

УДК 613.6+616-057:633:001.5

ЕРГОНОМІЧНІ ВИМОГИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ В СТОМАТОЛОГІЧНОМУ КАБІНЕТІ*Буря Л.В., Катрушов О. В.*

Українська медична стоматологічна академія, м Полтава

Дослідження робочого дня лікаря-стоматолога показало, що, організувавши свою роботу згідно ергономічних вимог, лікарі не тільки підвищують ефективність роботи, а й запобігають виникненню професійних захворювань. Будь-яка діяльність у практиці лікаря-стоматолога повинна бути організована у взаємозв'язку з персоналом. Лікар та інші працівники - усі повинні мати суворо розподілені, непересічні обов'язки. Необхідно упорядкувати робочий простір, щоб не було потреби ходити по кабінету в пошуку потрібних інструментів, миття рук і т.д. Лікар та асистент повинні сидіти у фізіологічно зручних позах. Основною умовою правильного положення при роботі з пацієнтом є таке положення, при якому добре видно робоче поле і при цьому не наноситься ніякої шкоди ні хребту, ні рукам.

Іншими важливими елементами в роботі лікаря-стоматолога є обладнання та робочий інструментарій. Основною вимогою при виборі стоматоло-

логічної установки є простота конструкції й освоєння, можливість легкого встановлення її елементів у потрібне положення. Стоматологічна установка разом із кріслом пацієнта повинна бути як можна більш простою, легко оброблятися м'якими та дезінфікуючими розчинами. Крісло має бути гладким з округлою поверхнею, без швів, зручним для пацієнта.

У відношенні до стоматологічного інструментарію ергономічні вимоги наступні: спеціальна укладка інструментів, яка зручна для роботи лікаря і медсестри та скорочує до мінімуму час пошуку, підготовки і збирання інструментів; конструювання рукояток інструментів з урахуванням анатомо-фізіологічних особливостей кисті лікаря; кольорове маркування рукояток інструментів з мінімальними розмірами робочих частин для полегшення їхнього розпізнавання; оптимальні режими зберігання, дезінфекції та стерилізації інструментарію.

УДК [616.716+617.52]-001.5

СТАН ОСОБИСТІСНОЇ ТА СИТУАТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ З ТРАВМАТИЧНИМИ УШКОДЖЕННЯМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ*Волошина Л.І.*

Українська медична стоматологічна академія (м.Полтава)

Обстежено 60 чоловіків віком від 25 до 55 років з переломами кісток лицевого скелету. Найбільш поширеними були переломи нижньої щелепи у ділянці кута (53,3%). Пацієнти з високим рівнем особистісної тривожності мали більший відсоток ускладнень (у 6 з 16, або 37,5%), ніж з низьким (у 1 з 11, або 9,1%). Доведено, що хворим з травматичними ушкодженнями щелепно-лицевої ділянки слід проводити корекцію стану особистісної тривожності для профілактики запальних ускладнень загоєння кісткової рани.

Ключові слова: ситуативна тривожність, особистісна тривожність, перелом нижньої щелепи.

Існує думка, що більшість хворих стоматологічних клінік складають психічно здорові люди. Певний відбиток на виникнення, перебіг та кінець захворювання накладає особистість пацієнта. М.Б.Швирков та співавт. (1999) встановили, що запальні ускладнення після переломів нижньої щелепи частіше виникають у інтравертованих осіб з емоційно-лабільною психікою.

Певний рівень тривожності – природна та обов'язкова особливість активної діяльності особистості. Під особистісною тривожністю розуміють стійку індивідуальну характеристику, яка відбиває здатність людини до тривоги, що сприймається достатньо широко і з певною реакцією у відповідь. Ситуативна, або реактивна тривожність, як стан, характеризується суб'єктивно переживаними емоціями: напруження, занепокоєння, стурбованість, нервозність. Вимірювання тривожності, як властивості особистості, особливо важливе, тому що ця індивідуальність визначає поведінку суб'єкта. Єдиною методикою, що дозволяє диференційова-

но вимірювати тривожність як особистісну властивість і як стан, є методика, запропонована Ч.Д.Спілбергером [1]. Люди з тривожністю, як рисою характеру, зазнають більшого впливу емоційного стресу, ніж ті, у кого тривожність виникає тільки в небезпечних ситуаціях. Ситуативна тривожність звичайно виявляється у визначених (але не в усіх) ситуаціях.

У своїй роботі щелепно-лицевому хірургу часто припадає спілкуватися з пацієнтами, у яких крім вираженого больового синдрому виявляється психоемоційне напруження, підкріплене страхом перед хірургічними маніпуляціями на обличчі.

Нами було обстежено 60 чоловіків віком від 25 до 55 років з переломами кісток лицевого скелету. Найбільш поширеними були переломи нижньої щелепи у ділянці кута (53,3%).

Серед обстежених 8 (13,3%) мали вищу освіту, 24 (40,0%) середню спеціальну, 28 (46,7%) середню освіту та неповну вищу. Безробітні складали 30% (18 осіб).