливості пацієнтів із сенсорними порушеннями

Пацієнти із сенсорними порушеннями також становлять клінічно значущу групу, для якої стоматологічна допомога повинна бути адаптована з урахуванням особливостей сприйняття інформації, орієнтації в просторі, комунікації та емоційної реактивності. До цієї категорії належать особи з порушеннями зору, слуху, комбінованими сенсорними порушеннями, а також пацієнти з вираженою сенсорною гіперчутливістю, для яких стандартне стоматологічне середовище може бути перевантажувальним і дезорганізуючим.

У випадку порушення зору суттєвого значення набуває проблема просторової орієнтації та передбачуваності медичного середовища. Візит до стоматолога для такої людини пов'язаний не лише з лікуванням, а й із необхідністю адаптації до нового простору, розташування меблів, звуків, тактильних відчуттів, голосів персоналу та незнайомого обладнання²⁹. Те, що для більшості пацієнтів є звичним візуальним сигналом, для людини з порушенням зору втрачає інформативність. Саме тому у стоматологічному кабінеті важливими стають чіткі словесні пояснення, попередження про кожну дію, тактильне ознайомлення з предметами, дотримання сталої послідовності маніпуляцій і спокійний, уважний стиль комунікації.

Пацієнти з порушенням слуху, своєю чергою, часто стикаються з труднощами сприйняття вербальних інструкцій, особливо в умовах, коли лікар працює в масці, швидко говорить або не підтримує зорового контакту. Навіть незначні комунікативні неточності можуть призводити до нерозуміння, тривоги, помилкової інтерпретації дій лікаря та зниження співпраці. У таких випадках особливої ваги набуває візуальна доступність інформації: письмові пояснення, жести, піктограми, короткі структуровані повідомлення, попередньо узгоджені сигнали зупинки, а за потреби – участь перекладача жестової мови або супроводжуючої особи. Важливим є також етичний аспект: лікар повинен звертатися безпосередньо до пацієнта, а не говорити про нього в третій особі через супровід.

У пацієнтів із комбінованими сенсорними порушеннями, зокрема при одночасному порушенні зору й слуху, ситуація ускладнюється ще більше, оскільки традиційні моделі інформування стають малоефективними або недоступними. Тут потрібне максимально індивідуальне планування комунікації, часто з опорою на дотик, звичні для пацієнта канали взаємодії, сталі ритуали, супровід підготовленої особи та мінімізацію несподіваних

²⁹ Шпак С. В., Деньга О. В. Стоматологічний статус дітей з сенсорною депривацією зору. *Актуальні питання стоматології: наук.-практ. конф. з всеукраїнською участю, присвячена 65-річчю від дня заснування стоматологічного факультету ОНМедУ. Одеса, 19 вересня 2023 року: тези доп.* – Одеса. С. 52-55.

змін у процесі лікування. Для таких пацієнтів критично важливою є стабільність середовища та відсутність хаотичних подразників.

Окремо слід виділити пацієнтів із сенсорною гіперчутливістю, у яких стоматологічне середовище може викликати різке перевантаження через яскраве світло, шум турбіни, вібрацію, запахи матеріалів, дотик до обличчя, зміни температури або смаку. У деяких випадках ці реакції спостерігаються в межах нейророзвиткових станів, однак вони можуть бути присутні і за відсутності окремого специфічного діагнозу³⁰. Для стоматолога важливо розуміти, що така реакція не є «примхою» або навмисною відмовою від співпраці. Йдеться про реальний фізіологічний і психологічний дистрес, який може виявлятися як різке напруження, моторне уникання, плач, агресивна реакція, закриття рота, відсторонення або повна дезорганізація поведінки.

Клінічна робота з пацієнтами із сенсорними порушеннями вимагає особливої уваги до способу подачі інформації. Стоматологічна допомога, що здійснюється без адаптації комунікації, для такої людини нерідко стає досвідом втрати контролю. Навіть технічно коректне втручання може сприйматися як травматичне, якщо пацієнт не розуміє послідовності дій, не має можливості передбачити наступний етап або не володіє доступним способом повідомити про біль, страх чи потребу в паузі. Саме тому сенсорні порушення мають розглядатися не як другорядний супровідний чинник, а як одна з центральних характеристик, що визначає формат стоматологічної взаємодії.

Таким чином, особливості пацієнтів із сенсорними порушеннями полягають у зміненому способі сприйняття клінічного середовища, підвищеній потребі в адаптованій комунікації, більшій залежності від передбачуваності та структурованості ситуації, а також у вразливості до сенсорного перевантаження. Усе це вимагає від стоматолога не лише фахової уважності, а й розвиненої чутливості до того, як саме пацієнт переживає сам факт перебування в медичному просторі.

Стоматологічний статус пацієнтів з нейром'язовими та сенсорними порушеннями нерідко характеризується підвищеною вразливістю до карієсу, його ускладнень, захворювань пародонта, порушень оклюзії, функціональних розладів зубощелепної системи та погіршення гігієнічного стану порожнини рота. При цьому важливо підкреслити, що стоматологічні проблеми в цієї категорії пацієнтів зазвичай є наслідком не одного, а сукупності чинників, серед яких медичні,

³⁰ Duker L. Association between Oral Care Challenges and Sensory Over-Responsivity in Children with Down Syndrome. *International journal of paediatric dentistry*. 2021. P 547-557. <https://doi.org/10.1111/ipd.12933>

функціональні, поведінкові, харчові та організаційні аспекти тісно переплітаються.

Однією з найпоширеніших проблем є високий рівень каріозного ураження зубів. Він пов'язаний із труднощами регулярної та якісної гігієни, частим вживанням м'якої або вуглеводної їжі, залежністю від сторонньої допомоги у догляді, труднощами полоскання рота, порушеннями жування та очищення зубних поверхонь під час прийому їжі. У деяких пацієнтів ризик карієсу посилюється через медикаментозну терапію, особливо за наявності препаратів, що знижують слиновиділення, змінюють склад слини або містять підсолоджені компоненти у рідких лікарських формах.

Не менш значущими є запальні захворювання пародонта. Хронічне накопичення зубного нальоту, складність механічного очищення важкодоступних ділянок, обмежений контроль над рухами рук, недостатня кооперація під час професійної гігієни, а також несистемний догляд з боку родини формують умови для розвитку гінгівіту та прогресування пародонтальних змін³¹. За відсутності раннього втручання це може призводити до кровоточивості ясен, болю, неприємного запаху з рота, рухомості зубів і додаткового зниження якості життя.

Для частини пацієнтів характерні й порушення прикусу, аномалії положення зубів, дисфункціональні оральні звички, бруксизм, патологічне стирання твердих тканин зубів, дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба. При нейром'язових порушеннях це часто пов'язано з атиповим м'язовим тонусом, дискоординацією орофациальної мускулатури, порушеним патерном ковтання, тривалим використанням м'якої їжі, відкритим ротом, ротовим диханням, гіперсаливацією або, навпаки, сухістю в порожнині рота. Такі стани не завжди одразу сприймаються як стоматологічна проблема, однак вони суттєво впливають на функціональність зубощелепної системи та можуть ускладнювати як профілактику, так і лікування.

Особливої уваги потребує ризик травматичних ушкоджень зубів і м'яких тканин. У пацієнтів із порушенням координації рухів, спастичністю, судомною готовністю або нестабільністю положення тіла травми можуть виникати частіше, ніж у загальній популяції³². Це стосується як побутових ушкоджень, так і самотравмування при різких мимовільних рухах, бруксизмі або неконтрольованому стисканні щелеп.

³¹ Waldron C. Oral hygiene interventions for people with intellectual disabilities. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019, Vol. 5. DOI: 10.1002/14651858.CD012628.pub2

³² Devi K P, Tewari N, O'Connell A, Risk factors associated with traumatic dental injuries in individuals with special healthcare needs-A systematic review and meta-analysis. *Dent Traumatol*. 2024 Vol. 40(1) P91-110. doi: 10.1111/edt.12882.

У такій ситуації стоматолог має не тільки лікувати наслідки травми, а й брати участь у профілактичному плануванні, зокрема рекомендувати захисні конструкції або скеровувати пацієнта на додаткову консультацію суміжних фахівців.

У частини пацієнтів спостерігаються зміни слизової оболонки порожнини рота, ксеростомія, кандидозні ураження, тріщини губ, травматичні ушкодження язика й щік, пов'язані з медикаментозним навантаженням, порушенням гідратації, незадовільною гігієною, труднощами ковтання, особливостями харчування або зниженням здатності до самоконтролю оральних функцій. Такі стани часто залишаються недооціненими, особливо якщо основна увага медичної команди зосереджена на базовому захворюванні пацієнта.

Окремим чинником стоматологічного ризику є відкладене звернення по допомогу. Для багатьох пацієнтів з інвалідністю стоматологічний візит відбувається вже на стадії вираженого болю або ускладнення, коли профілактичні можливості втрачені, а лікування стає складнішим, дорожчим, довшим і психологічно більш навантажувальним. Це пов'язано як з об'єктивними труднощами доступу до стоматологічної служби, так і з униканням лікування через страх, попередній негативний досвід, відсутність адаптованих умов або недовіру до спроможності клініки врахувати індивідуальні потреби пацієнта.

Отже, типові стоматологічні проблеми цієї категорії пацієнтів слід розглядати в контексті сукупного ризику, сформованого не лише станом зубощелепної системи, а й загальним функціональним статусом, рівнем повсякденної підтримки, доступністю профілактики та організацією медичної допомоги. Такий підхід дає змогу перейти від епізодичного лікування окремих уражень до системного супроводу стоматологічного здоров'я³³.

Поряд із клінічними та функціональними особливостями, суттєвий вплив на стоматологічне здоров'я пацієнтів з нейром'язовими та сенсорними порушеннями мають соціально-психологічні чинники. Саме вони часто визначають, чи буде людина взагалі звертатися по допомогу, наскільки регулярними будуть профілактичні візити, як формуватиметься ставлення до стоматологічного лікування та чи стане медична взаємодія для пацієнта ресурсною, чи, навпаки, травматичною.

Однією з провідних соціально-психологічних детермінант є медична тривожність. Для багатьох людей з інвалідністю стоматологічне лікування

³³ Стоматологічна допомога дорослим та дітям. URL.: https://nszu.gov.ua/gromadianam/bezoplatni-poslugi-v-programi-medicnix-garantii-20-1/ambulatorni-poslugi-1/stomatologicna-dopomoga-doroslim-ta-ditiam?utm_source=chatgpt.com (дата звернення 19.04.2026).

асоціюється з болем, примусовістю, нерозумінням, поспіхом з боку персоналу, відсутністю пояснень і відчуттям втрати контролю. Якщо попередній досвід був негативним, навіть потреба у невідкладній допомозі не завжди долає страх перед повторним зверненням. У пацієнтів із сенсорними порушеннями тривога може бути пов'язана з невизначеністю, нездатністю передбачити дії лікаря чи комунікативною недоступністю ситуації. У пацієнтів з нейром'язовими порушеннями – з фізичним дискомфортом, складністю позиціонування, страхом виснаження, болю чи безпорадності під час маніпуляції.

Суттєву роль відіграє і якість попереднього досвіду взаємодії з медичною системою. Якщо людина або її родина стикалися з байдужістю, стигматизуючими висловлюваннями, інфантилізацією, відмовою в прийомі, небажанням адаптувати процедуру або перекладанням відповідальності на інших фахівців, формується стійке уникання стоматологічної допомоги³⁴. У таких випадках навіть добре організований прийом може спочатку сприйматися з недовірою. Це означає, що лікар працює не лише з поточним клінічним станом, а й із наслідками попередньої психологічної травмизації.

Вагомою детермінантою є роль родини або осіб, які здійснюють щоденний догляд. Саме вони найчастіше організовують запис на прийом, транспортування пацієнта, домашню гігієну, контроль харчування та виконання рекомендацій. Водночас сім'я сама може перебувати у стані хронічної втоми, емоційного виснаження, фінансового навантаження або медичної дезорієнтації. Якщо доглядальники не мають достатньої підтримки чи зрозумілих інструкцій, стоматологічна профілактика відходить на другий план порівняно з іншими, на їхню думку, більш нагальними проблемами. Тому в клінічній роботі важливо бачити не лише пацієнта, а й ресурсний або виснажений стан його мікросоціального оточення.

На доступ до стоматологічної допомоги істотно впливають транспортні, економічні та організаційні чинники. Складність дістатися до клініки, необхідність спеціального транспорту, тривале очікування, відсутність зручного запису, потреба у супроводі кількох осіб або високі витрати на адаптоване лікування можуть перетворювати навіть плановий огляд на надмірно складне завдання. У таких умовах стоматологічне здоров'я нерідко стає сферою відкладених рішень, що зрештою призводить до накопичення занедбаних клінічних станів.

³⁴ Krishnan L, Iyer K, Madan K. Barriers to utilisation of dental care services among children with special needs: A systematic review. *Indian J Dent Res*. 2020. Vol.31(3) P:486-493. doi: 10.4103/ijdr.IJDR_542_18.

Соціально-психологічний вимір включає також проблему стигматизації. Люди з інвалідністю та їхні родини часто стикаються з явними або прихованими установками щодо «складності», «незручності» чи «безперспективності» лікування³⁵. Це може проявлятися в униканні прямого контакту з пацієнтом, звертанні лише до супроводжуючої особи, заниженні очікувань щодо співпраці, відсутності спроб пояснити процедуру чи залучити людину до прийняття рішень. Таке ставлення не лише принижує гідність пацієнта, а й фактично зменшує шанси на формування терапевтичного альянсу.

Не можна оминати і проблему самостигматизації. Частина пацієнтів із часом звикає до думки, що стоматологічна допомога для них є надто складною, недоступною або такою, що все одно завершиться невдачею. У родин також може формуватися переконання, що регулярні профілактичні візити не мають сенсу, бо лікування буде неповним, травматичним чи тимчасовим. Подолання таких настанов потребує не лише клінічного професіоналізму, а й уважної, недискримінаційної, підтримувальної комунікації.

Таким чином, доступ до стоматологічної допомоги для пацієнтів з нейром'язовими та сенсорними порушеннями визначається не лише наявністю медичної потреби. Він формується на перетині психологічного досвіду, ресурсів родини, рівня довіри до системи охорони здоров'я, логістичних можливостей, суспільних установок і якості міжособистісної взаємодії з медичним персоналом. Саме тому соціально-психологічні детермінанти мають розглядатися як повноцінна частина клінічного аналізу, а не як другорядний фон стоматологічного лікування.

Отже, пацієнти з нейром'язовими та сенсорними порушеннями є неоднорідною, проте клінічно вразливою групою, для якої стоматологічна допомога повинна будуватися на засадах функціональної чутливості, індивідуалізації та інклюзивності. Їхні особливості не вичерпуються базовим діагнозом і не можуть бути адекватно оцінені лише в межах традиційної стоматологічної схеми огляду. На стан порожнини рота, можливість співпраці, переносимість втручання та результативність лікування впливають моторні, сенсорні, орофакціальні, комунікативні, психологічні та соціальні чинники, які мають розглядатися у взаємозв'язку.

Клініко-соціальна характеристика цієї категорії пацієнтів переконливо свідчить, що успішність стоматологічної допомоги визначається не лише вибором лікувальної технології, а й глибиною розуміння способу життя

³⁵ King G, Pozniak K, Teplicky R, Earl S. The experiences of parents of children with disabilities receiving healthcare services: Negative emotions and associated situations. *Res Dev Disabil*. 2025. Jan;156:104896. doi: 10.1016/j.ridd.2024.104896.

пацієнта, його функціональних можливостей, досвіду взаємодії з медичною системою та рівня підтримки з боку оточення. Саме це створює підґрунтя для подальшого аналізу бар'єрів, що перешкоджають доступній і якісній стоматологічній допомозі, та обґрунтування адаптивних клінічних стратегій інклюзивного лікування.

3. Бар'єри в організації та реалізації стоматологічної терапії

3.1. Архітектурно-організаційні бар'єри

Однією з ключових причин недостатньої доступності стоматологічної допомоги для пацієнтів з нейром'язовими та сенсорними порушеннями є наявність архітектурно-організаційних бар'єрів, які супроводжують людину ще до безпосереднього початку лікування. У багатьох випадках саме вони визначають, чи стане стоматологічний візит реалістично можливим, чи буде відкладений на невизначений час³⁶. У структурі інклюзивної медичної допомоги ці бар'єри мають розглядатися не як другорядні технічні недоліки, а як фактори, що безпосередньо впливають на своєчасність звернення, емоційний стан пацієнта, рівень довіри до клініки та загальну результативність лікувального процесу.

Для осіб з нейром'язовими порушеннями істотною перешкодою часто стає фізична недоступність самого стоматологічного простору. Йдеться не лише про відсутність пандусів чи підйомників, а й про вузькі дверні прорізи, незручні сходи, тісні коридори, відсутність достатнього простору для маневрування крісла колісного, незручне розташування реєстратури, санітарних кімнат або кабінетів. Навіть якщо заклад формально вважається доступним, його внутрішня організація може виявитися неадаптованою для безпечного пересування, пересадки пацієнта, очікування в черзі чи супроводу кількома особами. У таких ситуаціях відвідування стоматолога стає не рутинною медичною процедурою, а складним фізичним випробуванням як для самого пацієнта, так і для його родини.

Для осіб із сенсорними порушеннями архітектурна доступність тісно пов'язана з якістю навігації та орієнтації у просторі. Невизначені маркування кабінетів, відсутність зрозумілих візуальних або тактильних орієнтирів, перевантаженість простору вивісками, шумове середовище, незрозуміла маршрутизація від входу до місця прийому підвищують рівень дезорієнтації та тривоги³⁷. Якщо пацієнт уже на етапі входу до клініки

³⁶ Пріоритети та виклики політики безбар'єрності: аналітичні матеріали до розробки Плану заходів на 2025-2026 роки з реалізації Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні. – Київ: НІСД, 2024. – 136 с.

³⁷ Parastoo Z. A. Scoping Review of the Impact of Environmental Design on Wayfinding for People With Sensory Impairment. *Sage journals*. 2025. Vol. 19. <https://doi.org/10.1177/19375867251391361>

переживає невпевненість, дезорганізацію чи сенсорне перенавантаження, це створює додатковий ризик зриву комунікації та зниження готовності до лікування.

Серйозною організаційною проблемою є і недосконалість системи запису на прийом. У багатьох стоматологічних практиках запис відбувається без попереднього уточнення функціональних, комунікативних чи поведінкових особливостей пацієнта. У результаті лікар і персонал виявляються неготовими до адаптованого прийому, а пацієнт – до середовища, яке не враховує його потреб. Відсутність попереднього збору інформації про необхідність фізичної допомоги, спеціального часу на адаптацію, присутності супроводжуючої особи, потреби в тихішому часовому слоті чи комунікативній підтримці унеможливує повноцінну підготовку візиту. Це особливо критично у випадках, коли навіть незначні зміни плану або надмірне очікування можуть спровокувати емоційне виснаження або відмову від співпраці.

Не менш важливою є проблема часової організації стоматологічного прийому. Типова модель роботи багатьох клінік орієнтована на високу пропускну спроможність, чітко регламентований короткий час консультації та мінімізацію пауз між пацієнтами. Такий формат може бути ефективним для стандартного потоку, але він не відповідає потребам осіб з інвалідністю, для яких прийом часто вимагає додаткового часу на знайомство, адаптацію, позиціонування, налагодження комунікації та поступове включення у лікувальний процес. Коли система не залишає простору для гнучкості, виникає конфлікт між ритмом клініки та реальними можливостями пацієнта.

Додатковим організаційним бар'єром виступає відсутність чітких алгоритмів маршрутизації складних клінічних випадків. У практиці нерідко трапляються ситуації, коли пацієнт звертається до стоматологічного закладу, але установа не має ні підготовленого персоналу, ні обладнання, ні механізму перенаправлення до більш адаптованого центру³⁸. У результаті людина або отримує відмову, або опиняється в ситуації багаторазового безрезультатного перенаправлення. Для родини це означає втрату часу, посилення недовіри й відчуття безпорадності, а для самого пацієнта – часто загострення клінічного стану через відкладене лікування.

Таким чином, архітектурно-організаційні бар'єри в стоматології є не лише питанням побутового комфорту чи сервісної якості. Вони формують базовий рівень доступності допомоги, визначають реальну можливість

³⁸ Alwadi, M.A., AlJameel, A.H., Baker, S.R. et al. Access to oral health care services for children with disabilities: a mixed methods systematic review. *BMC Oral Health* 24. 2024. Vol. 24, <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04767-9>

звернення, впливають на психоемоційний стан пацієнта та безпосередньо позначаються на своєчасності, безпечності й ефективності лікування. У межах інклюзивної моделі стоматології усунення цих бар'єрів є не факультативною перевагою закладу, а необхідною умовою професійної відповідальності.

Поряд з архітектурно-організаційними перешкодами, суттєву роль у зниженні доступності стоматологічної допомоги для пацієнтів з нейром'язовими та сенсорними порушеннями відіграють клініко-технологічні обмеження. Їхня специфіка полягає в тому, що навіть за наявності доброї мотивації лікаря та позитивного ставлення до пацієнта стандартний арсенал стоматологічних засобів і протоколів часто виявляється недостатнім для повноцінної реалізації лікування. У таких випадках проблема виникає не лише через складність клінічної ситуації, а через невідповідність між типовими технологічними рішеннями та індивідуальними функціональними потребами пацієнта.

Одним із найпоширеніших обмежень є труднощі проведення стандартного стоматологічного огляду. Для пацієнтів з нейром'язовими порушеннями проблемою можуть бути нестабільне положення тіла, неможливість тривалого утримання відкритого рота, мимовільні рухи, підвищений або змінений м'язовий тонус, гіперсаливація, блювотний рефлекс, порушення ковтання або підвищений ризик аспірації³⁹. За таких умов рутинний огляд вимагає додаткової підготовки, корекції позиціонування, зміни інструментального підходу та часто – значно більшого часу, ніж передбачено стандартним форматом консультації.

У пацієнтів із сенсорними порушеннями клінічні труднощі нерідко виникають не стільки на рівні технічного доступу до порожнини рота, скільки на етапі прийняття і перенесення самої процедури. Світло стоматологічної лампи, шум наконечників, вібрація, дотик до обличчя, смак і запах матеріалів, відчуття води чи слини в ротовій порожнині можуть сприйматися як надмірно інтенсивні або непередбачувані стимули. У результаті процедура, яка з позицій лікаря є стандартною, для пацієнта перетворюється на сенсорно перевантажувальну. Це ускладнює виконання навіть нескладних маніпуляцій і вимагає перегляду звичних клінічних алгоритмів.

Важливим клініко-технологічним обмеженням є складність проведення рентгенологічного обстеження. Прицільні знімки, ортопантомографія

³⁹ M Baeder F, F Silva D, Cl de Albuquerque A, Tbr Santos M. Conscious Sedation with Nitrous Oxide to control Stress during Dental Treatment in Patients with Cerebral Palsy: An Experimental Clinical Trial. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2017. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1470>

або інші методи візуалізації потребують певного рівня стабільності положення, розуміння інструкцій і готовності переносити процедуру без різких рухів. У пацієнтів з вираженими моторними порушеннями або сенсорною непереносимістю ці умови не завжди можуть бути дотримані. У підсумку діагностичний процес стає менш точним або потребує пошуку альтернатив, що не завжди доступні в умовах звичайної амбулаторної практики.

Окрему проблему становить виконання тривалих або багатокомпонентних втручань. Стандартні підходи до терапевтичного, ендодонтичного, ортопедичного чи хірургічного лікування нерідко розраховані на достатній рівень статичної витривалості пацієнта та його здатність зберігати стабільну співпрацю впродовж усієї процедури. Для осіб з інвалідністю це часто є нереалістичним⁴⁰. Через втому, посилення дискомфорту, зниження толерантності до подразників або порушення постурального контролю навіть технічно нескладне лікування може вимагати поділу на кілька етапів, скорочення тривалості маніпуляції, зміни послідовності втручань або вибору менш інвазивного клінічного рішення.

Клініко-технологічні труднощі пов'язані також із потребою в додаткових засобах підтримки та безпеки. Ідеться про використання позиціонерів, роторозширювачів, відсмоктувачів зі зміненою траєкторією утримання, засобів для фіксації або стабілізації положення, а інколи й спеціального анестезіологічного супроводу. Проблема полягає в тому, що не всі практики мають доступ до такого оснащення або достатній досвід його безпечного використання. За відсутності відповідного технологічного ресурсу навіть мотивований лікар об'єктивно обмежений у можливості надати адаптовану допомогу.

Особливу увагу слід приділити контролю болю, тривоги та поведінкових реакцій. У багатьох випадках пацієнтам з вираженими функціональними обмеженнями недостатньо звичайних способів психологічного заспокоєння або стандартної місцевої анестезії. Частина клінічних ситуацій вимагає седації, участі анестезіолога або лікування в умовах спеціалізованого стаціонару. Проте доступ до таких форм допомоги є обмеженим, а маршрутизація до відповідних центрів – не завжди відпрацьованою. Унаслідок цього пацієнти або отримують неповне лікування, або роками перебувають у зоні відкладеного втручання.

Таким чином, клініко-технологічні обмеження в стоматології не можуть розглядатися лише як питання технічної оснащеності. Вони відображають

⁴⁰ Geddis-Regan AR, Gray D, Buckingham S, British Society for Disability and Oral Health. The use of general anaesthesia in special care dentistry: A clinical guideline from the British Society for Disability and Oral Health. *Spec Care Dentist*. 2022 Vol.42(S1) P 3-32. doi: 10.1111/scd.12652.

глибшу проблему невідповідності стандартних лікувальних моделей реальним функціональним і сенсорним потребам пацієнтів з інвалідністю. Подолання цих обмежень потребує не лише модернізації обладнання, а й перегляду самої логіки клінічного мислення – від жорсткого дотримання шаблонного протоколу до гнучкої, індивідуалізованої терапевтичної стратегії.

У структурі бар'єрів, що ускладнюють стоматологічну допомогу пацієнтам з нейром'язовими та сенсорними порушеннями, особливе місце посідають комунікативно-психологічні труднощі⁴¹. Саме вони нерідко стають головною причиною зриву лікування навіть тоді, коли клінічні умови та технічні можливості дозволяють провести необхідне втручання. На відміну від суто організаційних або технологічних перешкод, ці труднощі часто мають менш очевидний характер, проте їхній вплив на результат лікування є надзвичайно вагомим.

Комунікація в стоматологічній практиці виконує значно ширшу функцію, ніж просто передача інструкцій. Вона формує рівень довіри, створює відчуття безпеки, забезпечує передбачуваність клінічної ситуації, дозволяє пацієнтові орієнтуватися в послідовності подій і повідомляти про свій стан. Якщо цей канал є порушеним або недостатньо адаптованим, у пацієнта зростає тривога, а лікувальний процес втрачає психологічну керованість. Для осіб із сенсорними порушеннями така проблема є особливо актуальною, оскільки частина звичних засобів комунікації для них або недоступна, або малоефективна. Для пацієнтів з нейром'язовими порушеннями труднощі можуть бути пов'язані з дизартрією, повільним темпом мовлення, швидкою втомою, неможливістю оперативного висловити біль або дискомфорт.

Однією з типових проблем є невідповідність мови лікаря можливостям сприйняття пацієнта. Надто швидкі пояснення, використання складної професійної лексики, багатокомпонентні інструкції, відсутність пауз для осмислення інформації або перевірки її розуміння нерідко призводять до того, що пацієнт формально присутній у ситуації лікування, але фактично не включений у неї як суб'єкт. У подальшому це може проявитися у пасивному опорі, страху, розгубленості або відмові від співпраці. Особливо небезпечним є те, що така реакція іноді помилково трактується персоналом як «проблемна поведінка», хоча насправді є наслідком комунікативної недоступності середовища.

Значну роль відіграє і психологічний досвід попередніх контактів із медичною системою. Для багатьох пацієнтів стоматологічний кабінет

⁴¹ Al-Mashhadani S. Barriers and Facilitators to Dental Care Services Utilization Among Children With Disabilities: A Systematic Review and Thematic Synthesis. *Health Expect.* 2024. Vol. 27(5):e70049. doi: 10.1111/hex.70049.

є простором асоціацій із болем, примусовістю, поспіхом, осудом, соромом або приниженням. Якщо раніше людина стикалася з ігноруванням своїх реакцій, насильницьким утриманням, відмовою в поясненнях або байдужістю до її страху, кожен наступний контакт із лікарем буде відбуватися на тлі підвищеної настороженості. У таких випадках навіть нейтральна клінічна ситуація може запускати сильний захисний відгук: напруження, уникання, замикання, плач, агресивність або повну відмову від втручання.

Окремою проблемою є інфантилізація пацієнтів з інвалідністю. У стоматологічній практиці це може проявлятися в тому, що лікар звертається не до самої людини, а виключно до супроводжуючої особи, ігнорує спроби пацієнта брати участь у розмові, використовує знецінювально-поблажливий тон або приймає рішення без достатнього залучення самого пацієнта. Такий стиль взаємодії не лише порушує етичні принципи, а й істотно підриває терапевтичний альянс. Людина втрачає відчуття контролю та значущості, що посилює емоційну напругу і знижує готовність до співпраці.

Не менш важливим є питання психологічної гнучкості самого лікаря. Робота з пацієнтами, які потребують більше часу, чутливості та адаптації, вимагає від фахівця здатності витримувати повільніший темп, непередбачувані реакції, необхідність змінювати план або робити паузи⁴². Якщо стоматолог перебуває у стані поспіху, емоційного виснаження чи внутрішньої неготовності до такої роботи, це неминуче відображається на стилі комунікації. Напруження лікаря швидко передається пацієнтові, а відсутність терплячої присутності перетворює прийом на взаємно виснажливий досвід.

Комунікативно-психологічні труднощі посилюються також у разі відсутності узгоджених способів подачі сигналів під час лікування. Пацієнт має розуміти, яким чином він може повідомити про біль, перевантаження, страх або потребу в зупинці. Якщо такого механізму не існує, людина переживає лікування як ситуацію, у якій вона не має жодного впливу на перебіг подій. Для пацієнтів з інвалідністю, особливо з попереднім негативним досвідом, це є одним із найсильніших чинників психологічного дистресу.

Отже, комунікативно-психологічні труднощі не є фоновими чи другорядними перешкодами у стоматологічній практиці. Вони безпосередньо визначають можливість встановлення контакту, рівень

⁴² Holzinger A. Attitudes of dental students towards patients with special healthcare needs: Can they be improved? *Eur J Dent Educ.* 2020 Vol. 24(2) P. 243–251. doi: 10.1111/eje.12490

комплаєнсу, переносимість маніпуляцій та перспективу довготривалої співпраці з пацієнтом. Саме тому інклюзивна стоматологія потребує не лише технічної адаптації процедур, а й глибокого переосмислення комунікації як терапевтичного інструменту.

Суттєвою, хоча часто недостатньо артикульованою причиною бар'єрності стоматологічної допомоги є освітньо-професійні дефіцити самих фахівців. У сучасній практиці лікар-стоматолог дедалі частіше зустрічається з пацієнтами, які мають складний функціональний, поведінковий або сенсорний профіль, проте система професійної підготовки не завжди забезпечує достатній рівень готовності до такої роботи. У результаті навіть за наявності доброї волі та загальної клінічної компетентності лікар може відчувати невпевненість, напруження або професійне безсилля у взаємодії з пацієнтом з інвалідністю.

Одним із головних дефіцитів є обмежений обсяг спеціалізованих знань щодо особливостей надання стоматологічної допомоги людям з нейром'язовими та сенсорними порушеннями. Традиційна стоматологічна освіта, як правило, більше зосереджена на морфології, патогенезі, діагностиці та техніці лікування, ніж на питаннях функціональної адаптації, поведінкового менеджменту, альтернативної комунікації чи психоосвітнього супроводу. Як наслідок, молодий лікар може добре володіти клінічною процедурою, але не мати достатнього уявлення про те, як змінити темп прийому, адаптувати інструкцію, організувати сенсорно безпечний простір або налагодити співпрацю з родиною.

Проблемою є і дефіцит практичного досвіду. Знання, отримані лише в теоретичному форматі, не завжди перетворюються на професійну впевненість. Робота з пацієнтами з інвалідністю вимагає не лише розуміння загальних принципів, а й сформованих навичок клінічної гнучкості, терпіння, командної взаємодії, спостережливості щодо поведінкових та емоційних реакцій⁴³. Якщо в процесі навчання майбутній стоматолог майже не стикається з такими пацієнтами в реальних клінічних умовах, у подальшій практиці він може уникати подібних випадків або сприймати їх як надмірно ризиковані.

Окремий освітній дефіцит стосується комунікативної підготовки. У роботі з пацієнтами з інвалідністю недостатньо загального вміння бути ввічливим і коректним. Потрібні спеціальні навички: пояснювати коротко й поетапно, адаптувати мову до можливостей сприйняття, користуватися візуальними підказками, враховувати невербальні сигнали,

⁴³ López R. M. Dental student readiness to treat special care patients upon graduation. *Spec Care Dentist*. 2023. Vol. 43. P 869–882. DOI: 10.1111/scd.12866

витримувати паузу, не тиснути на пацієнта, але водночас не втрачати клінічну керованість ситуації. У багатьох освітніх програмах ця складова або представлена фрагментарно, або взагалі не розглядається як частина професійної майстерності стоматолога.

Не менш важливою є недостатня сформованість інклюзивної компетентності. Йдеться не лише про знання юридичних чи етичних принципів, а про внутрішню професійну позицію, за якої лікар не сприймає інвалідність як підставу для дистанціювання, заниження очікувань або автоматичного перенаправлення пацієнта в інший заклад. Інклюзивна компетентність включає здатність бачити в людині насамперед пацієнта з правом на повагу, доступне пояснення, безпечне лікування й участь у прийнятті рішень. За відсутності такої позиції навіть зовні коректна взаємодія може залишатися формальною і відчуженою.

ВИСНОВКИ

Узагальнення результатів дослідження дає підстави стверджувати, що стоматологічна допомога пацієнтам з нейром'язовими та сенсорними порушеннями повинна розглядатися як складова інклюзивної медицини, де клінічна ефективність нерозривно пов'язана з доступністю середовища, адаптованістю комунікації та психоемоційною безпекою пацієнта. Особливості цієї категорії осіб визначаються не лише наявністю основного порушення, а й сукупністю функціональних, сенсорних, поведінкових і соціально-психологічних чинників, які впливають на можливість отримання стоматологічної допомоги, рівень комплаєнсу та прогноз лікування. Встановлено, що бар'єри в цій сфері мають комплексний характер і охоплюють архітектурно-організаційні, клініко-технологічні, комунікативно-психологічні та освітньо-професійні аспекти, що вимагає системного, а не фрагментарного підходу до їх подолання.

Науково-практичне значення статті полягає в обґрунтуванні необхідності переходу від стандартної моделі стоматологічного прийому до індивідуалізованої, міждисциплінарної та психоосвітньо орієнтованої допомоги. Ефективна адаптація стоматологічної терапії для пацієнтів з нейром'язовими та сенсорними порушеннями передбачає врахування їхнього функціонального профілю, використання гнучких клінічних стратегій, залучення родини й суміжних фахівців, а також формування інклюзивної компетентності медичного персоналу. Саме такий підхід дозволяє забезпечити не лише належний рівень стоматологічного лікування, а й підтримати гідність, якість життя та повноцінну соціальну участь людини з інвалідністю.

АНОТАЦІЯ

У статті розглянуто проблему адаптації стоматологічної терапії для пацієнтів з нейром'язовими та сенсорними порушеннями в контексті інклюзивної медицини та соціально-психологічної підтримки людей з інвалідністю. Обґрунтовано актуальність дослідження з огляду на підвищені стоматологічні ризики цієї категорії пацієнтів, труднощі доступу до лікування, а також наявність численних клінічних, комунікативних, організаційних і психологічних бар'єрів. Проаналізовано теоретико-методологічні засади інклюзивної стоматологічної допомоги на основі біопсихосоціального та психоосвітнього підходів. Охарактеризовано медико-функціональні та соціально-психологічні особливості пацієнтів з нейром'язовими та сенсорними порушеннями, що впливають на перебіг стоматологічного лікування. Визначено основні бар'єри в організації та реалізації стоматологічної терапії, серед яких архітектурно-організаційні, клініко-технологічні, комунікативно-психологічні та освітньо-професійні. Доведено, що ефективність стоматологічної допомоги залежить не лише від технічної якості втручання, а й від рівня адаптації медичного середовища до індивідуальних потреб пацієнта. У результаті дослідження обґрунтовано необхідність переходу від стандартної моделі стоматологічного прийому до індивідуалізованої, міждисциплінарної та психоосвітньо орієнтованої допомоги. Показано, що поєднання клінічної адаптації, доступної комунікації, участі родини та міждисциплінарної взаємодії сприяє підвищенню безпечності, доступності та результативності лікування. Практичне значення статті полягає в можливості використання запропонованих підходів для вдосконалення інклюзивної стоматологічної практики та професійної підготовки фахівців.

Література

1. G. D'Addazio, M. Santilli, B. Sinjari. Access to Dental Care. A Survey from Dentists, People with Disabilities and Caregivers. *Int J Environ Res Public Health*. 2021. № 18(4). DOI: 10.3390/ijerph18041556
2. S. da Rosa, S. Moysés. Barriers in Access to Dental Services Hindering the Treatment of People with Disabilities: A Systematic Review. *International Journal of Dentistry* Volume. 2020, Issue 1. P 1-17. DOI: 10.1155%2F2020%2F9074618
3. A. Mathew. Neuromuscular Disorders and Their Oral Health Considerations'-A Review. *Scholars Journal of Dental Sciences* 8(9). 2021. DOI:10.36347/sjds.2021.v08i09.005
4. H. Prado, R. M. Soalheiro de Souza. Mapping Dental Care for Children and Adolescents With Rare Diseases: A Brazilian Multicentre Study.

Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2025. № 54. P.163-173. DOI: <https://doi.org/10.1111%2Fcdoe.70029>

5. Jasmine Cheuk Ying Ho, Hollis Haotian Chai. Strategies for Effective Dentist-Patient Communication: A Literature Review. Patient Preference and Adherence. 2024. № 18. P.1385-1394. DOI: <https://doi.org/10.2147/PPA.S465221>

6. L. Orellana. Psychoeducational intervention to improve oral assessment in people with autism spectrum disorder, BIO-BIO region, Chile. Medically compromised patients in Dentistry. 2019 № 24 (1), P37-46. DOI:10.4317/medoral.22560

7. A. Hajek. Oral Health, Loneliness and Social Isolation. A Systematic Review and Meta-Analysis. The Journal of nutrition, health and aging. 2022. № 26, P. 675-680. <https://doi.org/10.1007/s12603-022-1806-8>

8. Гонта З., Немеш О. Особливості надання стоматологічної допомоги людям з порушенням психіки. Міжнародний досвід наукових досліджень: матеріали 2-ї міжнар. наук.-практ. конф. 2025. Чикаго, США.

9. Farre A., Rapley T. The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness. Healthcare. 2017. Vol. 5. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040088>

10. Наумець, М. (2024). Теоретичний аналіз поняття «стоматологічна тривога» та соціально-психологічних чинників її виникнення. Вчені записки Університету «КРОК», № 4, С.393–401. <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2024-76-393-401>

11. Литовченко В.П. Безбар'єрність стоматологічної допомоги пацієнтам з особливими комунікативними потребами: організаційний та психологічний аспекти. Науковий вісник Ужгородського національного університету: Серія: Психологія. 2022. – Вип. 1. – С. 131–139. – URL <http://psy-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/article/view/101/197>.

12. Про інклюзію, доступність, осіб з інвалідністю (і дітей, і дорослих). Дзеркало тижня: веб-сайт. URL.: https://zn.ua/ukr/SOCIUM/pro-inklyuziyu-dostupnist-osib-z-invalidnistyu-i-ditey-i-doroslih-334047_.html (дата звернення 15.04.2026).

13. Литовченко С.В., Литовченко В.П. Безбар'єрність стоматологічної допомоги пацієнтам з особливими комунікативними потребами: організаційний та психологічний аспекти. Науковий вісник Ужгородського національного університету. 2022. № 1. С.131-139. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.1.25>

14. Cermak S, Duker L., Williams M. Sensory Adapted Dental Environments to Enhance Oral Care for Children with Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Pilot Study. Journal of Autism and

Developmental Disorders. 2015. Vol. 45. P. 2876–2888. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2450-5>

15. Полішук Н.Є. Біопсихосоціальна модель допомоги: основні принципи діагностики та лікування. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2013. № 6. URL.: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2013/6-2/article-1241/biopsihosocialna-model-dopomogi-osnovni-principi-diagnostiki-ta-likuvannya#gsc.tab=0> (дата звернення 15.04.2026)

16. Shinohara M., Satomi Shiota S. Nationwide Survey of Oral Function Management in Patients With Neuromuscular Intractable Diseases in Japan. *Cureus Journal of Medical Science*. 2025. Vol. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.81770>

17. Миндзів, К., Гевко, У., Попович, Д., Мультидисциплінарна команда як інструмент біопсихосоціальної моделі реабілітації. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія*, 2025. № 2. С.211–217. <https://doi.org/10.32782/spmed.2025.2.30>

18. Persaud-Sharma D, Govea M, Hernandez R. Medical Ethics and the Biopsychosocial Model for Patient Care: A Case Analysis for Improved Communication, Clinical Time, and Error Avoidance. *Cureus*. 2020 Vol. 12. <https://doi.org/10.7759/cureus.8535>

19. Weber-Gasparoni K, Warren JJ, Reeve J. An effective psychoeducational intervention for early childhood caries prevention: part II. *Pediatr Dent*. 2013. Vol.35. P.247-251.

20. Литовченко В.П. Медичне інтерв'ю в системі стоматологічної допомоги пацієнтам з особливими потребами. *Медичні перспективи*. 2022. Т. 27, № 4. С. 239-249. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2022.4.271238>

21. Гевкалюк Н.О. Яворська О.В. Психологічні підходи до когнітивно-поведінкової ігрової терапії та дистракції як засобів зниження тривожності та стресу в дитячій стоматології. *Вісник Міжнародного економіко-гуманітарного університету імені Академіка Степана Дем'янука*. 2025. №2. С. 63-73. <https://doi.org/10.32782/3041-2021/2025-4-9>

22. Левко О. Психологічні детермінанти і закономірності професійного становлення майбутніх стоматологів. *Психологія: реальність і перспективи*. 2025. № 25. С. 73-82. https://doi.org/10.35619/prap_rv.vi25.475

23. Макеев, В. Ф., Пупін, Т. І., Ключковська, Н. Р., Орофасціальний біль і скронево-нижньощелепна патологія. *Клінічна Стоматологія*, (1), 10–15. <https://doi.org/10.11603/2311-9624.2022.1.12954>

24. Цімболинець В.О. Психологічні детермінанти ефективної комунікації між лікарем стоматологічного профілю та пацієнтом. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2025. № 5. С.39-45. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2025.5/07>

25. Галян О.І., Борисенко З.Т. Психологічні аспекти супроводу батьків дітей з особливими освітніми потребами. 2019 р., № 2, Т. 2. С.44-49.

26. Sjögreen L., Bengtsson L. Congenital or Early Developing Neuromuscular Diseases Affecting Feeding, Swallowing and Speech – A Review of the Literature from January 1998 to August 2021. *Journal of Neuromuscular Diseases*. 2022. Vol. 9. <https://doi.org/10.3233/JND-210772>

27. Patil P., Singh G., Patil S. Dentistry and the myasthenia gravis patient: a review of the current state of the art. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 2012. Vol. 114. P.132-138.

28. Kaushik A., Bhatnagar A., Kaur T. Removable Prosthodontic Considerations for Patients Having Neurologic and Neuromuscular Disorders. *Journal of the International Clinical Dental Research Organization*. 2022. Vol. 14(1). P 24-30. DOI: 10.4103/jicdro.jicdro_57_20

29. Шпак С. В. , Деньга О. В. Стоматологічний статус дітей з сенсорною депривацією зору. Актуальні питання стоматології: наук.-практ. конф. з всеукраїнською участю, присвячена 65-річчю від дня заснування стоматологічного факультету ОНМедУ. Одеса, 19 вересня 2023 року: тези доп. – Одеса. С. 52-55.

30. Duker L. Association between Oral Care Challenges and Sensory Over-Responsivity in Children with Down Syndrome. *International journal of paediatric dentistry*. 2021. P 547-557. <https://doi.org/10.1111/ipd.12933>

31. Waldron C. Oral hygiene interventions for people with intellectual disabilities. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019, Vol. 5. DOI: 10.1002/14651858.CD012628.pub2

32. Devi K P, Tewari N, O'Connell A, Risk factors associated with traumatic dental injuries in individuals with special healthcare needs-A systematic review and meta-analysis. *Dent Traumatol*. 2024 Vol. 40(1) P91-110. doi: 10.1111/edt.12882.

33. Стоматологічна допомога дорослим та дітям. URL.: https://nszu.gov.ua/gromadianam/bezoplatni-poslugi-v-programi-medicnix-garantii-20-1/ambulatorni-poslugi-1/stomatologicna-dopomoga-doroslim-ta-ditiam?utm_source=chatgpt.com (дата звернення 19.04.2026).

34. Krishnan L, Iyer K, Madan K. Barriers to utilisation of dental care services among children with special needs: A systematic review. *Indian J Dent Res*. 2020. Vol.31(3) P:486-493. doi: 10.4103/ijdr.IJDR_542_18.

35. King G, Pozniak K, Teplicky R, Earl S. The experiences of parents of children with disabilities receiving healthcare services: Negative emotions and associated situations. *Res Dev Disabil*. 2025. Jan;156:104896. doi: 10.1016/j.ridd.2024.104896.

36. Пріоритети та виклики політики безбар'єрності: аналітичні матеріали до розробки Плану заходів на 2025-2026 роки з реалізації Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні. – Київ: НІСД, 2024. – 136 с.

37. Parastoo Z. A. Scoping Review of the Impact of Environmental Design on Wayfinding for People With Sensory Impairment. Sage journals. 2025. Vol. 19. <https://doi.org/10.1177/19375867251391361>

38. Alwadi, M.A., AlJameel, A.H., Baker, S.R. et al. Access to oral health care services for children with disabilities: a mixed methods systematic review. BMC Oral Health 24. 2024. Vol. 24, <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04767-9>

39. M Baeder F, F Silva D, Cl de Albuquerque A, Tbr Santos M. Conscious Sedation with Nitrous Oxide to control Stress during Dental Treatment in Patients with Cerebral Palsy: An Experimental Clinical Trial. International Journal of Clinical Pediatric Dentistry. 2017. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1470>

40. Geddis-Regan AR, Gray D, Buckingham S, British Society for Disability and Oral Health. The use of general anaesthesia in special care dentistry: A clinical guideline from the British Society for Disability and Oral Health. Spec Care Dentist. 2022 Vol.42(S1) P 3-32. doi: 10.1111/scd.12652.

41. Al-Mashhadani S. Barriers and Facilitators to Dental Care Services Utilization Among Children With Disabilities: A Systematic Review and Thematic Synthesis. Health Expect. 2024. Vol. 27(5):e70049. doi: 10.1111/hex.70049.

42. Holzinger A. Attitudes of dental students towards patients with special healthcare needs: Can they be improved? Eur J Dent Educ. 2020 Vol. 24(2) P. 243–251. doi: 10.1111/eje.12490

43. López R. M. Dental student readiness to treat special care patients upon graduation. Spec Care Dentist. 2023. Vol. 43. P 869–882. DOI: 10.1111/scd.12866

Information about the author:

Chertov Sergiy Oleksandrovych,

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Head of the Department of Propedeutic and Surgical Dentistry,

Medical Faculty No. 3
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University
26, Marii Prymachenko boulevard, Zaporizhzhia, Ukraine