

Гаврилова И.С. канд. филос. наук
gavrilova.irene@yandex.ru

Токарева Ю.М. канд. социол. наук
kazachkova.djulia@yandex.ru

Кардаш О.И.
oxana89-reva@mail.ru

Волгоградский государственный медицинский университет,
факультет социальной работы и клинической психологии,
кафедра медико-социальных технологий
с курсом П и ОТ ДПО
Россия, Волгоград

DOI: 10.24153/2079-5912-2019-10-6-9-13

ОККУПАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КАК АСПЕКТ СОЦИАЛЬНОЙ ПРАКТИКИ В МЕДИЦИНЕ

Аннотация: Современные средства оккупациональной терапии, применяемые при реабилитации больных, в частности, пациентов, перенесших инсульт, к сожалению, нераспространенное явление в медицинской и социальной практике медико-социального сопровождения. В нашей статье мы делаем акцент на модели, конструктах процесса ресоциализации пациентов, перенесших инсульт, включающего программу оценки потенциала реабилитации пациентов средствами оккупациональной терапии. Ресоциализация формирует более обширное понятие в сравнении с реабилитацией, так как предлагает обретение новой социальной идентичности или достигнутой ранее в новых социальных условиях реконструктивной реальности. Успешность ресоциализации постинсультных пациентов зависит от правильной оценки их возможностей. В методологическом поле реабилитации есть понятие реабилитационный потенциал, характеризующий интегральный показатель, учитывающий резервные возможности реабилитируемого и влияние среды его обитания на процесс восстановления возможностей. Потенциал характеризует возможности реабилитации и, отвечая задачам реабилитации, разделяется на: потенциал восстановления и компенсации нарушенных функций, потенциал восстановления психологического состояния пациента, потенциал восстановления социальных связей. Уровень социальной независимости является показателем интеграции постинсультного больного в общество. Факторы, составляющие реабилитационный потенциал социальной реабилитации можно подразделить на две группы: социально-средовые, социально-трудоустроенные. При низком реабилитационном потенциале постинсультного больного успешная ресоциализация возможна при совокупности благоприятных социально-средовых факторах. Высшей формой ресоциализации постинсультного больного является восстановление его профессиональной трудоспособности. Потенциал восстановления трудоспособности зависит как от состояния здоровья, так и от социально-трудоустроенных факторов. Представляется важным отметить, что именно оккупациональная терапия имеет прямое влияние на изменение статуса больного при изучении динамики этих потенциалов.

Ключевые слова: реабилитационный потенциал, социальная практика в медицине, медико-социальные технологии, оценка качества медико-социальной работы.

Реабилитационный потенциал – это комплекс физиологических, биологических и психологических характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные способности и определяющих потенциальную возможность восстановления нарушенных функций ограниченных жизнедеятельности в результате перенесенных заболеваний и травм [8].

Исследование потенциала реабилитации необходимо проводить у всех пациентов, перенесших инсульт, на основе комплекса факторов. Потенциал характеризует возможности реабилитации в целом. В соответствии с задачами реабилитации, она может быть разделена на несколько частей: потенциал восстановления и компенсации нарушенных функций (медицинский аспект реабилитации), потенциал восстановления психологического состояния пациента (психологический аспект реабилитации), потенциал восстановления основных способностей к повседневной деятельности (социальный аспект реабилитации), потенциал восстановления социальных связей (семейно-общественный аспект реабилитации).

К медицинским факторам, определяющим успех реабилитации пациентов, больных мозговым инсультом, можно отнести: вид инсульта; область ограничения, вызванная мозговым инсультом; уровень неврологического дефицита; выраженность основного сосудистого заболевания; сопутствующие заболевания; место и время начала реабилитации. Основными последствиями инсульта являются: параличи, парезы, дизартрии, афазии, нарушения координации и дисфагии, которые определяют процесс формирования программы реабилитации с последующей ресоциализацией больного[1]. Итак, ранняя реабилитация, а, следовательно, и ресоциализация, способствует более раннему и полному восстановлению функциональных возможностей, социальных навыков и связей, снижается риск развития патологических и соматических осложнений. Что касается, места проведения, то оптимальные возможности для реабилитации больных инсультом создаются в специализированных отделениях и центрах.

Психологический аспект потенциала реабилитации обусловлен определением нозогнозического уровня, перенесенного заболевания, посредством методики ТООБЛ и мотивационно-личностного уровня с использованием шкалы внутреннего и внешнего контроля Дж.Роттера. Нозогнозический уровень включает в себя оценку внутренней картины болезни как при помощи выявления типа отношения к болезни, так и в плане модели прогноза заболевания и модели ожидаемых результатов восстановления. Выделяются 12 типов отношения к болезни, как адаптивных, так и дезадаптивных, психологическую диагностику которых лег-

ко можно произвести с помощью методики ТООБЛ.

Модель прогноза заболевания – одна из составляющих внутренней картины болезни. Она носит явно адаптивный характер и формируется больным на основе тех знаний, которые хочет, может и умеет использовать больной человек. Модель прогноза заболевания может включать как ориентацию на выздоровление, так и на смерть или инвалидность [9]. Модель ожидаемых результатов восстановления – создается самим больным, однако в ней большое значение имеет воздействие специалиста и окружающей среды, которые оказывают на человека влияние. Следовательно, необходимо создать комфортное пространство и условия, отвечающие требованиям и ожиданиям человека, перенесшего инсульт. Мотивационно-личностный уровень включает в себя оценку локуса контроля человека по внешнему и внутреннему признакам, которые, способны объяснить мотивацию и нацеленность на лечение, и выздоровление больного инсультом. Внешний локус (экстернальность) определяет склонность объяснять последствия своих поступков влиянием каких-либо обстоятельств, поскольку ответственность за свою деятельность они приписывают исключительно внешним условиям. По мнению Дж.Роттера, такие люди более эмоционально нестабильны и склонны к неопосредованному мышлению, одобрение и поддержка со стороны других людей формирует в них уверенность в собственных силах. Внутренний локус (интернальность) характеризует ответственность за собственные результаты, эмоциональную стабильность и склонность к логическому мышлению. Интернальность определяет высокую стрессоустойчивость в экстремальных ситуациях. Однако в каждом человеке проявляется амбивалентная тенденция экстернальности и интернальности, в «чистом» виде интерналов и экстерналов не существует. При формировании общего представления об успехе ресоциализации с учетом психологических особенностей пациентов необходимо сопоставить нозогнозический и мотивационно-личностные уровни, перенесенного заболевания больного[2]. Отмечается тенденции проявления высокого уровня интернальности у больных с неадаптивным отношением к болезни, и напротив у пациентов с внешним локусом отмечается адаптивные формы реагирования на болезнь и лечение. Следовательно, учет и анализ уровней психологического статуса больного поможет определить модель ожидаемых результатов к восстановлению и составить эффективную программу ресоциализации. Итогом психологического обследования по предложенным уровням является определение психологического аспекта потенциала реабилитации личности. Так, на нозогнозическом уровне высокий потенциал реабилитации прогнозируется среди пациентов гармонического и эргопатического типа отношения к болезни. Средний по-

тенциал реабилитации присущ лицам с сенситивным и ипохондрическим отношением к болезни. И наконец, низкий потенциал проявляется во всех остальных случаях неадаптивного отношения к болезни. Мотивационно-личностный аспект восстановления характеризует следующие уровни реабилитации: высокий уровень реабилитации присущ открытым и доверчивым людям с развитой сетью социальных контактов [3]. Такие больные стремятся к повышению своей образованности и расширению кругозора, они хорошо адаптируются к любым социальным условиям и коллективам. Наибольшее предпочтение данные больные отдают таким ценностям, как собственный престиж (т.е. завоевания признания в обществе за счет следования социальным требованиям), высокое материальное положение, достижения, а также активное участие в общественной жизни. Средний уровень реабилитационного потенциала определяет личностей, у которых отсутствуют ярко выраженные характерологические черты и поведенческие паттерны, которые бы способствовали легкой адаптации к текущей социально-психологической ситуации и к окружающей среде [5]. Здесь успешность адаптации во многом зависит от «приветливости окружения» и окружающей обстановки больного. Как правило, таким личностям характерны такие же ценностные ориентации, что и в первом случае, но в менее выраженной форме. И наконец, низкий уровень реабилитационного потенциала присущ недоверчивым, скрытым и застенчивым людям. Они требуют исключительной заботы о себе, постоянно желают показать другим свое особое положение в отношении болезни. В общении с людьми очень настойчивы, раздражительны и не терпят конкуренции. Таких людей характеризует высокий уровень тревожности и беспокойства. В своих ценностных ориентациях они в большей степени зафиксированы на своем материальном положении, остальные же ценности рассматриваются как второстепенные и опосредованные.

Социальная независимость лиц, перенесших инсульт, достигается не столько сохранностью способностей, сколько реабилитационными ресурсами окружающей среды. Т.е. способностью общества, социального окружения и близких родственников предоставить постинсультному больному равные возможности по сравнению со здоровыми людьми. По опросу врачей, в котором приняли участие 279 респондентов в процессе реабилитации сложнее всего взаимодействовать с родственниками пациента (47% опрошенных врачей стационара). Успешная ресоциализация обусловлена принадлежностью пациента к тем или иным первичным и вторичным социальным группам и уровнем активности их участия в процессе реабилитации.

Уровень социальной независимости является показателем интеграции постинсультного больного в общество. Факторы, составляющие реабилитационный потенциал социальной реабилитации можно подразделить на две группы: социально-средовые, социально-трудовые. При низком реабилитационном потенциале постинсультного больного успешная ресоциализация возможна при совокупности благоприятных социально-средовых факторов.

Резюме. Высшей формой ресоциализации постинсультного больного является восстановление его профессиональной трудоспособности. Потенциал восстановления трудоспособности зависит как от состояния здоровья, так и от социально-трудовых факторов (образовательного уровня, профессии, сохранности или утраты профессиональной пригодности).

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Белянская Е.Н., Краснова М.А. 100% реабилитация. Инсульт: как жить дальше?/ Е.Н. Белянская, М.А. Краснова — М., 2005.- 168 с.
2. Березуцкий В.И. Проблемы неврологии и психиатрии // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии.-2010.- №4. – С. 67.
3. Богатырев А.А., Чижова В.М. Влияние выученной беспомощности пациента на процесс взаимодействия с высшим медицинским персоналом //XVII Региональная конференция молодых исследователей Волгоградской области Тезисы докладов. 2012. С. 9-11.
4. Гидденс Э. Социология.М.:Феникс, 1999
5. Илларионов В. Основы реабилитологии.//Врач. – 1997. - №3. – с.6-10
6. Чижова В.М. Санологическое поведение как предмет исследования в социологии медицины //Социология медицины - реформе здравоохранения Научные труды III Всероссийской НПК. Минздравсоцразвития; Администрация города Волгограда; ВолгГМУ. 2010. С. 38-41.
7. Чижова В.М., Кардаш О.И. Содержание реабилитационного потенциала постинсультных пациентов как основы ресоциализации //Социальные аспекты здоровья населения. 2017. № 1 (53). С. 6.
8. Чижова В.М., Садыков И.В. Понятие "санологическое поведение" в категориальном поле социологии медицины // Сборник трудов НПК профессорско-преподавательского коллектива, посвященного 80-летию ВолгГМУ, 2015. С.89-92.
9. Шилова В.А., Угринович Д.А. Классификации коммуникативных стратегий в процессе реализации управленческих решений //Социологическая наука и социальная практика. 2018. Т. 6. № 4 (24). С. 84-94.

Gavrilova I.S.

Cand. philos. Sci.
The Volgograd State Medical University
Russia, Volgograd
gavrilova.irene@yandex.ru

Tokareva Yu.M.

Cand. sociol. Sci.
The Volgograd State Medical University
Russia, Volgograd
kazachkova.djulia@yandex.ru

Kardash O.I.

The Volgograd State Medical University
Russia, Volgograd
oxana89-reva@mail.ru

OCCUPATIONAL THERAPY AS A SOCIAL PRACTICE IN MEDICINE

Modern means of occupational therapy used in the rehabilitation of patients, in particular, patients with stroke, unfortunately, is not a common phenomenon in medical and social practice of medical and social support. Herein, we focus on models and constructs of stroke patients process resocialization, including a program for assessing the potential of patient rehabilitation using occupational therapy. Resocialization forms a broader concept in comparison with rehabilitation, as it offers the acquisition of a new social identity or reconstructive reality achieved earlier in the new social conditions. The success of resocialization of post-stroke patients depends on the correct assessment of their capabilities. In the methodological field of rehabilitation, there is the concept of rehabilitation potential, which characterizes the integral indicator, taking into account the reserve capabilities of the rehabilitated and the influence of his environment on the process of abilities restoration. The potential characterizes the possibilities of rehabilitation and, responding to the tasks of rehabilitation, is divided into: the potential for restoration and compensation of impaired functions, the potential for restoring the psychological state of the patient, the potential for restoring social connections. The level of social independence is an indicator of the integration of a post-stroke patient into society. Factors that make up the rehabilitation potential of social rehabilitation can be divided into two groups: social and environmental, social and labor. With a low rehabilitation potential of a post-stroke patient, successful resocialization is possible with a combination of favorable social and environmental factors. The highest form of resocialization of a post-stroke patient is the restoration of his professional ability to work. The potential for the restoration of disability depends both on the state of health and on social and labor factors. It seems important to note that it is occupational therapy that has a direct impact on the change in patient status when studying the dynamics of these potentials.

Keywords: rehabilitation potential, social practice in medicine, medical and social technologies, assessment of medical and social work quality.

Literature:

1. Belyanskaya E.N., Krasnova M.A. 100% reabilitaciya. Insul't: kak zhit' dal'she?/ E.N. Belyanskaya, M.A. Krasnova — M., 2005.- 168 s.
2. Berezuczkij V.I. Problemy` nevrologii i psixiatrii // Vestnik nevrologii, psixiatrii i nevroxirurgii.-2010.- №4. – С. 67.
3. Bogaty`rev A.A., Chizhova V.M. Vliyanie vy`uchennoj bespomoshhnosti pacienta na process vzaimodejstviya s vy`sshim medicinskim personalom //XVII Regional'naya konferenciya molody`x issledovatelej Volgogradskoj oblasti Tezisy` dokladov. 2012. S. 9-11.
4. Giddens E`. Sociologiya.M.:Feniks, 1999
5. Illarionov V. Osnovy` reabilitologii.//Vrach. – 1997. - №3. – s.6-10
6. Chizhova V.M. Sanologicheskoe povedenie kak predmet issledovaniya v sociologii mediciny` //Sociologiya mediciny` - reforme zdravooxraneniya Nauchny`e trudy` III Vserossijskoj NPK. Minzdravsocrazvitiya; Administraciya goroda Volgograda; VolgGMU. 2010. S. 38-41.
7. Chizhova V.M., Kardash O.I. Soderzhanie reabilitacionnogo potenciala postinsul`tny`x pacientov kak osnovy` resocializacii //Social`ny`e aspekty` zdorov`ya naseleniya. 2017. № 1 (53). S. 6.
8. Chizhova V.M., Sady`kov I.V. Ponyatie "sanologicheskoe povedenie" v kategorial`nom pole sociologii mediciny` // Sbornik trudov NPK professorsko-prepodavatel'skogo kollektiva, posvyashennogo 80-letiyu VolgGMU, 2015. S. 89-92.
9. Shilova V.A., Ugrinovich D.A. Klassifikacii kommunikativny`x strategij v processe realizacii upravlencheskix reshenij //Sociologicheskaya nauka i social`naya praktika. 2018. T. 6. № 4 (24). S. 84-94.