

УДК 316.6

**АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ УСТАНОВОК ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ
С ДИАГНОЗОМ ОСТЕОХОНДРОЗ****Майборода Д.А., Павлова К.А.***ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
Волгоград, e-mail: tchumakov.vi@gmail.com*

Проведен анализ психологических установок пациентов остеохондрозом в предметном поле медико-социальной работы и психологии. Широкая распространенность вертеброневрологической патологии, занимающей четвертое место среди всех заболеваний, приводящих к временной утрате трудоспособности и снижению качества жизни больного, является одной из наиболее значимых современных медицинских и социальных проблем. В связи с этим актуально всестороннее изучение вертеброневрологической патологии, её наиболее распространенной формы – остеохондроза позвоночника – с методологических и научно-практических позиций медицинской социологии, позволяющих учесть роль биологических, психологических и социальных аспектов в структуре заболевания, оценить адаптацию и саморегуляцию личности. Данное заболевание наиболее распространено среди лиц пожилого возраста, что связано с физиологическими процессами человеческого организма. Этот факт лег в основу выборки нашего исследования. В процессе адаптации к болезни крайне важны психологические установки пациента. От того как больной относится к своему здоровью и к заболеванию, в частности, зависит длительность и успешность процесса реабилитации. К тому же, эмоциональный настрой напрямую влияет на физическое состояние пациента. Анализ психологических установок пожилых людей с остеохондрозом, осуществленный в статье, позволит нам выявить пробелы в процессе реабилитации пациентов и разработать рекомендации по оптимизации данного процесса.

Ключевые слова: психологические установки, остеохондроз, вертеброневрологическая патология, социальная работа

**ANALYSIS OF PSYCHOLOGICAL INSTALLATIONS OF SENIOR PATIENTS WITH
OSTEOCHONDROSIS DIAGNOSIS****Maiboroda D.A., Pavlova K.A.***The Volgograd state medical university, Pavshikh Bortsov Sq., Volgograd,
e-mail: tchumakov.vi@gmail.com*

The analysis of psychological attitudes of patients with osteochondrosis in the subject field of medical and social work and psychology is carried out. The wide prevalence of vertebroneurological pathology, which is the fourth most common among all diseases leading to temporary disability and a decrease in the quality of life of the patient, is one of the most significant modern medical and social problems. In this regard, a comprehensive study of vertebroneurological pathology and its most common form - osteochondrosis of the spine - is relevant from the methodological and scientific-practical positions of medical sociology, allowing to take into account the role of biological, psychological and social aspects in the structure of the disease, to evaluate adaptation and self-regulation of the personality. This disease is most common among the elderly, which is associated with the physiological processes of the human body. This fact formed the basis of the sample of our study. In the process of adaptation to the disease, the patient's psychological attitudes are extremely important. From the way a patient treats his health and disease, in particular, the duration and success of the rehabilitation process depends. In addition, the emotional state directly affects the physical condition of the patient. The analysis of psychological attitudes of elderly people with osteochondrosis, carried out in the article, will allow us to identify gaps in the process of rehabilitation of patients and develop recommendations for optimizing this process.

Keywords: Psychological attitudes, osteochondrosis, vertebroneurological pathology, social work

В исследовании предпринят теоретический анализ сущности установки с позиций отечественной и зарубежной психологии. Различаются два вида установок: общая и дифференцированная. Общая установка возникает в отношении больших классов явлений, дифференцированная — по отношению к отдельным объектам. Установка лежит в основе целостности и последовательности поведения человека, определяет норму его реакции. Установки могут быть связаны с различными компонентами деятельности. Смысловые установки определяют личностный смысл конкретных объектов, явлений, готовность действовать по отношению к значимому объекту опреде-

ленным образом. Целевые установки обеспечивают устойчивую направленность действий, они выражаются в тенденции к завершению действия при любых обстоятельствах, что иногда может привести к негибкости поведения. Операционные установки обеспечивают психофизиологическую преднастройку индивида на совершение действия определенными способами, последовательной системой привычных операций с использованием привычных для человека средств. (Авторской классификации психологических установок не существует, так как эта тема, почему-то, не пользуется популярностью) [1,2,3,4,5,6].

Таким образом, мы выяснили, что психологическая установка включает в себя как субъективный, так и объективный компоненты, и является отражением реакции человека на конкретную ситуацию, возникшую в процессе удовлетворения им своей потребности. Данное понимание установки подтверждено рядом экспериментов, проводимых Д.Н. Узнадзе.

Цель исследования: изучить психологические установки пожилых пациентов с диагнозом остеохондроз.

Задачи исследования:

- 1) Изучить соматопсихосоциальные характеристики пациентов с остеохондрозом.
- 2) Определить сущность, структуру и виды психологической установки.
- 3) Рассмотреть саногенную установку в структуре психологической установки.
- 4) Разработать программу социологического исследования и реализовать её.
- 5) Проанализировать саногенную установку пожилых пациентов с диагнозом остеохондроз.

- 6) Предложить рекомендации по формированию саногенной установки у пожилых пациентов с диагнозом остеохондроз.

Гипотеза исследования: У пожилых людей с диагнозом остеохондроз слабо выражена установка на выздоровление, что указывает на пробелы в организации процесса реабилитации.

Статистическая обработка результатов социологического опроса.

В процессе написания данной курсовой работы нами была разработана и реализована программа социологического исследования. В ходе исследования мы опросили 36 пожилых граждан с заболеванием остеохондроз. Сбор первичной информации осуществлялся при непосредственном контакте исследователя с респондентами. Полученные нами данные описаны ниже.

Первый блок вопросов касался основ саногенной установки, а точнее – отношения к здоровью в целом (см рис.1.).



Рис.1. Приоритеты респондентов в жизни

Задачей первого вопроса анкеты была – выявить значимость здоровья в жизни человека, по мнению респондентов. Итак, мы предложили пожилым людям выбрать три самых важных ценности в жизни человека. И вот как распределился выбор (Рисунок 1). Мы видим, что здоровье стало самым популярным ответом, его выбрал каждый респондент. На втором месте по популярности – семья, а на третьем – друзья.

Следующий вопрос нашей анкеты касался психологической составляющей основы саногенной установки и касался переживаний о ситуациях из прошлого. Почти все респонденты (83%) указали, что часто думают о том как можно было бы поступить в прошлых ситуациях. Остальные же 17% респондентов отгоняют от себя подобного рода эмоции, так как они уже в прошлом и вспоминать их нет смысла [7,8,9,10,11].

Третий вопрос первого блока так же касался эмоциональной составляющей. И звучал он так: «Умеете ли Вы контролировать негативные эмоции (обида, злость, агрессия и т.д.)?». Почти 92% респондентов заявили, что отлично с этим справляются, так как понимают, что они не несут пользы. А вот остальные 8% не могут контролировать негативные эмоции, иногда возникающие у них.

Следующий вопрос был последним в данном блоке и касался удовлетворенности своей жизнью).



Рис. 2. Эмоциональный фон жизни респондентов

15 респондентов указали на то, что в их жизни случались ошибки, но, в целом, они довольны своей жизнью. Немного меньшее количество опрошенных (12) не жалеют ни о чем в своей жизни, в то время как оставшиеся 9 отмечают, что многое изменили бы.

Перейдем ко второму блоку вопросов, касающихся знаний пожилых людей о своем заболевании. Итак, первый вопрос блока позволил нам понять знают ли респонденты о том, что представляет собой заболевание остеохондроз. К сожалению, не все ответили верно. Около 60% опрошенных ответили правильно, остальные 42% распределились на 2 неправильных варианта ответа.

Следующий вопрос касался наличия у респондентов информации о причинах остеохондроза. Правильными здесь были все варианты ответа, однако, ответили так лишь 8% респондентов. На Рисунке 3.3. представлено распределение ответов.



Рис. 3. Информированность респондентов о причинах заболевания

Для нас не имеет особого значения распределение ответов по правильным вариантам, но важно то, что 25% пожилых выбрали «затрудняюсь ответить».

Далее мы продолжили исследовать информированность респондентов. Вопрос под номером 7 так же подразумевал правильный ответ, который выбрали 69% опрошенных. Остальные ответы распределились в геометрической прогрессии (3, 6 и 12).

Переходим к блоку, касающемуся, непосредственно, заботы о здоровье. Данный вопрос продемонстрировал нам заботятся ли респонденты о своем здоровье (см. рис.3.4.).



Рис. 4. Соотношение методов поддержания здоровья

Следующий вопрос так же характеризует отношение респондентов к здоровью. Посмотрим на Рисунок 3.5.

Как мы видим на Рисунке 5, ровно половина опрошенных всегда выбирают лестницу. Кроме того, еще 8% опрошенных так же стараются выбирать лестницу. А вот чуть больше 1/3 респондентов предпочитают пользоваться лифтом.

Далее мы исследовали частоту выполнения пожилыми людьми физических упражнений самостоятельно и выяснили следующее:

– 58% стараются уделять физической нагрузке каждый день хотя бы по 10 минут;
 – 25% занимаются дома 2-3 раза в неделю;
 – 8% занимаются 2-3 раза в месяц и реже;
 – 8% не занимаются самостоятельно вообще.



Рис.5. Забота о здоровье респондентами

Теперь рассмотрим частоту занятий с инструктором в кабинете ЛФК. Не смотря на особенности типа учреждения, который должен способствовать регулярности занятий, наблюдаем следующее. Около 70% респондентов посещают занятия регулярно 2-3 раза в неделю. Одинаковое количество пожилых (по 6 человек) посещают занятия 1 раз в неделю и 2-3 раза в месяц. Таких, кто не посещает занятия вообще – не нашлось.

Следующий вопрос нашей анкеты все еще касался рекомендаций врачей, а в частности – культуры питания. Итак, 75% пожилых придерживаются правильного питания, соблюдая тем самым рекомендации. Еще 16% респондентов стараются не есть вредные продукты, но не всегда могут отказать себе. А вот оставшиеся 8% и вовсе не следят за тем, что кушают.

Теперь обобщим, полученные ранее ответы, спросив у респондентов прямо – как они могут охарактеризовать свою активность в отношении выздоровления. Ровно половина опрошенных отмечает, что выполняет все рекомендации врачей. Чуть менее распространенный ответ (33%) – «я пью все лекарства, назначенные врачом». Еще 8% честно признаются, что стараются не в полную меру, ленятся. И столько же откровенно заявляют, что пренебрегают лечением.

Закончив с блоком рекомендаций врачей, переходим к блоку перспектив выздоровления и угроз болезни. Итак, ответы на следующий вопрос изображены на Рисунке 3.6.

Ответы на данный вопрос позволяют нам увидеть, что значительное большинство респондентов видят здорового человека как радующимся жизни, уверенным в себе и самореализованным.



Рис. 6. Осознание пожилыми перспектив здорового человека

Следующий вопрос отражает личное отношение каждого респондента к своему выздоровлению. Итак, нам удалось выяснить, что 50% опрошенных смогут вернуться к активной жизни в случае выздоровления. Еще 25% снова смогут заняться дачей и внуками. Одинаковой количество пожилых (8%) перестанут мучиться от боли и снова ощутят радость движений, а так же смогут экономить на лекарствах и массажах.

Далее мы спросили у пожилых людей какие социальные последствия влечет за собой болезнь. Около 60% отметили ограничения в жизнедеятельности. Еще 33% пугают финансовые сложности. Около 17% респондентов так же беспокоит потеря контактов с друзьями и близкими. Оставшиеся 8% сообщили, что могут впасть в депрессию.

Следующий вопрос нашей анкеты так же был направлен на определение осознания пожилыми людьми угроз заболевания. Итак, мнения разделились ровно пополам. Половина респондентов считает, что остеохондроз, конечно, снижает качество жизни, но все же не может повлиять так, как, например, сердечно-сосудистые нарушения. А вторая половина, наоборот, считает, что нельзя недооценивать данное заболевание, так как оно может привести к серьезным последствиям и ограничению жизнедеятельности.

Последний вопрос данного блока определял отношение к отступлению болезни. Почти 40% респондентов сообщили, что это было бы здорово, в то время как большинство опрошенных выбрали вариант «было бы неплохо, так как пройдет боль».

Теперь перейдем к вопросам предпоследнего блока, касающегося страхов выздоровления. Итак, 33% респондентов в результате выздоровления придется столкнуться с чем-то, что их беспокоит и они очень этого боятся. Почти 42% ожидает то же самое, но они осознают, что здоровье важнее страхов. Оставшихся же респондентов ждет только хорошее.

Следующий вопрос был направлен на выявление инфантилизма среди пожилых, что бывает присуще болеющим людям. Однако, почти 85% респондентов сообщили нам, что количество уделяемого им внимания не зависит от заболевания. А вот остальные признались, что опасаются потери внимания в результате выздоровления.

Последний вопрос данного блока имел ту же цель, что и предыдущий. Но и здесь пожилые люди проявили взрослую позицию. Всего лишь 15% признались, что в ситуации болезни, действительно, много плюсов, но они все же предпочли бы быть здоровыми. А остальные 85% заявили, что здоровье – это главное, а внимание и отдых можно получить и без болезни.

И, наконец, последний вопрос нашей анкеты, касающийся вредных привычек пожилых. Дал хорошие результаты. Всего лишь 8% респондентов злоупотребляют курением и лишь 42% позволяют себе иногда выпить кофе. А вот половина пожилых людей выступают за ЗОЖ, не имея вредных привычек.

Рассмотрим результаты первого блока вопросов, отражающего основы саногенной установки. В первом вопросе абсолютно все включили здоровье в список самых важных ценностей человека. Далее шли вопросы, касающиеся психологической составляющей. И здесь результаты оказались хуже. На второй вопрос большинство ответили, что часто думают о прошлых ситуациях, что не есть хорошо. Подобного рода мысли, как правило, сопровождаются негативными эмоциями. Третий вопрос данного блока показал хороший результат: подавляющее большинство респондентов, как минимум, осознают вред отрицательных эмоций и борются с ними. И, наконец, последний вопрос, касаемо удовлетворенности своей жизнью, показал средний результат. Три четвертых респондентов довольны своей жизнью. Итого, по первому блоку мы имеем довольно спорные результаты. Все «правильные» ответы блока были лишь у 11 человек, то есть данный структурный компонент саногенной установки присущ лишь 1/3 респондентов.

Второй блок вопросов касался информированности пожилых людей о своем заболевании. Результаты данного блока позволили нам сделать вывод о неграмотности респондентов относительно своего заболевания. Если первый вопрос демонстрирует относительно неплохие результаты, то второй – наоборот. Одна четвертая респондентов не смогла выбрать причину остеохондроза, несмотря на то, что все варианты были верными. Третий вопрос вызвал меньше

трудностей и 70% ответили верно. Итого, в данном блоке вопросов ни один респондент не набрал 3 балла, но все же стоит отметить, что многие выбирали верные варианты ответа. В среднем, с вопросами данного блока справились 46% респондентов.

Третий блок вопросов касался, непосредственно, заботы о своем здоровье. Первый вопрос блока демонстрирует нам, что заботятся о своем здоровье все респонденты, вопрос лишь в способах заботы. Но все же под «правильным» способом мы подразумеваем следование рекомендациям врача, чем похвастаться могут не все. Почти 1/3 респондентов пользуется средствами народной медицины. Та же 1/3 предпочитает пользоваться лифтом, нежели лестницей. Что касается физической нагрузки: абсолютно все респонденты посещают занятия ЛФК с разной периодичностью и только 8% из них не занимаются самостоятельно. Все те же 8% не следят за культурой питания, в отличие от остальных и не уделяют должного внимания своему здоровью в целом. Таким образом понимаем, что следование рекомендациям врача абсолютно не присуще 8% респондентов. Остальные в большей или меньшей степени стараются все выполнять.

Следующий блок касался перспектив выздоровления и угроз болезни. Абсолютно все респонденты отчетливо себе представляют чем им грозит данное заболевание и что сулит выздоровление. За исключением вопроса о возможных последствиях остеохондроза. Половина пожилых людей посчитала, что он не способен нанести серьезного вреда организму, но это к вопросу об информированности пациентов. А в остальном – в данном блоке все хорошо. Всем респондентам присущ компонент осознания перспектив и угроз.

Предпоследний блок вопросов касался страхов, которыми сопровождается процесс выздоровления. Одна треть респондентов опасается последствий выздоровления, что препятствует самому выздоровлению. В остальном – 85% пожилых людей не держатся за внимание и удобство, ощущаемое в ситуации болезни и считают, что здоровье важнее. Таким образом, средний показатель по данному блоку – 75%. Именно этот процент респондентов обладает компонентом осознания и принятия индивидуально значимых угроз, которые появятся в случае выздоровления.

И, наконец, последний блок, касающийся вредных привычек респондентов. 90% пожилых людей исключают их из своей жизни.

Помимо анализа компонентов, мы подчитали средний показатель сформирован-

ности саногенной установки у пожилых людей. В каждой анкете мы считали сколько из заявленных бти компонентов присутствует у респондента и затем вывели среднее из 36 анкет. Таким образом, мы выяснили, что средний процент сформированности саногенной установки у пожилых людей с остеохондрозом составляет 64%. Данный результат является довольно неплохим, но все же далеким от идеала. Подробный анализ каждого блока вопросов подтверждает, что работа по формированию саногенной установки у данной клиентской группы – необходима. В этой связи мы разработали рекомендации по её формированию, описанные в следующем параграфе.

Рекомендации по формированию саногенной установки у пожилых пациентов с диагнозом остеохондроз.

В предыдущем параграфе мы проанализировали данные, полученные нами в ходе социологического исследования. Рассмотрев ответы респондентов мы определили какие компоненты саногенной установки присутствуют или отсутствуют у пожилых людей с диагнозом остеохондроз [12,13,14,15,16].

Итак, абсолютно всем респондентам свойственно осознание перспектив выздоровления и угроз болезни. И это единственный компонент саногенной установки, сформированный у всех. Но это не значит, что не стоит уделять внимания данному пункту. Вполне возможно, что данный показатель сформирован уже в стенах учреждения.

Перечислим все компоненты саногенной установки, которые требуют работы над ними и предложим рекомендации по их формированию.

Саногенная установка включает в себя личностные компоненты:

- Знание пациента о заболевании, его сути и методах лечения.
- Выполнение рекомендаций врача.
- Осознание пациентом перспектив, открывающихся в случае выздоровления.
- Осознание угроз, которые несет за собой болезнь.
- Принятие индивидуально значимых угроз, следующих за выздоровлением.
- Минимизация здоровье-разрушающих факторов.

Как уже говорилось ранее, из заявленных шести компонентов реально присутствуют у пожилых людей только два. Теперь рассмотрим каждый компонент отдельно.

Знание пациента о заболевании, его сути и методах лечения. Формировать это знание необходимо путем информирования пациентов посредством интерактивных

лекций. Специалист по социальной работе может организовать «Школу больных остеохондрозом» (данная технология уже практикуется в ситуациях хронических заболеваний). В этой школе будут проходить лекции с приглашенными специалистами (врачи, инструкторы ЛФК, массажисты, психологи), видео-уроки, в процессе которых пожилые люди узнают о самом заболевании, смогут задать все интересующие их вопросы и стать более грамотными пациентами [17,18,19,20,21].

Следующий компонент тесно связан с предыдущим. Чем больше занятий посетят пожилые люди, тем выше станет их уровень ответственности перед медицинским персоналом и самим собой. В той же школе специалист по социальной работе может рассказывать получателям услуг о культуре питания, помогать составлять рацион (совместно с врачом), а так же проводить дополнительные занятия по физической подготовке.

Следующие два компонента, как выяснилось, сформированы на достаточном уровне, но тем не менее, не будем про них забывать. Для закрепления данных компонентов подойдет просмотр кинофильмов, в котором прямо или косвенно, затронута тема здоровья человека. Но при выборе таких фильмов стоит быть осторожными, они не должны напугать наших клиентов [22,23,24].

Далее следует принятие индивидуально значимых угроз, следующих за выздоровлением. Для формирования данного компонента необходимо привлечь к работе психолога. Скорее всего, специалист выберет основной формой работы - индивидуальные консультации, направленные на принятие этих угроз.

И, наконец, последний компонент – вредные привычки пожилых людей с остеохондрозом. К счастью, у значительного большинства респондентов данный компонент сформирован. А для остальных – необходима пропаганда ЗОЖ и, как вариант, попытаться заменить привычный ритуал более полезным для здоровья действием, если это не лишит радости жизни. Например, заменить кофе на цикорий, сигареты – на то, что очень любит пациент или же предложить альтернативное занятие по интересам (как вариант – научить собирать кубик Рубика). Здесь самое главное – определить замещающий интерес.

На наш взгляд, следуя данным рекомендациям, возможно повысить средний процент сформированности саногенной установки у пожилых людей с остеохондрозом.

Мы проанализировали степень сформированности саногенной установки у пожи-

лых людей с диагнозом остеохондроз. Согласно полученным результатам лишь два компонента из шести присутствуют у всех респондентов – это осознание перспектив выздоровление и угроз болезни. Остальные компоненты присутствуют у некоторых пациентов в разном соотношении. Итак, основы саногенной установки (отношение к здоровью) присущи лишь 1/3 респондентов, около 46% пожилых имеют знания относительно своего заболевания, более 90% пациентов стараются следовать всем рекомендациям врача, 1/4 респондентов опасается последствий выздоровления и всего лишь 10% опрошенных злоупотребляют курением.

Помимо анализа компонентов, мы подсчитали средний показатель сформированности саногенной установки у пожилых людей. В каждой анкете мы считали сколько из заявленных бти компонентов присутствует у респондента и затем вывели среднее из 36 анкет. Таким образом, мы выяснили, что средний процент сформированности саногенной установки у пожилых людей с остеохондрозом составляет 64%. Данный результат является довольно неплохим, но все же далеким от идеала. Подробный анализ каждого блока вопросов подтверждает, что работа по формированию саногенной установки у данной клиентской группы – необходима. В этой связи мы разработали рекомендации по её формированию, описанные в третьем параграфе третьей главы.

На наш взгляд, следуя данным рекомендациям, возможно повысить средний процент сформированности саногенной установки у пожилых людей с остеохондрозом.

В процессе написания данной статьи нами были последовательно решены все задачи, поставленные перед нами в начале исследования.

Итак, рассматривая соматопсихосоциальные особенности пациентов с остеохондрозом, нам удалось выяснить, что пациенты с выраженным уровнем тревожности, ригидности, напряженности острее чувствуют боль, но даже те, кто чувствуют боль слабее имеют проблемы в психологической сфере, связанные с эмоциональной нестабильностью, коммуникативной депривацией и т.д. Социальная же сторона данного явления демонстрирует трудности преимущественно в экономической сфере. Заболевание накладывает значительные ограничения на трудовую деятельность, а иногда и вовсе её исключает, что существенно влияет на материальный достаток пациента, а, следовательно, и на качество жизни.

Кроме того, нам удалось выяснить, что медикаментозная терапия еще не является залогом успеха в лечении остеохондроза.

Важным критерием реабилитации пациента и его выздоровления является следование рекомендациям врача, то есть личная ответственность пациента, что обеспечивается психологическими установками человека. Поэтому следующей нашей задачей была - определить сущность, структуру и виды психологической установки.

Итак, специфическое состояние, возникающее у субъекта под воздействием объективной ситуации удовлетворения потребности, может быть названо установкой. Данный термин представляется особенно адекватным постольку, поскольку указывает на несколько важных обстоятельств: во-первых, на то, что изменение происходит в субъекте как в целом; во-вторых, на то, что специфическое состояние субъекта побуждает его к определенному поведению. То есть это поведение предопределено в нем заранее, и, наконец, на то, что данное состояние — явление динамического характера, которое находит выражение в определенной активности.

Что же касается видов психологических установок — различаются два вида установок: общая и дифференцированная. Общая установка возникает в отношении больших классов явлений, дифференцированная — по отношению к отдельным объектам.

Для каждого человека характерен определенный набор психологических установок, который формируется на протяжении всей жизни в процессе анализа собственного опыта. Эти установки не всегда бывают рациональными и могут мешать человеку в процессе жизнедеятельности. Это особенно актуально в стрессовых ситуациях, к числу которых относится болезнь.

Теперь вернемся к пациентам с остеохондрозом. Информированность пациента о заболевании, его сути и методах лечения, выполнение рекомендаций врача; осознание пациентом перспектив, открывающихся в случае выздоровления, осознание угроз, которые несет за собой болезнь являются показателями сформированной у пациента саногенной установки, которая является результатом процесса саногенной рефлексии, заключающейся в преобразовании поведенческих стереотипов (психологических установок) в рационализованные, здоровьесберегающие установки. А такие установки крайне важны в ситуации болезни и специалист по социальной работе может способствовать их формированию.

В связи с вышесказанным, мы разработали программу социологического исследования и проанализировали психологические установки пожилых пациентов с диагнозом остеохондроз на предмет наличия у них са-

ногенной установки, что отразили в третьей главе.

Согласно полученным результатам лишь два компонента из шести присутствуют у всех респондентов — это осознание перспектив выздоровления и угроз болезни. Остальные компоненты присутствуют у некоторых пациентов в разном соотношении. Итак, основы саногенной установки (отношение к здоровью) присущи лишь 1/3 респондентов, около 46% пожилых имеют знания относительно своего заболевания, более 90% пациентов стараются следовать всем рекомендациям врача, 1/4 респондентов опасается последствий выздоровления и всего лишь 10% опрошенных злоупотребляют курением.

Помимо анализа компонентов, мы подсчитали средний показатель сформированности саногенной установки у пожилых людей. В каждой анкете мы считали сколько из заявленных бти компонентов присутствует у респондента и затем вывели среднее из 36 анкет. Таким образом, мы выяснили, что средний процент сформированности саногенной установки у пожилых людей с остеохондрозом составляет 64%. Данный результат является довольно неплохим, но все же далеким от идеала. Подробный анализ каждого блока вопросов подтверждает, что работа по формированию саногенной установки у данной клиентской группы — необходима. В этой связи мы разработали рекомендации по её формированию, описанные в третьем параграфе третьей главы.

На наш взгляд, следуя данным рекомендациям, возможно повысить средний процент сформированности саногенной установки у пожилых людей с остеохондрозом.

Список литературы

1. Михальченко Д.В., Жидовинов А.В., Чумаков В.И. Организация лекции с использованием интерактивных методов обучения на кафедре госпитальной хирургии. Научное обозрение. Педагогические науки. - № 1 - 2017. - С. 123-133.
2. Михальченко Д.В., Жидовинов А.В., Чумаков В.И. Телекоммуникационные технологии в обучении студентов по дисциплине «Биоинформатика и диагностика результативности данной технологии». Научное обозрение. Педагогические науки. № 6 – 2016.- С. 97-106.
3. Михальченко Д.В., Жидовинов А.В., Федотова Ю.М., Чумаков В.И., Орехов С.Н. Тестовые технологии в процессе обучения студентов. Научное обозрение. Педагогические науки. № 6 - 2016.- С. 93-96.
4. Артюхина А.И., Чумаков В.И. Интерактивные методы обучения в медицинском вузе. Учебное пособие для дополнительного профессионального образования преподавателей, участвующих в обеспечении образовательных программ группы «Здравоохранение». Волгоград, 2012.
5. Артюхина А.И., Великанов В.В., Великанова О.Ф., Чумаков В.И. Проектное обучение в формировании базовых и профессиональных компетенций студентов. В сборнике: Альманах-2014. Международная академия авторов научных открытий и изобретений, Волгоградское отделение.

ние; Российская академия естественных наук; Европейская академия естественных наук; Волгоградская академия МВД Российской Федерации. Волгоград, 2014. С. 294-299.

6. Артюхина А.И., Чумаков В.И. Реализация инноваций в высшей медицинской школе (андрагогический аспект). Экономические и гуманитарные исследования регионов. 2015. № 2. С. 14-20.

7. Артюхина А.И., Чумаков В.И. Педагогическая рефлексия как один из ведущих факторов качественного повышения квалификации врачей-педагогов медицинского университета. В книге: Медицинское образование 2013 Сборник тезисов конференции. 2013. С. 29-32.

8. Столярчук Л.И., Ануфриева Е.В., Полежаев Д.В., Машихина Т.П., Радзивилова М.А., Дресвянина А.В., Роговская Н.И., Шустова Л.П., Елькова Л.С., Зиновьева Э.Х., Чумаков В.И., Фролова Т.М., Розка В.Ю., Целуйко В.М., Блудилина О.А., Ворожбитова А.Л. Гендерный подход и вопросы образования. Волгоградский государственный медицинский университет. Волгоград, 2010 г., С. 56-63.

9. Столярчук Л.И., Ануфриева Е.В., Крюкова Т.А., Живолупова Н.А., Василенко А.В., Коробкова С.А., Роговская Н.И., Радзивилова М.А., Прянишникова Г.И., Машихина Т.П., Чумаков В.И., Столярчук И.А. Гендерное образование. Краснодар, 2011.

10. Чумаков В.И. Организация педагогического взаимодействия преподавателя и иностранных студентов на занятиях по социологии (гендерный аспект). Грани познания. 2010. № 2 (7). С. 48-49.

11. Артюхина А.И., Чумаков В.И. Учебные проекты по педагогике в подготовке аспирантов-медиков // Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке. 2016. Т. 18. № 11. С. 69-71.

12. Артюхина А.И., Чумаков В.И. Педагогика // Учебно-методическое пособие для клинических ординаторов / Волгоград, 2017.

13. Артюхина А.И., Чумаков В.И., Иванова Н.В. Формирование готовности преподавателей к инклюзивному обучению студентов // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2016. Т. 18. № 5. С. 85-87.

14. Артюхина А.И., Чумаков В.И., Иванова Н.В. Практическое занятие при инклюзивном обучении студентов

Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2016. Т. 18. № 5. С. 92-94.

15. Загребин В.Л., Фёдорова О.В., Терентьев А.В., Артюхина А.И., Чумаков В.И., Балалин А.С. Мобильное приложение для тестового контроля знаний студентов // в сборнике: актуальные проблемы современного образования: опыт и инновации материалы всероссийской научно-практической конференции (заочной) с международным участием. ответственный редактор А.Ю. Нагорнова. 2016. с. 351-356.

16. Кнышова Л.П., Артюхина А.И., Чумаков В.И. Контроль учебных достижений студентов-медиков в компетентностном формате // Современные наукоемкие технологии. 2016. № 6-1. С. 140-144.

17. Петров А.В., Щекин Г.Ю., Лакеев А.Е., Палехин М.В. Правоведение Учебно-методическое пособие / Волгоград, 2016.

18. Чижова В.М. Задачи преподавания социологии в медицинском вузе Грани познания. 2014. № 3 (30). С. 90-92.

19. Чижова В.М. Человек как адресат медицины и социальной работы В сборнике: Человек в пространстве болезни: гуманитарные методы исследования медицины Саратов, 2009. С. 10-13.

20. Чижова В.М., Богатырев А.А. Социальный портрет пациента с приобретенной беспомощностью // Социология медицины. 2015. Т. 14. № 1. С. 49-53.

21. Михальченко Д.В., Жидовинов А.В., Арутюнов Г.Р., Ефремян Г.М., Головченко С.Г. Сравнительная характеристика ретракторных гелей при протезировании несъемными ортопедическими конструкциями. Современные проблемы науки и образования. 2015. № 3. С. 229.

22. Слетов А.А., Сирак С.В., Давыдов А.Б., Мебония Т.Т., Арутюнов А.В. Аппаратный метод лечения переломов нижней челюсти при бифосфонатных остеонекрозах. Стоматология для всех. 2014. № 2. С. 32-35.

23. Сирак С.В., Долгалев А.А., Слетов А.А. Способ костной пластики при непосредственной дентальной имплантации. Патент на изобретение RUS 2366378 07.04.2008

24. Слетов А.А. Использование квч терапии при лечении посттравматических остеомиелитов нижней челюсти. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / ГОУВПО «Воронежская государственная медицинская академия». Воронеж, 2006.