Последовательное и регулярное проведение перечисленных мероприятий с учетом возрастных особенностей развития организма и в частности, тканей пародонта является важным фактором, способным обеспечить эффективность профилактики заболеваний пародонта.

1. Грудянов А.И., Овчинникова В.В. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта. - М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2007. - 80 с.
2. Кузьмина Э.М., Кузьмина И.Н., Петрина Е.С. и др. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта. М.: МГМСУ, 2009. 228.
3. Журбенко, В.А. Профилактические мероприятия для предупреждения заболевания тканей пародонта / В.А. Журбенко, А.А. Мурашова // В сборнике: Наука и практика в XXI веке. Межвузовский сборник научных трудов с международным участием. Составитель Е.В. Метельская. - Астрахань. - 2019. - С. 192-195.
4. Журбенко, В.А. Индивидуальная профилактика заболеваний пародонта / В.А. Журбенко, Э.С. Саакян // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2017. - № 4-3. - С. 616.
5. Журбенко, В.А. Гигиена полости рта как метод профилактики заболеваний пародонта / В.А. Журбенко, Э.С. Саакян // Актуальные проблемы и достижения в медицине. Сборник научных трудов по итогам международной научно – практической конференции. - № 2. - Самара. – 2015. - С.152-154

Мингалева А.А., Семелева Е.В., Смирнова О.А.

**Клинико-психологические аспекты здоровьесбережения среди пациентов
хирургического профиля**

*ФГБОУ ВО МГУ им. Н.П. Огарева
(Россия, Саранск)*

doi: 10.18411/lj-02-2021-29

idsp: ljournal-02-2021-29

Аннотация

Снижение медицинской активности населения зачастую связано с длительностью лечения и необходимостью выполнения дополнительных инвазивных и физиотерапевтических процедур. Несоблюдение рекомендаций по лечению или частичное их выполнение зачастую приводит к неполному выздоровлению, хронизации заболевания и его прогрессированию (осложнению), что приводит к неизбежности хирургического вмешательства.

Ключевые слова: медицинская активность, хирургическое лечение, здоровье, медицинская помощь.

Abstract

A decrease in the medical activity of the population is often associated with the duration of treatment and the need to perform additional invasive and physiotherapeutic procedures. Failure to comply with treatment recommendations or their partial implementation often leads to incomplete recovery, chronicity of the disease and its progression (complication), which leads to the inevitability of surgical intervention.

Key words: medical activity, surgical treatment, health, medical care.

При проведении хирургических мероприятий психологическая готовность пациентов является важным компонентом лечебно-реабилитационного процесса, от которого напрямую зависит успех лечения.

Все варианты поведенческих реакций хирургических больных в значительной степени зависят от способа адаптации пациента к заболеванию и от сформированной им внутренней картины болезни. Исход лечения хирургических больных

непосредственно зависит от времени обращения за медицинской помощью. Своевременное обследование и лечение напрямую влияет на исход болезни, который в большинстве случаев заканчивается полным выздоровлением и предупреждает хирургическое вмешательство.

Личность и болезнь являются важными составляющими в лечебном процессе, в формировании внутренней картины болезни [4]. Пациенты понимают ценность своего здоровья, но в преобладающем большинстве случаев из-за страха потерять финансовую стабильность и страха не справиться со своими профессиональными обязанностями пренебрегают им [2].

Целью работы явился комплексный анализ обращаемости за медицинской помощью пациентов хирургического профиля, в зависимости от особенностей отношения к своей болезни.

Задачи исследования:

- оценить поведение населения при ухудшении здоровья на примере пациентов хирургического профиля (элементы самолечения);
- изучить обращаемость населения за хирургической помощью;
- определить особенности поведения больных при необходимости хирургического вмешательства.

Материал и методы исследования: на базе ГБУЗ Республиканская клиническая больница №4 Республики Мордовия было обследовано 110 пациентов хирургического профиля в возрасте от 18-65 лет. С целью оценки выявления элементов самолечения было проведено анкетирование пациентов. Анкета содержала перечень вопросов с предложенными вариантами ответов. Отношение пациентов к заболеванию изучалось с помощью опросника «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), который направлен на диагностику типа отношения к болезни, разработанный МЗ РФ Санкт-Петербургским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В.М. Бехтерева (авторы: Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс) [1]. Анкетирование явилось добровольным и анонимным.

Анализ полученных данных проводили при помощи методов описательной статистики и стандартных методов математико-статистической обработки.

Обсуждение и результаты.

Психологическая оценка качества жизни и эмоциональных проявлений больных играет значимую роль в лечебно-диагностическом процессе.

Понимание ситуации болезни зависит от осведомленности пациента, его способности понять сложность своего положения и адекватно оценить информацию врача о предотвращении и необходимости хирургического лечения, что отражает актуальность исследования здоровьесбережения среди населения и психологической составляющей в структуре внутренней картины болезни пациентов хирургического профиля [3].

Проблема ранней обращаемости за медицинской помощью среди молодого (18-35 лет) трудоспособного населения связана с уверенностью в адаптационных силах своего организма. С возрастом медицинская активность населения возрастает, но происходит это за счет уменьшения доли ожидающих самопроизвольного выздоровления.

Более высокий уровень образования, наличие семьи, является важным фактором, стимулирующим собственные усилия по поддержанию здоровья, особенно для мужчин. Так же с уровнем образования и доходом связаны соблюдения рекомендаций врача первичного звена. Факторы, побуждающие заниматься самолечением в трудоспособном возрасте среди населения связаны непосредственно с уровнем дохода и доступностью первичной медицинской помощи (66% пациентов); недоверием к современной медицине и фармации (19,8% пациентов); со страхом потерять стабильный доход и отказом в продвижение по службе по причине болезни (66%

пациентов); страхом из-за повышенной ответственности за исполнение работы в ограниченные сроки (14% пациентов).

Среди респондентов, находящихся на стационарном лечении, чаще всего встречаются следующие типы отношения к болезни: 1 тип - 66% больных - для этих больных характерны такие особенности как "уход от болезни в работу", желание сохранить работоспособность; 2 тип- 20% больных – такие больные чувствительны к межличностным отношениям, полны опасений, что окружающие их избегают из-за болезни, у них отмечается боязнь стать обузой для близких и работодателя, трудового коллектива; 3 тип-14% больных - больные очень беспокойные и мнительные, верят в приметы и ритуалы. Повышенная тревожность может быть связана с посттравматическим стрессом, а также с долгой реабилитацией таких больных.

Выводы:

1. Сохранение трудоспособности и финансовая стабильность самые главные факторы, которые заставляют задуматься о сохранении и поддержании своего здоровья среди населения, особенно среди лиц мужского пола.
2. Продолжают, а в некоторых случаях даже усиливают активную трудовую деятельность не смотря на ухудшение состояния здоровья - 66% респондентов.
3. Чувство ответственности и «боязнь стать обузой», страх отчуждения из-за болезни у 20% опрошенных являются причинами позднего обращения за профессиональной медицинской помощью.
4. Ряд респондентов вообще отрицают очевидные проявления заболевания, что приводит к экстренному хирургическому вмешательству.
5. Психологическая картина пациента влияет не только на возникновение, но и на развитие, лечение и восстановление организма. Реакция реагирования на заболевание определяет, необходимо применение психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий, направленных на восстановление личностного и социального статуса больного, на изменение неадекватных реакций на болезнь и лечебных мероприятий, что важно для достижения полноценного лечения и реабилитации пациентов хирургического профиля, а также для скорейшего восстановления трудоспособности.

1. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни // Пособие для врачей, СПб, 2005.- 32с.
2. Семелева Е.В., Смирнова О.А. Важность и перспективность работы Центров здоровья / Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019. №55. С.150-151.
3. Василенко Т. Д. Методологические проблемы медицинской психологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. - 2017. - Т. 9, № 6(47). - URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 20.01.2018).
4. Сандаков Я. П. Заболеваемость взрослого населения, находящегося под диспансерным наблюдением. // Пермский медицинский журнал. - 2017. - Т. 34, № 5. - С. 102-106.

Охотникова А.П., Степанова А.А., Савинцева Е.В., Битнева А.М., Козлова Т.П.

Психологический портрет больного туберкулёзом

*ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ
(Россия, Ижевск)*

doi: 10.18411/lj-02-2021-30

idsp: ljjournal-02-2021-30

Аннотация

В данной статье представлены данные по анализу психологического портрета больных туберкулёзом. Исследование проводилось на базе Республиканской клинической туберкулёзной больницы города Ижевска с применением методики