

анкетах врачей-специалистов (1:2 и 1:3 соответственно). Мотивация участковых терапевтов: наша работа стала труднее, высоко оценивается государством, следовательно нам необходимы лучшие условия и большее внимание администрации к обеспечению выполнения трудового процесса. Аргументы врачей-специалистов: наша работа оплачивается без учета трудовых затрат, нам приходится интенсифицировать свою работу для получения достойной заработной платы, для этого нам необходимы комфортные условия и обеспечение возможности увеличения количества принимаемых больных.

Меньшее количество врачей стало чувствовать себя комфортно (среди них врачей участковых терапевтов почти в 2,5 раза больше) и при общении с руководителями ЛПУ (6,2 %, ранее — 75,4 %). В случае участковых врачей причиной стало повышение требований администрации к качеству их работы, в случае врачей-специалистов — повышение контроля за их деятельностью в связи с ростом числа конфликтов на приемах. При этом если до введения доплат участковые врачи в подавляющем большинстве (76,7 % респондентов) хотели сменить работу по разным причинам, то после повышения заработной платы лишь 11,5 % подтвердили свое желание. Ситуа-

ция в группе врачей-специалистов изменилась диаметрально: если до повышения заработной платы коллегам только четверть врачей озвучили свое желание сменить работу, то после введения доплат уже две трети врачей ответили на вопрос утвердительно, причем в качестве основного побуждения выступает именно желание получить более высокооплачиваемую работу.

С целью понижения разрушительного потенциала конфликтности и обеспечения устойчивой динамики процесса внедрения инноваций при совершенствовании системы здравоохранения, необходимо адекватное его финансирование, решение вопроса достойной и справедливой оценки труда медицинских работников всех специальностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инновационные технологии управления ресурсами в здравоохранении / Под ред. А. Н. Вялкова. — М., 2001. — С. 4—17.
2. Калинин Л. А. // Здравоохранение. — 2004. — № 3. — С. 18—21.
3. Попова Е. Г. Конфликты в лечебно-профилактических учреждениях: причины, условия и социальные последствия: Дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2005. — 136 с.
4. Применение тестов в социологии / Под ред. Г. Г. Воробьева, В. П. Павлова. — М.: Изд-во МГУ, 2001. — 298 с.

В. М. Чижова, Е. Г. Вершинин

Кафедра клинической психологии и социальной работы ВолГМУ

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ: ДЕЯТЕЛЬНОСТНЫЙ ПОДХОД

УДК 614.2:616-036.865-053.2

Авторами представлена технология интеграции медицинского и социального подходов, необходимая для предупреждения инвалидности и выработки реабилитационных программ с использованием оккупационной терапии.

Ключевые слова: инвалидизация, социальная интеграция, реабилитация, оккупационная терапия, социальная работа.

V. M. Chizhova, E. G. Vershinin

MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF PHYSICALLY CHALLENGED CHILDREN: ACTIVE APPROACH

Integration of medical and social approaches in terms of the active paradigm is necessary for technology development in programmes of both invalidization prevention and rehabilitation. Under these circumstances, occupational therapy turns out to be the most attractive one, since here a person develops the most meaningful spheres of life. This technology is supposed to be most important in working with.

Key words: risk reduction in invalidization, social integration, rehabilitation, occupational therapy, social work.

То, что в последние годы все большее число детей имеют различные нарушения в состоянии здоровья — общеизвестный не только в медицин-

ском сообществе факт. Не вдаваясь в анализ причин подобного положения, отметим, что детское нездоровье, как врожденное, так и приобретенное

представляет собой социально значимый феномен, осознаваемый обществом с самых давних времен. Действительно, не требуется никаких особых изысканий для подтверждения идеи, явной на уровне здравого смысла, — существование общества зависит от его воспроизводства, то есть от пополнения сменяющимися поколениями. Успехи медицины способствуют тому, чтобы дети, в прежние времена обреченные на гибель, сегодня сохраняли жизнь. Однако при этом возрастает риск появления тех отклонений от нормы, которые могут впоследствии привести к инвалидизации.

В современном обществе существенно увеличилось количество людей, имеющих такие физические и ментальные ограничения, которые омрачают человеческую способность жить и воспринимать жизнь во всей ее полноте. Кроме того, возрастающим возможностям медицины в спасении и продлении жизни людей часто сопутствуют такие последствия, как различные нарушения функций и ограничения способностей людей. Преодоление всех таких ограничений — идеальная цель для любой теории и методологии гуманистически ориентированного социального воздействия, и достигнуть ее нелегко. Но эта задача продолжает оставаться важной, а ее решение может оказать значительную помощь людям, для которых жизнь — это всего лишь борьба за выживание и существование, а радость — редко выпадающая удача.

Инвалиды во всем мире относятся к группе особого риска, которая особенно остро ощущает проявления неравенства в экономическом, социальном, моральном и прочих аспектах. В этом смысле инвалидность — проблема неравных прав и возможностей, то есть проблема социальная. Антиномия «здоровый — инвалид» не тождественна антиномии «здоровый — больной». Инвалиды относятся к группе лиц (не обязательно больных), имеющих проблемы, связанные со здоровьем, и находящиеся в обременительной для них ситуации. Организационное и культурное упорядочивание социальной интеграции возможно только под влиянием изменяющихся субъективных факторов (ценностей, установок, интересов), которые в то же время должны привести к распаду устоявшихся культурных образцов и стилей жизни.

Закрепленные законодательством РФ права инвалидов в значительной части носят декларативный характер из-за отсутствия реальных механизмов их осуществления на практике. Одной из причин этого является неготовность общественного сознания отойти от традиционной медицинской парадигмы инвалидности и признать за инвалидами возможности активного участия во всех сферах жизни общества.

На фоне сформированного медицинского понимания проблем инвалидности сама формулировка «интеграция инвалида в общество» носит по сво-

ей сути противоречивый характер, так как параметры, по которым определяются два участника интеграционного процесса, а именно общество и «инвалид», лежат в различных плоскостных измерениях. Говоря об интеграции, мы оцениваем общество по совокупности параметров, среди которых медицинский критерий стоит не на определяющем месте. Инвалид же оценивается, в первую очередь, с точки зрения «нормальности» в медицинском плане, что всегда будет иметь результатом его обособление от «нормального», «здорового» общества, так как больной человек есть пассивный пациент, нуждающийся в лечении, патронаже, специализированном обслуживании. Это, в конечном счете, всегда будет приводить к провалу программ интеграции, поскольку в рамках патерналистской парадигмы сама проблема интеграции искажается, вновь воспроизводя субъект-объектный подход: больного человека надо лечить и реабилитировать, больного человека нельзя интегрировать, ибо он всегда будет оставаться неконкурентоспособным по сравнению со «здоровыми» членами общества. Патерналистский подход обуславливает направление реабилитационных мероприятий, более связанных с восстановлением утраченных функций, а в случае невозможного излечения — с заботой и специализированным уходом.

Современная концептуальная позиция представлена в Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (International Classifications of Impairment, Disability and Handicaps — ICDH). Ее суть заключается в том, чтобы вывести определение инвалидности за пределы простого медицинского диагноза болезни или травмы и охватить отдаленные последствия в физиологическом (нарушения), поведенческом (ограничения жизнедеятельности) и социально-экономическом (социальная недостаточность) аспектах.

Нарушение — это потеря или недостаточность физиологической, психологической или анатомической структуры или функции организма. Понятие «нарушение» не указывает на этиологию и патогенез процесса, данный термин не обозначает присутствия заболевания и не означает, что индивида с нарушением следует рассматривать как больного человека.

Деятельность или поведение человека могут измениться в результате имеющихся нарушений. Возникает дефицит физических и социальных действий, то есть *ограничения жизнедеятельности (Disabilities)*. Ограничение жизнедеятельности соотносится со способностями осуществлять сложные действия и формы поведения, которые являются необходимым компонентом повседневной жизни.

Под *социальной недостаточностью (Handicaps)* понимается состояние индивида, обусловленное нарушением или ограничением жизне-

деятельности, при котором человек может выполнять частично или не может совсем выполнять обычные для его положения функции и роли. Социальная недостаточность отражает культурные, средовые, экономические и социальные последствия для индивида, которые вытекают из наличия нарушения или ограничения жизнедеятельности и проявляются при взаимоотношении инвалидов и их окружения. Уровень социальной недостаточности характеризуется размерами несоответствия между деятельностью, выполняемой индивидом, и деятельностью, ожидаемой от него определенной группой людей, к которой он принадлежит. Таким образом, социальная недостаточность — феномен не медицинский, а социальный, представляющий собой общественные и бытовые последствия для индивида, вытекающие из наличия нарушения и ограничений жизнедеятельности. Классификация социальной недостаточности — это, скорее, классификация обстоятельств, в которых часто оказываются лица с ограниченной жизнедеятельностью, обстоятельств, которые ставят таких индивидов в невыгодное, с точки зрения общественных норм, положение по сравнению с другими людьми.

Международная номенклатура ICIDH была частично взята российскими законодателями за основу при разработке ряда нормативных документов РФ, определяющих классификацию и критерии при осуществлении медико-социальной экспертизы инвалидности. При этом в отличие от международной классификации упор делается на ограничения способностей индивидов, подвергаемых экспертизе, а не на социальную недостаточность. Подобный словесный нюанс имеет существенное значение, поскольку фиксация на способностях сводит проблемы человека лишь к медицинской компетенции, в то время как жизнедеятельность выходит за ее пределы.

Россия сегодня находится на пути реформирования системы здравоохранения и социального развития. Как и многие страны она стремится, используя международный и отечественный опыт, к профессиональному становлению и развитию медико-социальных служб нового типа, способных возрождать у людей человеческое достоинство, способность к активному социальному функционированию, выживанию и развитию в самых сложных социально-экономических условиях.

В условиях поиска путей для социально приемлемого и реально возможного сочетания активного социального участия инвалидов и заботы о них со стороны государственных и общественных институтов, важным представляется реализация взаимодействий, направленных на расширение статусных границ и превращение инвалида из объекта вмешательства в субъект деятельности. Отсюда необходимость совершенствования сис-

темы медико-социальной поддержки и развития новых форм и институтов, способных обеспечивать эффективную вторичную социализацию, повышая таким образом социальное здоровье людей с ограничениями жизнедеятельности.

Способ организации современного общества и принятые в нем социальные нормы отводят инвалидам роль пассивных потребителей ухода и заботы со стороны семьи и государства. Тем самым социальное положение инвалидов оказывается специфическим, и оно усугубляет состояние зависимости и чувство беспомощности. Необходимы новые, изначально ориентированные на человека социальные технологии, стимулирующие личностный рост индивидов и их способность самостоятельно принимать решения. Одной из них является оккупационная терапия, разработанная и применяемая во многих западных странах.

По определению М. Ф. McColl (1993), оккупационная называется деятельность человека, в которую он вовлечен для выполнения повседневных функций по самообслуживанию, продуктивности и проведению досуга. Баланс между ними имеет существенное значение для жизни, здоровья и благополучия каждого человека.

Основными целями оккупационной терапии (ОТ) являются: устранение ограничений или недостаточности в деятельности; обеспечение успешного и независимого выполнения оккупационных действий и социальных ролей индивидами; расширение независимости и автономности человека в повседневной жизни через вовлечение его в занятия, имеющие смысл и значимость. Формирование навыков и создание условий максимально возможного независимого самообслуживания, продуктивности и проведения доступного досуга для лиц с физическими или ментальными ограничениями является одним из важнейших аспектов профессиональной деятельности ОТ.

Оккупационная терапия связана с развитием новых социальных норм, образцов поведения и стилей жизни. Они реально обеспечивают активное социальное участие людей с ограниченными возможностями, их эффективную вторичную социализацию и достойное качество жизни. Сам факт наличия или отсутствия в обществе такой профессии, на наш взгляд, определяет, под каким углом зрения воспринимаются индивидами, государством и обществом в целом социальные проблемы, формируются ли ценности гражданского общества.

Следует также отметить, что новая социальная технология в России может стать эффективной только при условии формирования социального заказа.

Деятельностный подход в реабилитационной работе с инвалидами, особенно с детьми, включает в себя комплекс различных технологий, вза-

имодополняющих друг друга, что делает каждую из них продуктивнее и результативнее. В результате многочисленных экспериментальных и клинических исследований и наблюдений показана высокая эффективность метода лечебной физкультуры при различных заболеваниях и травмах, значительно расширены показания к применению различных средств лечебной физкультуры, выявлены механизмы их лечебного действия на различные функции органов и систем организма. В основе положительного эффекта, получаемого при применении средств лечебной физкультуры, лежит процесс дозированной тренировки, ведущей к повышению функциональных способностей всего организма и отдельных его систем и органов. Особенно важно отметить, что лечебная физкультура оказывается эффективной лишь при соответствующей мотивированности реабилитирующегося человека. Здесь следует учитывать особенности детской психики: ребенок не знает пока причинно-

следственных связей и ожидаемые улучшения в будущем для него достаточно абстрактны. Поэтому в реабилитации посредством лечебной физкультуры важна мотивация самим действием — интересно значит полезно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей / Под ред. В. А. Епифанова. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 328 с.
2. Спортивная медицина: Руководство для врачей / Под ред. А. В. Чоговадзе, Л. А. Бутченко. — М.: Медицина, 2001. — 384 с.
3. Миняев В. А., Вишняков Н. И. Общественное здоровье и здравоохранение. — М.: «МЕДпресс-информ», 2002. — С. 54—67.
4. Чижова В. М., Авчухова Л. В. // Российское общество и вызовы глобализации. Сорокинские чтения — 2004: Тезисы I Всероссийской научной конференции. — М.: Альфа-М, 2005. — Т. 4. — С. 234—236.
5. Чижова В. М., Авчухова Л. В. // Социальные технологии и современное общество: теория и практика. — СПб., 2004. — С. 134—141.

С. А. Колов, А. В. Остапенко, Е. В. Давыдова

Кафедра общей и клинической психологии ВолГМУ,
Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов войн

ОЦЕНКА АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ КАК ФАКТОРА СОЦИАЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ У ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

УДК 616.89-008.4449:616-003.96:614.8

Определено значение агрессии и враждебности в развитии социальной дизадаптации у ветеранов боевых действий. Представлен оригинальный способ оценки враждебной агрессивности. Рассмотрены отдельные виды агрессивного поведения и враждебности комбатантов, показаны особенности проявления в психопатологическом плане и в контексте межличностного взаимодействия и оказания им медико-психологической помощи. Обращается внимание на недостаточную изученность проблемы и необходимость ее исследования для понимания патогенеза психических и физических расстройств у ветеранов, а также механизма нарушения адаптации и разработки эффективных методов коррекции.

Ключевые слова: агрессия, адаптация, комбатанты.

S. A. Kolov, A. V. Ostapenko, E. V. Davydova

EVALUATION OF AGGRESSIVE BEHAVIOUR AS THE FACTOR OF SOCIAL DYSADAPTATION OF COMBATANTS

The significance of aggression and hostility for developing social dysadaptation of combat veterans was determined. An original method of assessing hostile aggression was presented. Independent types of aggressive behaviour and hostility of combatants were analyzed; the peculiarities of their manifestations were shown from the psychopathological point of view and in the context of interpersonal interaction and medical-psychological assistance. The attention is drawn to the insufficient consideration of the problem and to the necessity of further investigation for comprehending the pathogenesis of mental and physical disorders in combatants equally with the mechanism of adaptation disturbances and the elaboration of efficient correction methods.

Key words: aggression, adaptation, combatants.

Многочисленные исследования свидетельствуют о значительных нарушениях социально-психологической адаптации ветеранов боевых

действий, которые в равной степени составляют как медицинскую, так и социальную проблему [1].