

УДК 316.014:612.8

ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА В УСЛОВИЯХ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ, СРЕДСТВАМИ ОККУПАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Кардаш О.И.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», Волгоград,
e-mail: oxana89-reva@mail.ru

В статье представлена интерпретация аспектов реабилитационного потенциала в отношении пациентов, перенесших инсульт, которые проходят процесс ресоциализации. К данным аспектам восстановления относятся: потенциал восстановления и компенсации нарушенных функций (медицинский аспект реабилитации), потенциал восстановления психологического состояния больного (психологический аспект реабилитации), потенциал восстановления основных способностей к повседневной деятельности (социальный аспект реабилитации), потенциал восстановления социальных связей (семейно-общественный аспект реабилитации). Применение средств оккупациональной терапии в оценке потенциала реабилитации определяют клиентцентрированный подход. Он дает возможность определить степень важности удовлетворения потребности, которая возникла в результате полученной дисфункции, что существенно отличает его от традиционной формы реабилитации. В исследовании определяется индивидуализированная мера функциональной активности человека с учетом его индивидуальной потребности в восстановлении конкретного ограничения.

Ключевые слова: оккупационная терапия, реабилитация, пациенты, перенесшие инсульт, ресоциализация

ASSESSMENT OF REHABILITATION POTENTIAL IN THE CONTEXT OF REHABILITATION OF STROKE PATIENTS WITH USED OCCUPATIONAL THERAPY TOOLS

Kardash O.I.

Volgograd State Medical University, Volgograd, e-mail: oxana89-reva@mail.ru

The article presents the interpretation of the assessment of rehabilitation potential in patients with stroke who undergo a process of resocialization. These aspects of recovery include: the potential for recovery and compensation of impaired functions (the medical aspect of rehabilitation), the potential recovery of the psychological state of the patient (psychological aspects of rehabilitation), the potential recovery of basic abilities to perform everyday activities (social aspect of rehabilitation), the potential recovery of social ties (family-social aspect of rehabilitation). Use of the funds for occupational therapy in the evaluation of potential rehabilitation determine clientcentered approach. It gives the possibility to determine the degree of importance of meeting the needs which arose in the result of dysfunction that distinguishes it from traditional forms of rehabilitation. The study is determined by an individualized measure of the functional activity of the individual based on his / her individual recovery needs specific limitations.

Keyword: occupational therapy, rehabilitation, patients with stroke, resocialization

Ресоциализация представляет процесс реабилитации, с помощью которого зрелая личность восстанавливает прерванные ранее ею связи или укрепляет старые. При этом, Э. Гидденс определяет ресоциализацию как вид личностного изменения, при котором зрелый индивид принимает тип поведения, отличный от принятого им прежде [1]. Реабилитация же представляет собой форму восстановления человека в поле утраченной функции, навыка либо умения. Следовательно, ресоциализация формирует более емкое понятие в сравнении с реабилитацией, так как предлагает обретение новой социальной идентичности или достигнутой ранее в новых социальных условиях реконструктивной реальности. Но, несмотря на это, феномен реабилитации более изучен и эксплицирован, чем феномен ресоциализации. В методологическом поле реби-

литации есть понятие реабилитационный потенциал, характеризующий интегральный показатель, учитывающий резервные возможности реабилитируемого и влияние среды его обитания на процесс восстановления возможностей. Однозначно научно обоснованного определения потенциала ресоциализации нет, но его можно обозначить как комплекс физиологических, психологических, социальных и семейно-общественных свойств ресоциализируемого, а также характеристик условий его обитания. Данные свойства определяют аспекты потенциала ресоциализации и представляют форму и алгоритм построения программы, оценивающий возможности по восстановлению пациентов, перенесших инсульт с акцентом на оккупациональные способности. Таким образом, потенциал реабилитации и ресоциализации можно рассматривать в од-

ном исследовательском поле ввиду общего предмета и объекта изучения, и тем самым подмена одного понятия другим не будет являться ошибкой. Следовательно, нами будет исследован реабилитационный потенциал возможностей ресоциализируемых пациентов, перенесших инсульт, на основе комплекса факторов.

Цель исследования заключается в анализе и интерпретации реабилитационного потенциала лиц, перенесших инсульт.

К методам исследования можно отнести компаративный анализ составляющих аспектов потенциала реабилитации. Методика ТООБЛ, шкала внутреннего и внешнего контроля Дж.Роттера, схема обследования оккупациональной деятельности пациента.

Результаты исследования и их обсуждение

Потенциал характеризует возможности ресоциализации в целом. К медицинским факторам, определяющим успех реабилитации 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. Вид инсульта – геморрагический или ишемический – играет важную роль в выживании больного и лечебной тактике в остром периоде заболевания, однако в реабилитации роль данного фактора менее значима, за исключением времени начала восстановления. При ишемическом инсульте (инфаркте мозга), если позволяет состояние больного, активная реабилитация может начинаться с 3 дня, при геморрагическом инсульте (кровоизлияние в мозг) с учетом сопутствующих патофизиологических процессов – на 2–3 дня позднее. Основными последствиями инсульта являются: параличи, парезы, дизартрии, афазии, нарушения координации и дисфагии, которые определяют процесс формирования программы реабилитации с последующей ресоциализацией больного. Параличи определяют полную утрату мышечной силы и активных движений, парезы – ослабления мышечной силы и уменьшения объема активных движений, учет данных ограничений дает возможность спрогнозировать темпы, время и объем, проводимых процедур. В процессе восстановления необходимо учитывать сторону поражения полушария, так как левая сторона формирует логическое мышление, следовательно, нарушен анализ произошедших событий, а правая – эмоциональное состояние, следовательно, нарушен процесс

когнитивного познания. Тяжесть инсульта или уровень неврологического дефицита служит важнейшим клиническим фактором для оценки потенциала ресоциализации. Тяжесть инсульта дает возможность определить степень обратимости симптомов в раннем восстановительном периоде. Так, тяжелый инсульт проявляется выраженными и/или грубыми и малообратимыми очаговыми симптомами. Инсульт средней тяжести характеризуется отсутствием или умеренным проявлением общемозговых расстройств и выраженными или умеренными, не полностью обратимыми очаговыми симптомами. Легкий инсульт – общемозговые симптомы отсутствуют (может быть кратковременная потеря сознания), очаговые симптомы – легкие или средней выраженности, значительно или полностью обратимые. Малый инсульт – инсульт с обратимым неврологическим дефицитом (в течение от 2 дней до 3-х недель).

Существует прямо пропорциональная зависимость между тяжестью инсульта и потенциалом реабилитации: легкий и малый инсульт являются ведущим критерием высокого потенциала реабилитации, тогда как тяжелый инсульт вне зависимости от других компонентов потенциала, характеризует крайне низкие возможности в восстановлении [2]. Выраженность основного сосудистого заболевания, приведшего к развитию инсульта, это важнейший компонент реабилитационного потенциала. Основные причины инсульта – атеросклероз, гипертоническая болезнь, и их сочетание, реже – артерииты и васкулиты. Они определенное время протекают латентно, но рано или поздно проявляются ишемическими атаками, малыми инсультами, иногда инсультами со стойким неврологическим дефицитом. Потенциальные резервы реабилитации у таких больных с продолжительным анамнезом сосудистого заболевания и предшествующими нарушениями мозгового кровообращения значительно снижены. Сопутствующие заболевания в большинстве случаев также снижают потенциал реабилитации, так как уменьшают функциональные резервы организма и ограничивают использование активных методов ресоциализации. Любое сопутствующее заболевание с недостаточностью органов и систем создает противопоказания к активной реабилитации. Также место и время начала реабилитации определяют качество и эффективность восстановления [3]. 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. Оптимальные возможности для реабилитации больных инсультом создаются в специализированных отделениях и центрах, в которых, формируется реабилитационная среда, режим, интерьер и возможности социальной среды.

Психологический аспект потенциала реабилитации обусловлен определением нозогнозического уровня, перенесенного заболевания, посредством методики ТОБОЛ 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 легко можно произвести с помощью методики ТОБОЛ. Модель прогноза заболевания – одна из составляющих внутренней картины болезни. Она определена адаптационным характером 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. Модель ожидаемых результатов восстановления – создается самим больным, однако в ней большое значение имеет воздействие специалиста и окружающей среды, которые оказывают на человека влияние [4]. 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 склоны к непосредственному 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. 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 [5]. 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.

Нозогнозический уровень высокого потенциала реабилитации прогнозируется среди пациентов гармонического и эргопатического типа отношения к болезни. Средний потенциал реабилитации присущ лицам с сенситивным и ипохондрическим отношением к болезни. 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. 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. Здесь успешность адаптации во многом зависит от «приветливости окружения» и окружающей обстановки больного. Таким личностям характер-

ны такие же ценностные ориентации, что и в первом случае, но в менее выраженной форме. 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 терпят конкуренции. Таких людей характеризует высокий уровень тревожности и беспокойства. В своих ценностных ориентациях они в большей степени заиклены на своем материальном положении, остальные же ценности рассматриваются как второстепенные и опосредованные.

Обследование социального аспекта потенциала реабилитации пациентов, перенесших инсульт, осуществляется с использованием адаптированной схемы обследования оккупациональной деятельности больного. Данная таблица является индивидуализированной мерой определения степени функциональной активности человека с учетом его индивидуальной потребности в восстановлении конкретного ограничения. Метод дает возможность определить степень важности удовлетворения потребности, которая возникла в результате полученной дисфункции, что существенно отличает его от традиционной формы реабилитации и определяет клиентцентрированность оккупациональной терапии. В реабилитации определяется лишь мера функциональной зависимости, и после предлагаются мероприятия для ее преодоления [6]. Схема обследования оккупациональной деятельности определяет виды активности пациента по балльной шкале (от 1 до 5), а также оценивает степень важности (также от 1 до 5) выполнения данного вида активности для самого пациента, где данный показатель позволит повысить уровень мотивации больного к восстановлению. Так как чем важнее для больного та или иная форма активности, тем больше он будет прикладывать усилий для ее независимого выполнения, а специалист обязан предоставить все условия, которые позволят сформировать независимый статус человека. Данная схема обследует три сферы деятельности: самообслуживание, продуктивную деятельность и досуг, в каждой из которых предложены наиболее распространенные действия, выполняемые людьми.

Сначала данная схема оценивается врачом, оказывающим помощь больному, на момент того, как он видит меру деятельности и важности выполнения тех или иных проблемных областей, а затем сам пациент заполняет такую же схему обследования.

Данная работа проводится с целью сравнения и определения различий в предполагаемых проблемных областях и формах их удовлетворения между пациентом и врачом. Уровень потенциала в данном случае будет определяться как высокий, если балльный показатель степени деятельности выполнения действий будет совпадать с балльным показателем степени важности выполнения данного действия. Средний уровень потенциала реабилитации будет проявляться при незначительном балльном расхождении (1–2 балла) показателей деятельности и важности выполнения данного действия. Низкий уровень реабилитации будет проявляться у людей, чьи показатели деятельности и важности выполнения действий будут кардинально не совпадать по балльному признаку.

Исследование социального аспекта потенциала реабилитации дает возможность определить социальные роли, которые хотел бы выполнять больной для ведения независимого образа с учетом, полученных ограничений. Обследование проводится на момент выявления социально-демографических, межличностных, внутригрупповых, реализуемых в профессиональном коллективе и неформальных социальных ролей. После перенесенного инсульта, человек, зачастую, теряет прежние социальные роли, на фоне чего развиваются признаки депривации и десоциализации, которые не дают возможность освоить новый социальный статус, снабженный видоизмененными ожиданиями и установками. Следовательно, в процессе оценки потенциала необходимо определить роли, которые будут реализованы в новом социальном статусе больного и сформировать концепцию помощи в самоопределении и интериоризации индивида с жизненными обстоятельствами и условиями социума через призму функциональных ограничений. В случае возможности реабилитанта полностью вернуться к выполнению своих прежних социальных ролей, реабилитационный потенциал оценивается как высокий. Если можно прогнозировать лишь частичное восстановление прежних социальных ролей и применение видоизмененных, то в данном случае реабилитационный потенциал будет оцениваться как средний. И только в случае невозможности человека вернуться к выполнению прежних социальных ролей, а также адаптироваться к видоизмененным обстоятельствам, говорит о низком уровне потенциала реабилитации.

Семейно-общественный аспект потенциала реабилитации определяет потребность рассмотрения семьи и общества как

одного из участников реабилитационного процесса. Семья предоставляет уникальную возможность осуществления реабилитационных мероприятий в условиях естественной среды жизнедеятельности человека, перенесшего инсульт, что снижает возможность риска повторной депривации. Под реабилитационным потенциалом семьи и общества мы понимаем совокупность характеристик семьи и общества, способствующих осуществлению реабилитационных мероприятий. К таким относятся: занятость членов семьи; образованность и готовность к обучению и помощи своему близкому; средовая доступность. Занятость членов семьи характеризуется наличием ненормированного или короткого рабочего графика, так как если член семьи будет иметь высокую рабочую активность вне дома, то реабилитация в условиях семьи не даст положительного результата. Образованность и готовность членов семьи к обучению и помощи больному родственнику подразумевает наличие компетентности родственников в медицинских, психологических и социальных вопросах по уходу за больным, перенесшим инсульт, а также наличие измерительных приборов и элементарного оборудования для проведения восстановительных занятий. Средовая доступность характеризуется близким расположением жилья к транспортной инфраструктуре; наличием специальных средств облегчающих передвижение по городу, селу, поселку; наличием специально оборудованных общественных мест; готовностью к обучению специальным умениям членов семьи в создании безбарьерной среды дома и на улице для больного родственника. При обследовании семейно-общественного аспекта потенциала реабилитации личности, основным показателем успешности реабилитации будет занятость ближайшего окружения. Таким образом, высокий уровень потенциала восстановления будет определяться наличием ненормированной занятости членов семьи, а также общей готовности их к осуществлению реабилитационных мероприятий и средовой доступностью местоположения. В случае отсутствия средовой доступности, но при наличии остальных показателей потенциала он будет определяться как средний. И низкий потенциал реабилитации будет

присущ семье, в которой, либо нет возможности работать в ненормированном режиме, либо она не готова выполнять реабилитационные мероприятия для излечения своего родственника [7].

Выводы

Таким образом, в зависимости от прогнозирования и определения возможностей отдельных аспектов потенциала ресоциализации он подразделяется на 3 степени:

Высокий потенциал реабилитации определяется в том случае, когда прогнозируется реализация всех аспектов реабилитации – функциональное, психологическое, социальное и семейно-общественное восстановление либо при частичном восстановлении функции достигается полное социальное, психологическое и семейно-общественное восстановление больного.

Средний потенциал реабилитации определяется, если прогнозируется сохранение умеренного или легкого нарушения функций при неполном социальном восстановлении на момент реализации профессиональной роли, но при возможности полной социально-бытовой активности.

Низкий потенциал реабилитации определяется, если прогнозируется сохранение выраженного функционального дефекта, сопровождающийся нарушениями психологического и семейно-общественного направления восстановления.

Список литературы

1. Смелзер Н. Социология. – М.: Феникс, 1994. – 688 с.
2. Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом: Методические рекомендации / под ред. Гиткина Л.С., Смычек В.Б. и др. – Минск, 1999. – С. 47.
3. Веселова М.О. Инсульт: современный взгляд на лечение и профилактику. – СПб.: Весь; 2010. – 96 с.
4. Чижова В.М., Гаврилова И.С. Отношение пациентов с артериальной гипертензией к приему лекарств // Международный научно-исследовательский журнал. – 2016. – № 2-1(44). – С. 85–86.
5. Салливан Г., Мишел У., Роттер Дж. Теория межличностных отношений и когнитивные теории личности. – М.: АСТ, 2007. – 128 с.
6. Реабилитационная технология (Программа между Канадой и Россией в области Здравоохранения и Социального развития): Учеб. руководство по ресурсам / Т. Крупа, Т. Пакер. – 1998. – Ч. V.
7. Токина В.А., Ускова К.С. Сказкотерапия как разновидность технологий медико-социальной реабилитации онкологических детей // Смоленский медицинский альманах. – 2016. – № 1. – С. 249–252.