

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ MEDICAL PSYCHOLOGY

Научная статья
УДК 15:364
DOI: 10.14529/jpps220203

Целевые стратегии повышения реабилитационной приверженности личности на этапе инвалидности

Е.В. Морозова[✉]

Федеральное бюро медико-социальной экспертизы Минтруда России, г. Москва, Россия
[✉] elvamorozova@yandex.ru

Аннотация

Обоснование. Проблема реабилитационной приверженности личности обусловлена высоким уровнем инвалидизации населения. Основную структуру инвалидности в Российской Федерации составляют сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Рост инвалидности при заболеваниях данных нозологических групп определяет роль и значение комплексной реабилитации инвалидов. **Цель.** Разработать и апробировать целевые стратегии повышения реабилитационной приверженности у пациентов с инвалидностью вследствие ведущих инвалидизирующих патологий. **Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 69 инвалидов (II, III группы) вследствие ведущих инвалидизирующих патологий, из них 48 женщин и 21 мужчина, средний возраст 55 ± 12 лет. На стационарном этапе реабилитации у больных был выявлен низкий уровень реабилитационной приверженности (опросник ОРПЛ) и другие личностные риски дезадаптации, что являлось показанием к социально-психологической реабилитации. К участию в программе было отобрано 34 пациента на основании отсутствия выраженных когнитивных нарушений и мотивационной готовности к прохождению программы. Для оценки эффективности реабилитационной программы была сформирована контрольная группа, эквивалентная по основным медико-социальным показателям (диагнозу, полу, возрасту, группе инвалидности) из 35 пациентов, реабилитационные услуги которым не предоставлялись. **Результаты.** Была разработана и в течение 3,5 месяца реализована комплексная программа социально-психологического сопровождения, целью которой является повышение реабилитационной приверженности личности, включая психологическую направленность на реализацию реабилитационного процесса и повышение активности и участия личности в социальном функционировании. Для решения данной цели посредством комплекса реабилитационных мероприятий в индивидуальной и групповой форме проводилась коррекция эмоциональной и личностно-мотивационной сферы пациентов. **Заключение.** В результате реализованной программы психологического сопровождения инвалидов ведущих инвалидизирующих патологий достигнуты положительные динамические изменения по всем показателям опросника ОРПЛ, кроме профессиональной и образовательной самореализации, что позволяет рекомендовать программу к реализации в рамках предоставления реабилитационных услуг для инвалидов ведущих инвалидизирующих патологий в реабилитационных организациях.

Ключевые слова: психологическая реабилитация, активность и участие личности, реабилитационная приверженность личности, психологическая коррекция, инвалиды

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Морозова Е.В. Целевые стратегии повышения реабилитационной приверженности личности на этапе инвалидности // Психология. Психофизиология. 2022. Т. 15, № 2. С. 29–41. DOI: 10.14529/jpps220203

Target strategy for increasing commitment to rehabilitation in disabled individuals

E. V. Morozova[✉]

Federal Bureau of Medical and Social Expertise of the Ministry of Labor and Social Protection, Moscow, Russia

[✉] elvamorozova@yandex.ru

Abstract

Introduction. The problem of commitment to rehabilitation in disabled individuals is associated with high levels of disabled population. The main causes of disability in the Russian Federation are cardiovascular diseases, malignant neoplasms and diseases of the musculoskeletal system and connective tissue. Increased disability rates determine the importance of comprehensive rehabilitation of disabled individuals of these nosological groups. **Aim:** the paper aims to develop and test targeted strategies for increasing commitment to rehabilitation in disabled individuals with the most common pathologies. **Materials and methods:** the study involved 69 disabled individuals (group II/III) with the most common pathologies (48 female and 21 male patients, mean age 55 ± 12 years). Inpatient evaluation demonstrated low levels of commitment to rehabilitation (propensity to deviant behavior questionnaire) and other personal risks of maladjustment, which was an indication for socio-psychological rehabilitation. 34 patients were enrolled in the study due to the absence of cognitive impairment and readiness to complete study tasks. The control group ($n = 35$) with the same medical and social characteristics (diagnosis, gender, age, disability group) was formed to evaluate the effectiveness of the program. **Results:** a comprehensive rehabilitation program was developed and implemented within 3,5 months to increase commitment to rehabilitation in patients with respect to psychological aspects of rehabilitation and social performance of patients. Therefore, individual and group rehabilitation measures were taken aimed at changing emotional and motivational attitudes among patients. **Conclusion.** The results obtained demonstrate positive changes for all parameters of the questionnaire, except for professional and academic self-realization. Therefore, the rehabilitation program can be recommended for the inpatient treatment of disabled patients with the most common pathologies.

Keywords: psychological rehabilitation, commitment to rehabilitation, psychological correction, disabled people

The author declares no conflict of interest.

For citation: Morozova E.V. Target strategy for increasing commitment to rehabilitation in disabled individuals. *Psikhologiya. Psikhofiziologiya = Psychology. Psychophysiology.* 2022;15(2):29–41. (in Russ.) DOI: 10.14529/jpps220203

Введение

Проблема реабилитационной приверженности личности обусловлена высоким уровнем инвалидизации населения. Основную структуру инвалидности в Российской Федерации составляют сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Также рост инвалидизации наблюдается по заболеванию сахарный диабет как 1-го, так и 2-го типа [1]. Тяжесть инвалидирующих последствий¹ и рост инвалидности при данных

заболеваниях определяют роль и значение комплексной реабилитации инвалидов вследствие данных нозологических групп. С учетом стойких функциональных нарушений, обусловленных инвалидизацией, приводящих к ограничениям жизнедеятельности, а также социальной дезадаптации больных с инвалидирующими патологиями [2], важным компонентом их комплексной реабилитации является социальная реабили-

¹ О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экс-

пертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы. Приказ Минтруда России от 27.04.2019 № 585н (ред. от 08.12.2020).

тация с целью адаптации и интеграции инвалида в социум².

Однако достижению данной цели нередко препятствует пассивность личности в социальном восстановлении, что позволяет констатировать проблему реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизации, решаться которая должна в рамках социально-психологической реабилитации как важной составляющей комплексной реабилитационной парадигмы [3].

Проблема приверженности пациентов к лечению не нова и подробно изучена в медицине с позиций различных факторов риска приверженности [4], а также стратегий ее повышения, что широко представлено в отечественных и зарубежных публикациях по данной тематике [5–8].

В медицинской практике проблема приверженности преимущественно охватывает вопросы следования пациентом врачебным рекомендациям и рассматривается как комплаентное поведение больного в лечении [9], а также, за редким исключением, охватывает вопросы качества жизни, касающиеся коррекции вредных привычек, физической активности, соблюдения диеты и др. [10, 11].

Вместе с тем с учетом комплексной парадигмы реабилитации³, подразумевающей не только биологический аспект восстановления организма, но и личности в основных сферах жизнедеятельности, узкое понимание приверженности, принятое в медицине, уже не охватывает весь комплекс биопсихосоциальных реабилитационных задач.

В ходе эмпирического исследования реабилитационной активности больных с ведущими инвалидирующими патологиями [12] получены результаты, констатирующие наличие у пациентов широкого спектра психологических проблем, затрудняющих реализацию реабилитационного процесса на фоне их низкой (либо отсутствующей) приверженности к социальному восстановлению. Также в ходе проведенного исследования выявлены детер-

минанты реабилитационной приверженности и рисков личностной дезадаптации, что позволило обосновать феноменологию реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизации и обобщить методологические подходы по данной теме, основанные на эмпирических результатах в рамках новой психологической концепции – реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизации [13]. Данная концепция базируется на проблеме социальной реабилитации больных с ведущими инвалидирующими патологиями и ориентирована на повышение их активности и участия в социальном восстановлении. Концепция обобщает феноменологию формирования реабилитационной приверженности, включая: принципы ее построения; определение понятия; трехуровневую структурно-функциональную модель, объясняющую генез и функционал концепции. Описывает психодиагностические подходы к выявлению детерминант реабилитационной приверженности и личностных рисков дезадаптации, значимых для целей научно-методического обеспечения медико-социальной экспертизы и реабилитации больных при основных инвалидирующих патологиях, включая обоснование целевых стратегий повышения реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизации [13].

В статье представлены результаты разработки и апробации программы социально-психологического сопровождения, направленной на повышение реабилитационной приверженности лиц с инвалидностью, в рамках мероприятий социально-психологической реабилитации инвалидов. Реабилитационная приверженность концептуально определяется как интегративное ресурсно-преодолевающее свойство, отражающее направленность личности на реабилитацию, активность и участие в социальном функционировании в различных сферах жизнедеятельности (в быту, в социальной среде, межличностных отношениях, профессиональной и социокультурной самореализации, здоровьесберегающей деятельности) [13].

В данной статье обсуждаются результаты динамики показателей реабилитационной приверженности личности, для целей оценки которой был создан опросник (ОРПЛ), структурно состоящий из двух шкал – «психологическая направленность на реабилитацию» и «вовлеченность личности в социальное функционирование», что позволяет получить каче-

² О социальной защите инвалидов в Российской Федерации. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 08.12.2020).

³ Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 г., утв. Распоряжением Правительства РФ от 18 декабря 2021 г. № 3711-р.

ственно-количественные показатели реабилитационной приверженности у больных в соответствии с концептуально определенными основаниями приверженности к социальному восстановлению.

Материалы и методы

С целью реализации программы на этапе стационарной реабилитации в клинике ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России были отобраны пациенты с ведущими инвалидизирующими патологиями с инвалидностью вследствие заболеваний сердечно-сосудистой системы, злокачественных новообразований, сахарного диабета 1-го и 2-го типа и болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани. Пациенты систематически проходили стационарную комплексную реабилитацию, что позволило отобрать контрольную группу исследования из 35 человек (табл. 1). Контрольная группа была сформирована с целью сравнения в отсроченном периоде, не ранее чем через 3,5 месяца, психологических показателей пациентов, не участвующих в программе, с пациентами группы, участвующей в комплексной программе социально-психологического сопровождения.

Основную группу (реабилитационную), с которой проводились мероприятия социально-психологической реабилитации, составили 45 человек. В течение первого месяца 11 человек из реабилитационной группы выбыло по объективным причинам (невозможность

совмещения посещения реабилитационных мероприятий из-за рабочего графика либо по болезни). Таким образом, количество больных в реабилитационной группе составило 34 человека (табл. 2).

Всего в исследовании приняло участие 69 человек, из них 48 женщин и 21 мужчина, средний возраст 55 ± 12 лет. Группы сравнения были сопоставимы по основным медико-социальным показателям (возраст, диагноз, группа инвалидности). Для оценки реабилитационной приверженности применялся опросник (ОРПЛ) [14].

Перед началом реализации программы социально-психологического сопровождения больные были проинформированы о ее целях и подписали добровольное информированное согласие на участие в реабилитационных мероприятиях и проведение комплексного психологического обследования пациентов через 3,5 месяца после окончания программы с целью оценки динамики социально-психологического статуса пациентов.

Для отбора в программу по результатам психологической диагностики у всех больных выявлена потребность в психологической реабилитации, определен низкий уровень реабилитационной приверженности (ниже 30 баллов по методике ОРПЛ), что позволило наметить реабилитационные «мишени» и определить индивидуальный реабилитационный план для каждого пациента. Противопоказанием для включения в группы исследования

Таблица 1
Table 1

Основные медико-социальные показатели контрольной группы пациентов
Medical and social data of the control group

Классы болезней и нозологические формы Classification of diseases and related health problems	Абс. число Absolute value	Муж. Males	Жен. Females	Тяжесть инвалидности (группа) Disease severity (group)		
				I	II	III
Сахарный диабет – 1-го типа Type I diabetes	7	3	4	–	2	5
Сахарный диабет – 2-го типа Type II diabetes	8	2	6	–	3	5
Злокачественные новообразования Malignant neoplasms	5	–	5	–	5	–
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	7	4	3	–	1	6
Болезни системы кровообращения Diseases of the circulatory system	8	2	6	–	1	7
Всего: Total:	35	11	24	–	12	23

Таблица 2
Table 2Основные медико-социальные показатели реабилитационной группы пациентов
Medical and social data of the rehabilitation group

Классы болезней и нозологические формы Classification of diseases and related health problems	Абс. число Absolute value	Муж. Males	Жен. Females	Тяжесть инвалидности (группа) Disease severity (group)		
				I	II	III
Сахарный диабет – 1-го типа Type I diabetes	8	4	4	–	–	8
Сахарный диабет – 2-го типа Type II diabetes	7	1	6	–	2	5
Злокачественные новообразования Malignant neoplasms	5	–	5	–	5	–
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	7	3	4	–	1	6
Болезни системы кровообращения Diseases of the circulatory system	7	2	5	–	1	6
Всего: Total:	34	10	24	–	9	25

были стойкие выраженные и значительно-выраженные нарушения психических функций, с целью объективизации которых на этапе стационарной реабилитации все пациенты прошли тестирование когнитивных функций [15]. Таким образом, в группы исследования вошли больные с выявленными психологическими «дефицитами», которые являются показаниями к социально-психологической реабилитации, при отсутствии стойких выраженных и значительно выраженных когнитивных нарушений.

После реализации программы социально-психологического сопровождения была проведена повторная психологическая диагностика реабилитационной приверженности по методике ОРПЛ и сравнение средних суммарных показателей, полученных в реабилитационной группе, с показателями контрольной группы. Для выявления статистически достоверных различий в группах до реализации программы и после использовался статистический метод t-критерий Стьюдента для независимых выборок. Различия показателей считались значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты

Разработка программы базировалась на анализе эмпирических результатов, полученных в ходе изучения личности в условиях инвалидизации вследствие ведущих инвалидирующих патологий. Обобщение результатов

исследования, а также структурно-функциональная модель реабилитационной приверженности личности и принципы ее организации позволили выделить основные целевые реабилитационные диспозиции («мишени») повышения реабилитационной приверженности, на основании которых была разработана программа социально-психологического сопровождения больных ведущими инвалидирующими патологиями.

С учетом изложенного основной целью программы было повышение реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизации посредством комплексного социально-психологического воздействия. Для достижения данной цели были определены и реализованы основные целевые стратегии программы, которые состояли из задач:

- профилактики и коррекции негативных психоэмоциональных состояний у больных, обусловленных стойкими нарушениями функций и ограничениями жизнедеятельности;

- обучения больных различным техникам психоэмоциональной саморегуляции и формирования навыков их самостоятельного использования на регулярной основе;

- формирования реабилитационной компетентности для организации здоровьесбережения в части ориентации инвалида на ответственное отношение к выполнению индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (далее – ИПРА);

– развития у больных знаний о новых реабилитационных технологиях, современных технических средствах реабилитации для достижения функциональной компенсации, полностью либо частично снижающих ограничения жизнедеятельности;

– реализации профессиональной ориентации инвалидов с целью получения профессионального образования с учетом функциональных нарушений для последующего рационального трудоустройства (включая формирование навыков самопрезентации на рынке труда, информирование о возможностях трудоустройства с учетом принципа «разумного приспособления», информирование о возможностях профессиональной переподготовки и повышения профессиональной квалификации для расширения возможностей социальной независимости и др.);

– коррекции у больных внутренней картины инвалидности [16] (включая формирование адекватных представлений об инвалидности, в том числе посредством информирования о нормативно-правовых аспектах инвалидности, о специфике ее свойств и динамических изменениях в связи с полной и частичной реабилитацией в целях формирования у больных психологического принятия возможности снижения степени тяжести группы инвалидности либо снятия статуса «инвалид» в связи с функциональным восстановлением);

– информирования и консультирования больных о различных способах организации досуга и возможных видах культурно-досуговой деятельности;

– коррекции, гармонизации, профилактики дезадаптивных проявлений в сфере самосознания (самооценки, идентичности), формирования адекватной самооценки (переоценки собственных возможностей и социально-ролевых позиций для развития и укрепления самоэффективности к реализации основных сфер жизнедеятельности);

– коррекции мотивационно-смысловой сферы (иерархии мотивов); развития социальной перспективы (построения планов самореализации в различных сферах жизнедеятельности, формирования ближайшей и отдаленной перспективы самореализации в межличностной, образовательной/трудовой/культурно-досуговой сферах);

– коррекции (развития) копинг-компетентности (выработке адаптивных форм сов-

ладающих стратегий когнитивного и поведенческого регистра), ориентирующей инвалида на решение текущих социально-бытовых задач жизнеустройства, на посильную вовлеченность и участие в различных сферах социального функционирования;

– ориентации пациента на активную реализацию реабилитационных задач, включая деятельность, направленную на здоровьесбережение.

Программа реализовывалась в рамках амбулаторных услуг по социально-психологической реабилитации и абилитации, предоставляемых инвалидам в ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России в соответствии с ИПРА⁴.

При составлении индивидуального плана реабилитации помимо психологических реабилитационных диспозиций (целей реабилитации), выявленных в ходе психологической диагностики, были учтены функциональные нарушения пациентов.

Мероприятия, направленные на коррекцию психологических (личностных) проблем, осуществлялись психологами в индивидуальном и групповом формате (психопрофилактические лекции и тренинги, психотерапевтические группы, коммуникативные, личностно-мотивационные тренинги, индивидуальное психологическое консультирование, коррекционные занятия и др.).

Для больных сахарным диабетом 1-го и 2-го типа в план была включена «Школа сахарного диабета», в рамках которой с пациентами эндокринологического профиля наряду с профильными специалистами врачам-эндокринологами проводили занятия психологи. Для пациентов с ограничением передвижения были включены занятия в «Школе ходьбы», в рамках которой помимо занятий с инструктором АФК также проводились психологическое консультирование и личностно-мотивационные тренинги. Для пациенток с постмастэктомическим синдромом проводились занятия с участием психолога и специалиста по социальной работе в кабинете социально-бытовой адаптации с

⁴ Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными гос. учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм. Приказ Минтруда России от 13.06.2017 № 486н (ред. от 15.12.2020).

применением специализированного реабилитационного оборудования (включая стол «механотерапии») для снятия ограничения объема движения.

Все пациенты проходили индивидуальное психологическое консультирование. Также по желанию и необходимости к работе привлекались члены семьи пациентов (в рамках семейного психологического консультирования). Помимо индивидуальной работы пациенты проходили групповые обучающие, информационные занятия по психопрофилактике и различные тематические тренинги не реже 1 раза в неделю.

С учетом роли психоэмоциональной стабильности в формировании и закреплении адаптивных стратегий реабилитационной приверженности все пациенты в ходе программы психологического сопровождения дважды в неделю принимали участие в индивидуальных и групповых занятиях, направленных на коррекцию психоэмоционального состояния, в том числе с использованием современного реабилитационного оборудования (сенсорной комнаты, аппаратно-программных комплексов: интерактивной системы виртуальной реальности Nirvana, «БосЛАБ», «Сенсориум»)⁵ [17–19].

После прохождения программы психологической реабилитации у пациентов реабилитационной группы по сравнению с больными контрольной группы были выявлены значимые динамические изменения по показателям реабилитационной приверженности личности (табл. 3).

По результатам диагностики реабилитационной приверженности посредством опросника ОРПЛ после завершения программы социально-психологического сопровождения выявлены следующие результаты в контрольной и реабилитационной группах. В контрольной группе через 3,5 месяца каких-либо значимых статистически значимых различий и положительных динамических изменений не выявлено.

В реабилитационной группе после прохождения программы социально-психологического сопровождения выявлены статисти-

чески значимые различия практически по всем показателям опросника ОРПЛ (на уровне $p < 0,05$). Отсутствие динамики выявлено лишь по показателю «профессиональная и образовательная самореализация». Данный результат является ожидаемым, так как проблема трудоустройства и организации занятости инвалидов является наиболее сложной не только по причине низкой мотивации инвалидов к профессиональной самореализации, но и по объективным причинам. С учетом специфики трудоустройства и организации занятости инвалидов данная проблема зачастую обусловлена в большей степени средовыми факторами и проблемой отсутствия рабочих мест [20, 21]. Вместе с тем это свидетельствует о дальнейшей необходимости совершенствования реабилитационных подходов к профессиональной реабилитации лиц с инвалидностью и обеспечения их трудоустройства.

Суммарный показатель реабилитационной приверженности в реабилитационной группе также статистически значимо увеличился (на уровне $p < 0,05$) по сравнению с показателем контрольной группы, социально-психологическая реабилитация пациентов в которой не проводилась. Рост данного показателя свидетельствует о том, что уровень реабилитационной приверженности в группе, прошедшей программу социально-психологического сопровождения, качественно изменился с «низкого», соотносящегося со значениями опросника от 21 до 29 баллов, до «сформированного», соотносящегося со значениями по опроснику ОРПЛ от 30 до 35 баллов.

Обсуждение

Все больные реабилитационной группы в ходе прохождения пролонгированной программы социально-психологического сопровождения получили в среднем 120 ± 5 реабилитационных услуг, оказываемых специалистами – психологами и медицинскими психологами в рамках государственного задания ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России на оказание амбулаторной социально-психологической реабилитации инвалидов в соответствии с их ИПРА.

Больные реабилитационной группы по окончании программы социально-психологического сопровождения прошли опрос, целью которого было выявление субъективной оценки удовлетворенности качеством оказа-

⁵ Аксенова Е.И., Горбатов С.Ю. Применение технологий виртуальной и дополненной реальности в здравоохранении // Труды НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента: сб. науч. тр. М. 2021. С. 242–261.

Результаты сравнения показателей реабилитационной приверженности больных (методика ОРПЛ) в группах до и после программы социально-психологического сопровождения
The data for commitment to rehabilitation in the control and rehabilitation groups before and after the program (propensity to deviant behavior questionnaire)

Показатели реабилитационной приверженности Parameters of commitment to rehabilitation	До реабилитации Before rehabilitation		После реабилитации After rehabilitation	
	Контрольная группа Control group	Реабилитационная группа Rehabilitation group	Контрольная группа Control group	Реабилитационная группа Rehabilitation group
Когнитивное самоубеждение Cognitive self-persuasion	3,00 ± 0,75	3,01 ± 0,40	3,03 ± 1,03	3,56 ± 0,32*
Планирование перспективы будущего Planning of the future	3,05 ± 0,80	3,04 ± 0,52	3,01 ± 1,14	3,86 ± 0,20*
Воля и ответственность за свое здоровье Will and responsibility for one's health	3,17 ± 0,71	3,12 ± 0,52	3,10 ± 0,43	3,43 ± 0,32*
Дисциплина в лечении Self-discipline in treatment	3,08 ± 0,46	3,05 ± 0,42	3,02 ± 0,20	3,65 ± 0,02*
Реабилитационная компетентность Rehabilitation competence	2,01 ± 0,88	2,05 ± 0,47	2,02 ± 1,03	3,34 ± 0,59*
Профессиональная/образовательная самореализация Professional/academic self-realization	2,70 ± 0,94	2,68 ± 0,57	2,63 ± 0,03	2,75 ± 0,82
Творческая самореализация Creative self-realization	3,50 ± 0,62	3,04 ± 0,37	3,31 ± 1,02	3,99 ± 0,36*
Культурная активность в социуме Cultural activity in the society	2,08 ± 0,70	2,09 ± 0,54	2,02 ± 1,54	3,06 ± 0,27*
Самореализация в межличностных отношениях Self-realization in interpersonal relations	3,51 ± 0,86	3,70 ± 0,42	3,65 ± 2,03	3,99 ± 0,28*
Реализация бытового жизнеустройства Routine self-realization	2,66 ± 0,79	2,64 ± 0,18	2,54 ± 0,79	2,97 ± 0,21*
Суммарный показатель (уровень реабилитационной приверженности личности) Total (level of commitment to rehabilitation)	28,76 ± 3,30	28,42 ± 2,21	28,33 ± 3,24	34,60 ± 1,60*

* – статистически значимые различия показателей реабилитационной группы от показателя контрольной группы при $p < 0,05$.

* – differences are significant at $p < 0.05$ compared to the control group.

ния реабилитационных услуг в ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России.

Из общего количества больных у 78 %, прошедших программу психологического сопровождения, к различным мероприятиям программы были привлечены ближайшие родственники (супруги, дети, родители).

По мнению больных, участие в программе родственников положительно сказалось и было полезным как в отношении по-

лучения родственниками знаний о психопрофилактике, повышении их реабилитационной компетентности, так и для гармонизации внутрисемейных отношений.

У 92 % больных после прохождения программы отмечено улучшение взаимоотношений с ближайшим окружением, которое они связывают с эффектом от полученных в ходе программы социально-психологических мероприятий.

Также 86 % больных отметили, что после реализации программы они стали более уравновешенными, активными в реализации жизнедеятельности, и указали на то, что программа помогла им перераспределить внимание с болезни и различных проблем, связанных с инвалидностью, на другие стороны жизни (семью, самореализацию в творчестве, познание новых интересных видов деятельности, повышение самооценности и др.).

В отношении приоритетов участия в различных мероприятиях программы больные особо выделили групповые психологические тренинги, отметив их значимость для наработки «коммуникативных навыков, полезных для жизни», а также, со слов больных, «полезных знаний о психологии и ее влиянии на человека». Также больные отметили в качестве наиболее приятных и интересных мероприятий занятия с психологом в сенсорной комнате и на аппаратно-программных комплексах, что по мнению 96 % пациентов способствовало освоению навыков эмоциональной саморегуляции и снятию нервного напряжения. После завершения программы 95 % больных отметили повышение способности к самоконтролю, что, по их словам, способствовало созданию более комфортной обстановки в семье и при общении с ближайшим окружением.

В целом по результатам опроса 100 % больных отметили полезность пройденной ими программы социально-психологического сопровождения, в том числе указав, что субъективно улучшилось не только их психоэмоциональное, но и соматическое состояние. Из общего количества прошедших программу больных 95 % указали, что хотят иметь возможность получать услуги психолога в социальных организациях по месту жительства (в центрах социального обслуживания). При этом 90 % указали на низкую доступность услуг данного вида и отсутствие профильных специалистов в районных центрах социального обслуживания. Практически все больные (95 %) изъявили желание в перспективе быть получателями услуг по социально-психологической реабилитации именно в ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России.

Важно отметить, что в ходе динамического наблюдения за больными реабилитационной группы при их повторной госпитализации для прохождения очередного курса стационарной реабилитации в клинике ФГБУ ФБ

МСЭ Минтруда России профильными специалистами (терапевтами, эндокринологами, неврологами, инструкторами АФК, ортопедами) были исследованы основные клиничко-функциональные параметры в изучаемых группах, связанные с объективным улучшением клиничко-функциональных показателей, таких как: нормализация массы тела, снижение артериального давления, нормализация показателей гликированного гемоглобина, снижение колебаний глюкозы, улучшение функции почек, восстановление амплитуды движения в пораженном суставе, уменьшение отека вследствие мастэктомического лимфостаза, уменьшение болевого синдрома, увеличение скорости ходьбы и др. Данные положительные изменения характеризуют частичное снижение ограничений жизнедеятельности и повышение субъективного социального благополучия больных, что подтвердилось данными опроса, а также положительной динамикой психологических показателей, отражающих улучшение активности, самочувствия и настроения у больных, прошедших программу социально-психологического сопровождения. По результатам обследования больных выявлено, что в группе, прошедшей программу социально-психологического сопровождения, количество больных с выявленной положительной динамикой клиничко-функциональных параметров выше по сравнению с группой, в которой больные не получали социально-психологических услуг (см. рисунок).

Выявленная в ходе реализации программы социально-психологического сопровождения динамика показателей реабилитационной приверженности отражает положительные изменения психологической направленности личности на восстановление, включая повышение позитивного восприятия действительности, сформированности целей, планов и перспектив жизнедеятельности, активации волевого компонента и дисциплины в вопросах сохранения здоровья, повышения реабилитационной компетентности для организации здоровьесберегающей деятельности. В целом данные изменения способствовали повышению активности и участия больных в социальном функционировании как в части реализации бытового жизнеустройства, так и в сферах творческой, социокультурной и межличностной самореализации. Данные изменения являются индикаторами социальной



Рис. Результаты динамики показателей реабилитационной приверженности инвалидов в группах после программы социально-психологического сопровождения
 Fig. Changes in commitment to rehabilitation in the control and rehabilitation groups after the rehabilitation program

адаптации и социальной интеграции и полностью соотносятся с целями и задачами реабилитации инвалидов.

Заключение

В ходе реализации программы социально-психологического сопровождения инвалидов отработаны ее структурные элементы, включая порядок оказания услуг: входящей и контрольной психологической диагностики, услуг по информированию, психологическому консультированию, индивидуальным и групповым коррекционным занятиям и тренингам (посредством различных психотерапевтических, психокоррекционных методов и технологий, а также реабилитационного оборудования), просветительских мероприятий для пациента и его ближайшего окружения.

Таким образом, в ходе реализации программы социально-психологического сопровождения, направленной на выявление и коррекцию у инвалидов личностных рисков дезадаптации, выявлены положительные динамические изменения параметров, характеризующих повышение реабилитационной приверженности личности в условиях инва-

лидации, что свидетельствует об ее эффективности. С учетом изложенного программа социально-психологической реабилитации инвалидов, направленная на повышение реабилитационной приверженности личности, с учетом комплексного воздействия (в том числе с использованием аппаратно-программных комплексов в соответствии с рекомендуемым оборудованием в Приказе Минтруда России⁶) может быть рекомендована к реализации реабилитационных услуг в реабилитационных организациях для инвалидов ведущих инвалидизирующих патологий, начиная с базового уровня реабилитационных организаций, приближенных к месту жительства инвалида.

⁶ Об утверждении примерных положений о многопрофильных реабилитационных центрах для инвалидов и детей-инвалидов, а также примерных перечней оборудования, необходимого для предоставления услуг по социальной и профессиональной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов. Приказ Минтруда России от 23.04.2018 № 275.

Список источников

1. Дымочка М.А., Красновская Е.С., Веригина Н.Б. Показатели инвалидности у взрослого населения Российской Федерации за период 2017–2019 гг. (информационно-аналитический материал) // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2020. № 2. С. 7–26.
2. Бонкало Т.И., Гольцов А.В., Шмелева С.В. Особенности психологической адаптации инвалидов с поздним поражением опорно-двигательного аппарата // Вестник Московского государственного областного университета. 2016. № 4. С. 11. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=27811183> (дата обращения 22.10.2021)
3. Дымочка М.А. Морозова Е.В., Жукова Е.В. Психологическая реабилитация в структуре комплексной реабилитации инвалидов (методологические и нормативно-правовые подходы) // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2020. № 2. С. 75–84.
4. Семенова О.Н., Наумова Е.А. Факторы, влияющие на приверженность к терапии: параметры ВОЗ и мнение пациентов кардиологического отделения // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2013. Т. 3, № 3. URL: <http://medconfer.com/node/2079> (дата обращения: 12.10.2021).
5. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences / R. Chowdhury, H. Khan, E. Heydon [et al.] // European Heart Journal. 2013. Vol. 34 (38). P. 2940–2948.
6. Impact of statin adherence on cardiovascular disease and mortality outcomes: a systematic review / M.A. De Vera, V. Bhole, L.C. Burns, D. Lacaille // British Journal of Clinical Pharmacology. 2014. Vol. 78 (4). P. 684–698.
7. Identification of validated questionnaires to measure adherence to pharmacological antihypertensive treatments / B. Pérez-Escamilla, L. Franco-Trigo, J.C. Moullin [et al.] // Patient Prefer Adherence. 2015. Vol. 9. P. 569–578.
8. Vlasnik J.J., Aliotta S.L., DeLor B. Medication adherence: factors influencing compliance with prescribed medication plans // Case Manager. 2005. Vol. 16 (2). P. 47–51.
9. Солондаев В.В., Сумеркина Д.В. Комплаенс в общении врач-больной // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2011. № 4. URL: http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2011_4_9/pomer/pomer24.php (дата обращения: 22.10.2021).
10. Елфимова Е.В., Елфимов М.А. Личность и болезнь: «внутренняя картина болезни», качество жизни и приверженность // Заместитель главного врача. 2009. № 11. С. 18–25.
11. Шмелева С.В. Особенности качества жизни женщин старшего возраста в современной России // Социальная политика и социология. 2009. № 1 (43). С. 112–116.
12. Морозова Е.В. Изучение реабилитационной активности больных с основной инвалидизирующей патологией в условиях медико-социальной экспертизы и реабилитации // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2019. № 4. С. 38–49.
13. Морозова Е.В., Алексанин С.С. Концептуальный подход к разработке проблемы реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизирующего заболевания // Вестник психотерапии. 2021. Т. 80 (85). С. 128–147.
14. Морозова Е.В. Новые диагностические подходы к оценке реабилитационной приверженности личности // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2020. № 1. С. 61–73.
15. Оценка когнитивных функций по шкале МОСА у пациентов эндокринологического и кардиологического профилей / Н.В. Комиссарова, В.П. Бывальцева, М.А. Мичурина [и др.] // Вестник медицинского института «Реавиз». 2021. № 2. С. 106–112.
16. Рыбников В.Ю., Морозова Е.В. Структурно-динамическая модель «внутренней картины инвалидности» в контексте психологической реабилитации // Вестник психотерапии. 2016. Т. 57 (62). С. 113–133.
17. Львова Н.В., Костерева Л.И. Применение интегративного подхода в психологической реабилитации женщин с раком молочной железы // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2015. № 1. С. 65–71.
18. Львова Н.В. Коррекция психофизиологического состояния пациентов с помощью аудиовизуальной вибротактильной музыкальной системы «Сенсориум» на базе кресла «невесомость» // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2012. № 3. С. 19–22.
19. Новикова К.В. Психологическая коррекция нервно-психического состояния людей, перенесших инсульт, в условиях сенсорной комнаты // Психолог. 2021. № 2. С. 1–19.

20. Шуйская К.Г. Особенности трудоустройства инвалидов // Делопроизводство и кадры. 2015. № 6. С. 17–29. URL: <https://base.garant.ru/57473697/> (дата обращения 22.10.2021)

21. Пашкова Г.Г. Проблемы занятости и трудоустройства инвалидов в Российской Федерации // Вестник Томского государственного университета. Право. 2018. Т. 29. С. 162–173.

Поступила 01.03.2022; одобрена после рецензирования 25.03.2022; принята к публикации 20.04.2022.

Информация об авторе:

Морозова Елена Валерьевна, кандидат психологических наук, руководитель научно-методического центра по комплексной реабилитации – заместитель руководителя, Федеральное бюро медико-социальной экспертизы Минтруда России (Россия, 127486, Москва, ул. Ивана Сусанина, 3). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1897-5776>, elvamorozova@yandex.ru

Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

References

1. Dymochka M.A., Krasnovskaya E.S., Verigina N.B. Disability rates in the adult population of the Russian Federation for the period 2017-2019. *Mediko-socialnui problem invalidnosti = Medical and social problems of disability*. 2020; 2:7–26. (in Russ.).

2. Bonkalo T.I., Golcov A.V., Shmelev S.V. et al. Features of psychological adaptation of disabled people with late lesions of the musculoskeletal system. *Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta = Bulletin of Moscow State Regional University (e-journal)*. 2016;4:11. Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=27811183> (accessed 22.10.2021) (in Russ.).

3. Dymochka M.A., Morozova E.V., Zhukova E.V. Psychological rehabilitation in the structure of complex rehabilitation of disabled people (methodological and regulatory approaches). *Mediko-socialnui problem invalidnosti = Medical and social problems of disability*. 2020;2:75–84. (in Russ.).

4. Semenova O.N. Factors influencing adherence to therapy: WHO parameters and the opinion of patients of the cardiology department. *Bulleten medicinskih internet-conferencii = Bulletin of medical Internet conferences*. 2013;3(3). Available at: <http://medconfer.com/node/2079> (accessed 12.10.2021) (in Russ.).

5. Chowdhury R., Khan H., Heydon E. et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *European Heart Journal*. 2013;34(38):2940–2948.

6. De Vera M.A., Bhole V., Burns L.C., Lacaille D. Impact of statin adherence on cardiovascular disease and mortality outcomes: a systematic review. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2014;78(4):684–698.

7. Pérez-Escamilla B., Franco-Trigo L., Moullin J.C. et al. Identification of validated questionnaires to measure adherence to pharmacological antihypertensive treatments. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:569–578.

8. Vlasnik J.J., Aliotta S.L., DeLor B. Medication adherence: factors influencing compliance with prescribed medication plans. *Case Manager*. 2005;16(2):47–51.

9. Solondaev V.V., Sumerkina D.V. Compliance in doctor-patient communication. *Medicinskaya psichologiya v Rossii: elektronii nauchnii gurnal = Medical Psychology in Russia: electronic scientific journal*. 2011;4. Available at: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_4_9/nomer/nomer24.php (accessed 22.10.2021) (in Russ.).

10. Elfimova E.V., Elfimov M.A. Personality and illness: "the internal picture of the disease", quality of life and commitment. *Zamestitel glavnogo vracha = Deputy Chief Physician*. 2009;11:18–25. (in Russ.).

11. Shmeleva S.V. Features of the quality of life of older women in modern Russia. *Socialnaya politika i sociologiya = Social policy and sociology*. 2009;1 (43):112–116. (in Russ.).

12. Morozova E.V. The study of rehabilitation activity of patients with basic disabling pathology in the conditions of medical and social expertise and rehabilitation. *Mediko-socialnui problem invalidnosti = Medical and social problems of disability*. 2019;4:38–49. (in Russ.).

13. Morozova E.V., Aleksanin S.S. Conceptual approach to the development of the problem of rehabilitation commitment of the individual in conditions of disabling disease. *Vestnik psichoterapii = Bulletin of psychotherapy*. 2021;80(85):128–147. (in Russ.).
14. Morozova E.V. New diagnostic approaches to assessing the rehabilitation commitment of the individual. *Mediko-socialnue problem invalidnosti = Medical and social problems of disability*. 2020;1:61–73. (in Russ.).
15. Komissarova N.V., Buvalceva V.P., Michurina M.A. et al. Assessment of cognitive functions on the MOCA scale in patients with endocrinological and cardiological profiles. *Vestnik medicinskogo instituta "Reaviz" = Bulletin of the Medical Institute "Reaviz"*. 2021;4:71–75. (in Russ.).
16. Rybnikov V.Yu., Morozova E.V. Structural-dynamic model of the "Internal picture of disability" in the context of psychological rehabilitation. *Vestnik psichoterapii = Bulletin of Psychotherapy*. 2016;57(62):113–133. (in Russ.).
17. Lvova N.V., Kostereva L.I. Application of an integrative approach in the psychological rehabilitation of women with breast cancer. *Mediko-socialnue problem invalidnosti = Medical and social problems of disability*. 2015;1:65–71. (in Russ.).
18. Lvova N.V. Correction of the psychophysiological state of patients using the audiovisual vibrotactile musical system "Sensorium" based on the "zero gravity" chair. *Mediko-socialnue problem invalidnosti = Medical and social problems of disability*. 2012;3:19–22. (in Russ.).
19. Novikova K.V. Psychological correction of the neuropsychic state of people who have had a stroke in a sensory room. *Psiholog = Psychologist*. 2021;2:1–19. (in Russ.).
20. Shuyskaya K.G. Features of employment of disabled people *Deloproizvodstvo i kadru = Office work and personnel*. 2015;6:78 Available at: URL: <https://base.garant.ru/57473697/> (accessed 22.10.2021) (in Russ.).
21. Pashkova G.G. Problems of employment and employment of disabled people in the Russian Federation. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Pravo = Bulletin of Tomsk State University. Righth*. 2018;29:162–173. (in Russ.).

Submitted 01.03.2022; approved after reviewing 25.03.2022; accepted for publication 20.04.2022.

About the author:

Elena V. Morozova, Candidate of Psychological Sciences, Head of the Scientific and Methodological Center for Complex Rehabilitation – Deputy Head of the Federal State Budgetary Institution "Federal Bureau of Medical and Social Expertise" of the Ministry of Labor of Russia (3 Ivan Susanin str., Moscow, 127486, Russia). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1897-5776>, elvamorozova@yandex.ru

The author has read and approved the final manuscript.