УДК 316.6

ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ УСТАНОВОК ПОЖИЛЫХ ЛИЦ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

Корнилова О.Ю., Абрамов П.В.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Волгоград, e-mail: pavel_abramov_92@mail.ru

Статья описывает технологию реабилитации пациентов с диагнозом остеохондроз на основе анализа установок индивида в гендерном измерении и возможности влияния на них со стороны специалиста по социальной работе. При работе с пациентами с диагнозом «остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника» необходимо учитывать формирование у них установок, которые могут явиться как результирующими в процессе реабилитации – то есть адаптивными, так и наоборот ее затруднить – иррациональными или диффузными. При реабилитации пациентов социально-психологические установки не учитываются, что ведет к снижению эффективности данного процесса. Необходимо привлекать специалистов не только с медицинским образованием, но и тех, кто обладает профессиональными знаниями в области социальной работы. были изучены социально-психологические установки пациентов с диагнозом остеохондроз и проведены музыкотерапия и Су-Джок терапия как технологии реабилитации. Также нами была разработана рекомендация по коррекции группы дезадаптивных и диффузных установок для специалистов по социальной работе. было выявлено, что у каждого второго пожилого человека преобладала диффузная группа установок, а также отсутствовала приверженность рекомендациям специалистов. После проведения технологии увеличилась группа адаптивных установок, сократилось количество респондентов, не приверженных рекомендациям специалистов в экспериментальной группе.

Ключевые слова: социально-психологическая установка, остеохондроз, социальная работа, су-джок, музыкотерапия

GENDER ASPECT OF SOCIAL-PSYCHOLOGICAL INSTALLATIONS OF SENIORS WITH OSTEOCHONDROSIS OF SPINE

Kornilova O.Ю., Abramov P.V.

FGBOU IN "Volgograd State Medical University" Health Ministry of Russia, Volgograd, e-mail: pavel_abramov_92@mail.ru

The article describes the technology of rehabilitation of patients diagnosed with osteochondrosis on the basis of an analysis in gender of the individual's attitudes and the possibility of influencing them on the part of a specialist in social work. When working with patients diagnosed with "osteochondrosis of the lumbosacral spine", it is necessary to take into account the formation of their settings, which may appear as a resultant in the process of rehabilitation - that is, adaptive, and vice versa - irrational or diffuse. In the rehabilitation of patients, socio-psychological settings are not taken into account, which leads to a decrease in the effectiveness of this process. It is necessary to involve specialists not only with medical education, but also those who have professional knowledge in the field of social work. The socio-psychological attitudes of patients diagnosed with osteochondrosis were studied and music therapy and Su-Jok therapy as rehabilitation technologies were conducted. We also developed a recommendation on the correction of a group of disadaptive and diffuse plants for specialists in social work. It was found that every second elderly person was dominated by a diffuse set of plants, and there was no commitment to the recommendations of specialists. After the technology was implemented, the group of adaptive facilities increased, the number of respondents not adhering to the recommendations of specialists in the experimental group was reduced.

Keywords: Socio-psychological setting, osteochondrosis, social work, su-jok, music therapy

Остеохондроз – комплекс дистрофических нарушений в суставных хрящах. Может развиваться в любом из суставов, но наиболее подвержены межпозвонковые диски. В англоязычной медицинской литературе термину остеохондроз соответствует degenerative disc disease, то есть дегенеративное изменение межпозвоночного диска, а понятием osteochondrosis обозначают остеохондропатию. Таким образом, отечественная наука стремится к обобщению, в то время как западная конкретизирует. По данным ВОЗ, болями в спине страдает более половины населения Земли, а распространенность остеохондроза в развитых странах составляет 60-80% [4]. Многообразие клинических проявлений заболевания часто приводит к ошибкам в диагностике, что, в свою очередь, формирует неверно назначенное лечение, и, в конечном итоге, может привести к временной или полной утрате трудоспособности. [1]

Основная проблема исследования может быть сформулирована следующим образом: роль социально-психологических установок и их учет в социальной реабилитации недостаточно изучены в отечественной литературе, поэтому своевременное их выявление может гарантировать эффективный результат.

Данное исследование ставило целью - выявление социально-психологических установок пациентов с остеохондрозом позвоночника, способствующих реабилитации.

Задачи исследования:

1. Изучить социально-психологические установки пациентов с остеохондрозом позвоночника среди клиентов Государственного бюджетного специализированного стационарного учреждения социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов «Волгоградского областного геронтологического центра» и Государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Центрального комплексного центра социального обслуживания населения»;

2. Разработать технологию процесса реабилитации пациентов с остеохондрозом позвоночника с позиции учета установок клиентов ГБССУ СО ГПВИ «Волгоградского областного геронтологического центра» и ГБУ СО «Центрального комплексного центра социального обслуживания населения»;

3. Реализовать технологию реабилитации лиц пожилого возраста с остеохондрозом позвоночника;

4. Разработать рекомендации по коррекции группы дезадаптивных и диффузных установок клиентов для специалистов по социальной работе.

Новизна данного исследования определяется постановкой и решением социальной проблемы, которая на данный момент мало представлена в научной литературе, и встречается только среди смежных тем [1,2,3]. От гендерного аспекта переживания и восприятия боли зависит выбор копинг-стратегий, которые могут, как помочь реабилитационному процессу, так и затруднить его. Социально-психологические установки пациентов с остеохондрозом позвоночника, способствующие реабилитации, отличаются у мужчин и женщин, и определяют исход реабилитационных мероприятий. Нами было выявлено, что социальные работники не участвуют в ходе реабилитации пациентов с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника. Так как социально-психологические установки пациентов не учитываются в ходе данного процесса, то это определяет новизну данного исследования [4].

Методом сбора информации в данном исследовании является анкетирование и тест Мориски-Грина. Метод анкетирования предназначен для выявления психологических установок пациентов с диагнозом остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника в соответствии со структурой установки и основан на рационально-эмотивной терапии Альберта Эллиса. Альберт Эллис подчеркивал, что каждый человек рождается с определенным потенциалом, который имеет две стороны – рациональную и иррациональную. Данная терапия используется для того, чтобы перейти с иррациональных установок на рациональные. Первый этап представляет собой прояснение параметров, вызвавших дезадаптивную установку. На втором этапе происходит идентификация установок, которые можно использовать в качестве позитивных – рациональные. Третий этап – реконструкция иррациональных установок, с помощью которого пациент сможет увидеть негативные последствия сохранения установки. А на четвертом этапе происходит закрепление выявленной ранее рациональной установки с помощью выполнения заданий, направленных на адаптацию поведения. Задания могут проводиться на когнитивном уровне, в воображении и на уровне непосредственно прямых действий. Анкета состоит из 30 вопросов, которые являются вопросами закрытого типа, то есть предполагают выбор варианта ответа из предложенных. Каждый вопрос соответствует определенному показателю и относится к одному из обозначенных параметров. При выделении блоков параметров мы основывались на структуре установки и на тесте рационально-эмотивной терапии А. Эллиса. В тесте рационально-эмотивной терапии А. Эллиса выявляются иррациональные установки в соответствии с 4 шкалами – катастрофизация, долженствование, оценочная установка и фрустрационная толерантность. Двое из этих шкал – долженствование и фрустрационная толерантность вошли в основу данного анкетирования. [5, 6, 7, 8]

В данном исследовании было выявлено 6 исследовательских блоков и соответствующих им показателей (методика вычисления основных показателей представлена ниже):

Наиболее известным, простым и лаконичным признан тест Мориски-Грина, валидированный в 1985 г. и опубликованный авторами в 1986 г. Методом статистической обработки данных исследования послужила описательная статистика. [9, 10, 11]

Эмпирическая база исследования. Исследование проводилось на базе Государственного бюджетного специализированного стационарного учреждения социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов «Волгоградского областного геронтологического центра» и Государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Центрального комплексного центра социального обслуживания населения» в феврале 2017 года. В исследовании приняли участие 103 человека мужского и женского пола, в возрасте

от 55 лет до 75 включительно. Выборка носила квотный характер и основывалась таких критериях как возраст респондентов и диагноз респондентов – остеохондроз поясничного отдела позвоночника. В структуру Государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Центрального комплексного центра социального обслуживания населения» входит 6 структурных подразделений.

Для более эффективной реализации социального обслуживания в Государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Центрального комплексного центра социального обслуживания населения» действуют следующие структурные учреждения:

- отделение социального обслуживания на дому: обслуживание граждан (частично утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся в сторонней поддержке) путем предоставления им различных видов социальных услуг;
- отделение срочного социального обслуживания: поддержка граждан в бытовом обслуживании (покупка продуктов, лекарств, помощь в оплате коммунальных платежей, юридические консультации и помощь);
- отделение социальной помощи семье и детям: оказание семьям и несовершеннолетним гражданам консультативной помощи, социально-психологических, социально-педагогических и других видов социальных услуг;
- реабилитационное отделение для детей и подростков с ограниченными возможностями: предоставление социально-психологических, социально-педагогических и социально-медицинских услуг, способствующих социальной адаптации детей и подростков с ограниченными возможностями;
- социально – реабилитационное отделение для граждан пожилого возраста и инвалидов: проведение оздоровительных и социально-реабилитационных мероприятий для граждан, сохранивших способность к самообслуживанию или частично ее утративших;
- организационно – методическое отделение: организация и совершенствование системы учреждения. [12]

ГБССУ СО ГПВИ «Волгоградский областной геронтологический центр» предназначено для постоянного, временного проживания граждан пожилого возраста (мужчин старше 60 лет и женщин старше 55 лет), в том числе инвалидов, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся в постоянном постороннем уходе, создание соответствующих их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности, проведение мероприятий медицинского, психологического, социального характера, а также для организации питания, ухода и посильной трудовой деятельности, осуществления научно-практической и организационно-методической работы в области геронтологии и гериатрии, а также для проведения работы по повышению квалификации кадров учреждений социального обслуживания. Нами было проведено исследование, целью которого являлось выявление социально-психологических установок пациентов с диагнозом остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника. В нем приняли участие 103 человека (в ГБССУ СО ГПВИ «Волгоградский областной геронтологический центр» - 76 человек (48 человек – женского пола, 28 человек – мужского пола), в ГБУ СО «Центрального комплексного центра социального обслуживания населения» - 27 человек женского пола).

Анализ данных, полученных в результате применения метода анкетирования, основанного на рационально-эмотивной терапии Альберта Эллиса, и тесте Мориски-Грина, описанных во второй главе, помог составить портрет среднестатистического пациента. Он выглядит следующим образом: это женщина в возрастной группе от 75 лет и старше, её семейное положение – вдова или разведена. Она находится в диффузной группе установок (то есть неопределенное, нечёткое состояние между дезадаптивной группой установок и адаптивной), с выраженным отсутствием мотивации и приверженности к рекомендациям специалистов. Несмотря на то, что ее цель может быть как внутренней (например, улучшить состояние своего здоровья), так внешней (например, расширить круг знакомств, посещая ЦСОН), она не склонна перекладывать ответственность за состояние своего здоровья на других, то есть у нее внутренний локус-контроля. [13,14]

На первом этапе исследования социально-психологические установки пациентов ГБССУ СО ГПВИ «Волгоградского областного геронтологического центра» и клиентов ГБУ СО «Центрального комплексного центра социального обслуживания населения» были рассмотрены по выделенным нами ранее исследовательским блокам.

1. «Выявление типа установки».

Типология установок выделяется по различным компонентам. На сегодняшний день в работах, посвященных изучению хронической боли, выявилась тенденция к смещению акцентов с физиологических по-

казателей на психологические особенности пациентов. В связи с этим мы выделили три типа установки:

- дезадаптивная установка в отношении отрицательной позиции к проводимым мерам по лечению и реабилитации остеохондроза;
- диффузная в отношении неопределенной позиции к проводимым мерам по лечению и реабилитации остеохондроза;
- адаптивная установка в отношении позитивной позиции к проводимым мерам по лечению и реабилитации остеохондроза. [15, 16, 17]

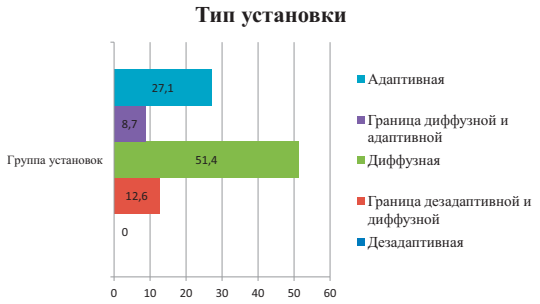

Рис. 1. Выявление типа установки у пациентов с диагнозом остеохондроз

Исходя из представленных результатов, можно сделать вывод, что среди пациентов ГБССУ СО ГПВИ «Волгоградского областного геронтологического центра» и клиентов ГБУ СО «Центрального комплексного центра социального обслуживания населения» преобладает группа диффузных установок (51,4% от общего числа респондентов, то есть каждый второй), при этом 8,7% и 12,6% на 103 опрашиваемых находятся в переходной группе, то есть «на границе» адаптивной и дезадаптивной групп соответственно. Мы полагаем, что преобладание пациентов с диагнозом остеохондроз в группе диффузных установок свидетельствует о наличии потенциала перехода в группу адаптивных установок, при повышении степени мотивации и постановки конкретных целей для осуществления эффективных мер реабилитации. [18, 19, 20]

Нами также были проанализированы типы установок исходя из гендерного аспекта. Количество опрашиваемых представителей мужского пола представлено неравномерно по сравнению с женским полом в силу объективных причин (например, средняя продолжительность жизни мужчины в России составляет 65,92 года по данным на 2015 год), следовательно, получить более достоверные данные, чем представлены, в подтверждение нашей гипотезы о влиянии гендерного аспекта на установки не представляется возможным. [21]

В анкетировании принимало участие 103 человека. Из них 27% - мужского пола, 73% - женского. Преобладающей возрастной группой явилась возрастная группа 75 лет и старше. Это связано с тем, что большая часть респондентов (74% на 103 опрошенных) из ГБССУ СО ГПВИ «Волгоградского областного геронтологического центра», в котором в силу специфики данного учреждения находятся одинокие граждане пожилого и старческого возраста. Группы 65-75 лет и 45-55 лет представлены в примерно одинаковом соотношении (то есть каждый шестой и восьмой респондент соответственно).

Рис. 2. Распределение респондентов по «стажу» заболевания

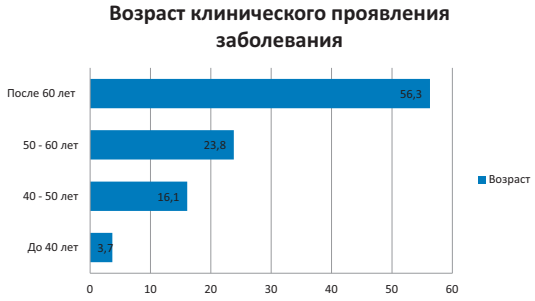

Рис. 3. Возраст, в котором респонденты впервые столкнулись с клиническими проявлениями заболевания

«Стаж» заболевания и возраст клинического проявления заболевания представляют собой не менее важный исследовательский интерес. Для нас данные показатели имеют значение, так как в научном мире считается, что болезнь «молодеет» (например, встречается мнение, что впервые человек может столкнуться с остеохондрозом позвоночника уже после 30 лет), а заболеть может как молодой, так и пожилой человек. [17]

Результаты нашего исследования выявили, что каждый второй респондент (56,3% респондентов на 103 опрашиваемых) столкнулся с остеохондрозом после 60 лет. Лишь у 3,7% пациентов ГБССУ СО ГПВИ «Волгоградского областного геронтологического

центра» и клиентов ГБУ СО «Центрального комплексного центра социального обслуживания населения» заболевание проявилось до 40 лет. Выявить более реалистичную картину не представляется возможным еще и потому, что на сегодняшний день рентгенологическая диагностика остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника является наиболее доступным и широко применяемым методом, однако рентгенологически выявленный остеохондроз может не сопровождаться никакими клиническими проявлениями. То есть человек может иметь данное заболевание, но не знать о нем, а проявиться оно может как раз с возрастом в связи с дегенеративными изменениями структуры и снижением функциональной активности органов и тканей. Таким образом, ни подтвердить, ни опровергнуть имеющиеся гипотезы о «молодении» заболевания на данный момент невозможно. Это можно сделать при лонгитюдных исследованиях и использовании иного спектра диагностических средств.

Таким образом, мы можем говорить о том, что лишь у каждого третьего пациента ГБССУ СО ГПВИ «Волгоградского областного геронтологического центра» и клиента ГБУ СО «Центрального комплексного центра социального обслуживания населения» установка - адаптивная, в то время как у остальных респондентов преобладает диффузная (51,4% на 103 опрашиваемых). Она не имеет ни положительного, ни негативного оттенка, и свидетельствует о наличии потенциала изменения на адаптивную группу установок. Выдвинутая нами гипотеза о том, что рациональные установки пациентов с остеохондрозом позвоночника, способствующие реабилитации, отличаются у мужчин и женщин, и определяют исход реабилитационных мероприятий, в то время как иррациональные затрудняют реабилитацию и одинаковы у мужского и женского пола, находит свое подтверждение. В то же время причинами преобладания группы диффузных установок явились низкая приверженность рекомендациям специалистов (которая, в свою очередь, вызвана неэффективностью проводимого лечения и отсутствием видимых результатов улучшения состояния здоровья) и отсутствие мотивации. Еще одной причиной отсутствия комплаенса является высокое ценообразование. В связи с тем, что абсолютное большинство респондентов являются людьми пенсионного возраста и практически не имеют иных доходов, кроме пенсии, соответственно, цена на лекарства играет не маловажную роль в формировании степени приверженности, Следует учесть, что наличие внутреннего локус-контроля (62,1% на 103 опрашиваемых) и доминирующей внутренней цели (49,5% на 103 опрашиваемых) говорит о том, что пациенты ГБССУ СО ГПВИ «Волгоградского областного геронтологического центра» и клиенты ГБУ СО «Центрального комплексного центра социального обслуживания населения» готовы к изменению состояния своего здоровья. Однако предположение, что «особенностью пациентов с диагнозом остеохондроз является избегание ответственности за свое состояние и его изменение» не подтвердилось. Кроме того, они не склонны перекладывать свои обязанности в связи с заболеванием на свое окружение. Следует отметить, что проведение реабилитационных мероприятий по изменению диффузной группы установок на адаптивную представляет необходимость, так как одной из целей у пожилых лиц с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника являются возобновление активного образа жизни, который они вели до первых клинических проявлений заболевания. Более того, необходимо создать меры, повышающие уровень мотивации. Ведь высокий уровень мотивации наряду с правильно выявленной и обозначенной целью являются залогом эффективной реабилитации пожилых лиц с диагнозом остеохондроз позвоночника и диффузной группой социально-психологических установок. [11, 21]

Постановка и решение социальной проблемы, которая на данный момент мало представлена в научной литературе, и встречается только среди смежных тем, а также необходимость привлечения внимания специалистов к проблеме реабилитации пожилых лиц с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника находит свою актуальность путем внедрения данных технологий. В третьей главе нами были рассмотрены основные факторы, не способствующие процессу реабилитации. Опираясь на данные аспекты, нами была предложены и реализованы методы арт-терапии (музыкотерапия) и Су-Джок терапия (пальчиковая гимнастика), повышающие мотивационный компонент реабилитации. Специалисты по социальной работе могут использовать в рамках своей текущей деятельности психолого-ориентированный подход, который включает в себя методы арт-терапии, и одно из ее направлений – музыкотерапию. [4]

Музыкотерапия — это психотерапевтический метод, основанный на целительном воздействии музыки на психологическое состояние человека. Преимуществом данного вида лечения является комплексное

воздействие на организм посредством слухового, биорезонансного, вибротактильного факторов. [1]

Метод арт-терапии развивается как интегративная дисциплина на стыке нейрофизиологии, психологии, рефлексологии, музыкальной психологии и др. Он также утверждается в качестве универсальной системы, способной оптимизировать процесс на всех этапах личностного развития человека. Первые научные труды, исследующие механизм влияния музыки на человека, появились в конце XIX-начале XX столетия. Затем в XX веке сформировалось несколько школ. [15]

Динамика уровня социально-психологических установок пожилых лиц с остеохондрозом позвоночника

В рамках осуществляемого исследования нами было создано 2 группы: экспериментальная и контрольная на базе ГБССУ СО ГПВИ «Волгоградского областного геронтологического центра» и ГБУ СО «Центрального комплексного центра социального обслуживания населения». Контрольная группа состояла из 30 человек (12 человек - мужского пола, 18 – человек женского пола), экспериментальная – из 23 (9 человек – мужского пола, 14 человек – женского пола). Нами были реализованы музыкотерапия и Су-Джок терапия как технологии в экспериментальной группе.

1. «Выявление типа установки».

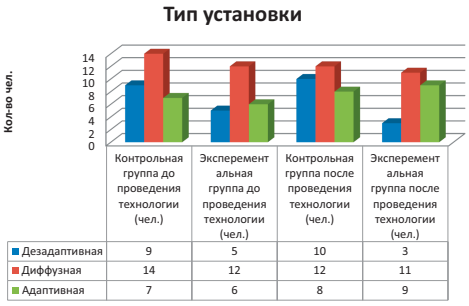

Рис. 4. Выявление типа установки у пациентов с диагнозом остеохондроз

Можно сделать следующие выводы: в экспериментальной группе на 13% увеличилась группа, представляющая адаптивные установки, группа дезадаптивных («граница» диффузной и дезадаптивной групп) сократилась на 8,6%. В контрольной группе отмечается рост на 4,3% группы дезадаптивных установок и адаптивных, на 8,9% снижение диффузной группы.

Проанализировав гендерный аспект социально-психологических установок пожилых лиц с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника в экспериментальной группе, можно увидеть, что после проведения музыкотерапии и Су-Джок терапии среди женщин на 7,1% сократилась граница дезадаптивной и диффузной групп, на 14,2% возросла группа с адаптивными установками. Среди мужской части населения на 11,1% возросла группа адаптивных установок и на 11% сократилась граница дезадаптивной и диффузной групп, без изменений осталась диффузная группа установок. Причинами этого могут явиться то, что при определении сильных болей мужчины реагируют с наиболее выраженной аффективностью в то время как женская половина демонстрирует эмоциональную сдержанность. Ситуация меняется, если усиливается интенсивность боли. Женщины описывают ее как изнуряющую, мучительную, а мужчины воспринимают лишь как беспокоящую, надоедающую, раздражающую боль.

Рис. 5. Выявление типа установки в зависимости от гендера в экспериментальной группе

Таким образом, изучив гендерные различия в ходе реабилитационного процесса, мы полагаем, что женщины склонны чаще к выражению эмоциональных и аффективных действий, а мужчины при интенсивности боли выражают сдержанность.

2. «Преобладающая мотивация по реабилитации пациентов с остеохондрозом».

Рис. 6. Выявление преобладающего типа мотивации у пациентов с диагнозом остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника

Рис.7. Выявление типа мотивации в зависимости от гендера в экспериментальной группе

По данным, в экспериментальной группе на 21,7% возросла мотивация, отсутствие мотивации сократилось на 26%. Данные контрольной группы фактически не изменились.

3. «Преобладающий локус контроля в отношении заболевания».

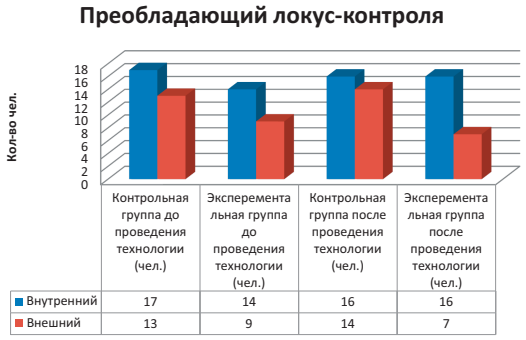

Рис. 8. Преобладающий локус контроля в отношении заболевания

4. «Доминирующая цель по реабилитации пациентов с остеохондрозом».

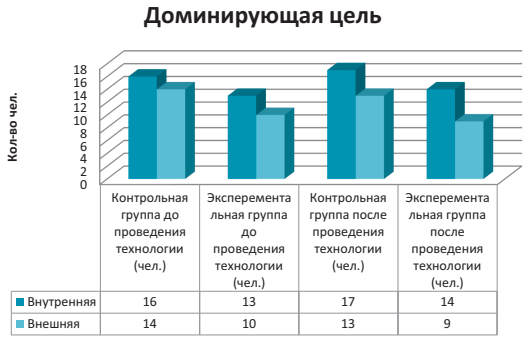

Рис. 9. Доминирующая цель по реабилитации заболевания у пациентов с диагнозом остеохондроз позвоночника

На 8,4% увеличилось число респондентов с внутренними целями. Данные контрольной группы фактически не изменились. Показатель «Доминирующая цель по реабилитации заболевания» как у контрольной, так и у экспериментальной групп остался без значительных изменений.

5.«Субъективная оценка самочувствия».

Рис. 10. Субъективная оценка самочувствия у пациентов с диагнозом остеохондроз позвоночника

На 17,3% увеличилось количество респондентов, считающих свое самочувствие отличным. На 12,8% снизилось число клиентов, считающих удовлетворительным самочувствие. В контрольной группе на 13,6% возрос показатель удовлетворительного самочувствия.

6. «Приверженность рекомендациям специалистов».

Рис. 11. Приверженность рекомендациям специалистов

Рис. 12. Приверженность рекомендациям специалистов в зависимости от гендера в экспериментальной группе

Данный показатель отражает эффективность реабилитационных мер. Полученные результаты выявили, что на 30,4% снизилось количество респондентов, не приверженных рекомендациям специалистов. При этом на 13,1% увеличилось число недостаточно приверженных клиентов, и на 17,2% приверженных. В контрольной группе произошло изменение следующего характера: на 12,9% возросло количество пожилых граждан, которые не придерживаются рекомендаций. В зависимости от гендерной принадлежности на 21,4% возросло количество приверженных к рекомендациям пациенток, на 28,5% снизилось среди женщин не приверженных. Среди мужского населения на 33,3% сократилось число не приверженных пациентов, на 22,1% увеличилось количество не достаточно приверженных клиентов. Количество приверженных среди мужчин осталось без изменений. Можно сделать вывод, что применяемые нами методы музыкотерапии и Су-Джок терапии оказали положительную динамику на изменение степени приверженности рекомендациям специалистов пожилыми людьми с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Таким образом, отмечалось, что лишь у каждого третьего пациента ГБССУ СО ГПВИ «Волгоградского областного геронтологического центра» и клиента ГБУ СО «Центрального комплексного центра социального обслуживания населения» установка - адаптивная, в то время как у остальных респондентов преобладала диффузная (51,4% на 103 опрашиваемых). Она свидетельствовала о наличии потенциала изменения на адаптивную группу установок. Также мы выявили причины, которые привели к преобладанию группы диффузных установок. К ним относились: низкая приверженность рекомендациям специалистов (которая, в свою очередь, вызвана неэффективностью проводимого лечения и отсутствием видимых результатов улучшения состояния здоровья) и отсутствие мотивации. Нами была проведена технология музыкотерапии и Су-Джок терапии, которые показали свою эффективность в ходе реабилитационного процесса пожилых людей с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника. Можно отметить, что в экспериментальной группе на 13% увеличилась группа, представляющая адаптивные установки, группа дезадаптивных («граница» диффузной и дезадаптивной групп) сократилась на 8,6%. Изучив гендерный аспект социально-психологических установок пожилых в экспериментальной группе, можно увидеть, что после проведения технологии среди женщин на 7,1% сократилась граница дезадаптивной и диффузной групп, на 14,2% возросла группа с адаптивными установками. Среди мужской части населения на 11,1% возросла группа адаптивных установок и на 11% сократилась граница дезадаптивной и диффузной групп, без изменений осталась диффузная группа установок. Мотивация, по данным, в экспериментальной группе возросла на 21,7%, отсутствие мотивации сократилось на 26%. Показатель «Приверженность рекомендациям специалистов» выявил, что на 30,4% снизилось количество респондентов, не приверженных рекомендациям специалистов. В зависимости от гендерной принадлежности на 21,4% возросло количество приверженных к рекомендациям пациенток. Среди мужского населения на 33,3% сократилось число не приверженных пациентов, на 22,1% . [18]

Одной из наиболее значимых медико-социальных проблем на сегодняшний день является вертеброневрологическая патология. Остеохондроз позвоночника, как часто встречающийся вариант этой патологии, занимает четвертое место среди заболеваний, приводящих к временной утрате трудоспособности. Данное заболевание имеет высокую психосоматическую корреляцию в виду того, что психологические факторы участвуют не только в координации деятельности мышц позвоночника, но и формировании основного клинического проявления – болевого синдрома. Установки пациентов с остеохондрозом бывают рациональные и иррациональные. Дисфункциональные или иррациональные установки способствуют переживаниям и стрессам. Адаптивные (рациональные) улучшают качество жизни. Необходимо учитывать формирование у пациентов с диагнозом «остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника» установок, которые могут явиться как результирующими в процессе реабилитации, так и наоборот ее затруднить. Но роль социально-психологических установок и их учет в социальной реабилитации не достаточно изучены в отечественной литературе [16].

Своевременное выявление установок, а также успешная их коррекция определяют не только общий исход эффективности проводимой терапии, но и в значительной мере позволяют добиваться лучших результатов в реабилитации пациентов. [9, 10]. Мы проанализировали методику изучения социально-психологических установок пациентов с диагнозом остеохондроз. Нами были изучены основные процессы формирования установок, но они не включают в себя достаточно полное и системное определение, что

указывают на необходимость исследования их коррекции через определенные целостные и системные основания. Как уже было упомянуто ранее, данная проблематика до сих пор малоизучена, поэтому коррекции как таковой не существует, что представляет собой возможность применения рационально-эмотивной терапии А. Эллиса. [15]

Проанализировав гендерный аспект социально-психологических установок пожилых лиц с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника в экспериментальной группе, можно увидеть, что после проведения музыкотерапии и Су-Джок терапии среди женщин на 7,1% сократилась граница дезадаптивной и диффузной групп, на 14,2% возросла группа с адаптивными установками. Среди мужской части населения на 11,1% возросла группа адаптивных установок и на 11% сократилась граница дезадаптивной и диффузной групп, без изменений осталась диффузная группа установок. Причинами этого могут явиться то, что при определении сильных болей мужчины реагируют с наиболее выраженной аффективностью в то время как женская половина демонстрирует эмоциональную сдержанность. Ситуация меняется, если усиливается интенсивность боли. Женщины описывают ее как изнуряющую, мучительную, а мужчины воспринимают лишь как беспокоящую, надоедающую, раздражающую боль. [6, 7]

Таким образом, изучив гендерные различия в ходе реабилитационного процесса, мы полагаем, что женщины склонны чаще к выражению эмоциональных и аффективных действий, а мужчины при интенсивности боли выражают сдержанность. Мотивация, по данным, в экспериментальной группе возросла на 21,7%, отсутствие мотивации сократилось на 26%. Показатель «Приверженность рекомендациям специалистов» выявил, что на 30,4% снизилось количество респондентов, не приверженных рекомендациям специалистов. При этом на 13,1% увеличилось число недостаточно приверженных клиентов, и на 17,2% приверженных. В контрольной группе произошло изменение следующего характера: на 12,9% возросло количество пожилых граждан, которые не придерживаются рекомендаций. В зависимости от гендерной принадлежности на 21,4% возросло количество приверженных к рекомендациям пациенток, на 28,5% снизилось среди женщин не приверженных. Можно сделать вывод, что применяемые нами методы музыкотерапии и Су-Джок терапии оказали положительную динамику на изменение степени приверженности рекомендациям специалистов пожилыми людьми с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Таким образом, социально-психологические установки пациентов с остеохондрозом позвоночника, способствующие реабилитации, отличаются у мужчин и женщин, и определяют исход реабилитационных мероприятий. В связи с тем, что роль социально-психологических установок и их учет в социальной реабилитации малоизучены в отечественной литературе, полученные нами результаты дополнят уже имеющиеся данные по данной тематике и уточнят информацию. А разработанная рекомендация для специалистов по социальной работе по коррекции группы дезадаптивных и диффузных установок пациентов с диагнозом остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника позволит и дальше проводить эффективную реабилитацию потребителей социальных услуг.

Список литературы

1. Артюхина А.И., Чумаков В.И. Опережающее обучение в освоении новых образовательных технологий преподавателями высшей школы // Научно-методический электронный журнал концепт. 2015. т. 13. с. 3541-3545.

2. Артюхина А.И., Чумаков В.И. Педагогическая рефлексия как один из ведущих факторов качественного повышения квалификации врачей-педагогов медицинского университета//В книге: Медицинское образование 2013 Сборник тезисов конференции. 2013. С. 29-32.

3. Артюхина А.И., Чумаков В.И. Реализация инноваций в высшей медицинской школе (андрагогический аспект). Экономические и гуманитарные исследования регионов. 2015. № 2. С. 14-20.

4. Артюхина А.И., Чумаков В.И. Формирование готовности преподавателей медицинского вуза к педагогическим инновациям//В сборнике: Современные аспекты реализации ФГОС и ФГТ. Вузовская педагогика. Материалы конференции. Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; Главный редактор С.Ю. Никулина. 2013. С. 199-201.

5. Калинина И. А. Гендерные и возрастные аспекты выраженности мышечного синдрома на поясничном уровне // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. - 2011. - 6. -С. 287-298.

6. Кожевников В. Н., Знленский Г. Н. Психологические и психофизические особенности больных остеохондрозом позвоночника с латерализацией болевого синдрома // Сибирский психологический журнал. - 2010. - 28. - С. 64-69.

7. Курушина О. В. Гендерные особенности болевых установок пациентов с хроническими алгическими расстройствами. -2011. - 3. -С. 2-4.

8. Столярчук Л.И., Ануфриева Е.В., Полежаев Д.В., Машихина Т.П., Радзивилова М.А., Дресвянина А.В., Роговская Н.И., Шустова Л.П., Елькова Л.С., Зиновьева Э.Х., Чумаков В.И., Фролова Т.М., Розка В.Ю., Целуйко В.М., Блудилина О.А., Ворожбитова А.Л. Гендерный подход и вопросы образования//Волгоградский государственный медицинский университет. Волгоград, 2010 г., С. 56-63.

9. Харькова Н.Н., Чумаков В.И. К вопросу о проблемах воспитания иностранных студентов медицинского вуза// Грани познания. 2014. № 3 (30). С. 81-84.

10. Чумаков В.И. Организация педагогического взаимодействия преподавателя и иностранных студентов на занятиях по социологии (гендерный аспект)//Грани познания. 2010. № 2 (7). С. 48-49.

11. Артюхина А.И., Чумаков В.И . Учебные проекты по педагогике в подготовке аспирантов-медиков // Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке. 2016. Т. 18. № 11. С. 69-71.

12. Артюхина А.И., Чумаков В.И. Педагогика // Учебно-методическое пособие для клинических ординаторов / Волгоград, 2017.

13. Артюхина А.И., Чумаков В.И., Иванова Н.В. Формирование готовности преподавателей к инклюзивному обучению студентов // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2016. Т. 18. № 5. С. 85-87.

14. Артюхина А.И., Чумаков В.И., Иванова Н.В. Практическое занятие при инклюзивном обучении студентов Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2016. Т. 18. № 5. С. 92-94.

15. Загребин В.Л., Фёдорова О.В., Терентьев А.В., Артюхина А.И., Чумаков В.И., Балалин А.С. Мобильное приложение для тестового контроля знаний студентов // в сборнике: актуальные проблемы современного образования: опыт и инновации материалы всероссийской научно-практической конференции (заочной) с международным участием. ответственный редактор А.Ю. Нагорнова. 2016. с. 351-356.

16. Кнышова Л.П., Артюхина А.И., Чумаков В.И. Контроль учебных достижений студентов-медиков в компетентностном формате // Современные наукоемкие технологии. 2016. № 6-1. С. 140-144.

17. Петров А.В., Щекин Г.Ю., Лакеев А.Е., Палехин М.В. Правоведение Учебно-методическое пособие / Волгоград, 2016.

18. Чижова В.М. Задачи преподавания социологии в медицинском вузе Грани познания. 2014. № 3 (30). С. 90-92.

19. Чижова В.М. Человек как адресат медицины и социальной работы В сборнике: Человек в пространстве болезни: гуманитарные методы исследования медицины Саратов, 2009. С. 10-13.

20. Чижова В.М., Богатырев А.А. Социальный портрет пациента с приобретенной беспомощностью // Социология медицины. 2015. Т. 14. № 1. С. 49-53.

21. Сирак С.В., Слетов А.А., Панченко Д.В., Елисеев В.В., Копылова И.А., Можейко Р.А., Давыдов А.Б., Михальченко Д.В., Жидовинов А.В., Слетова А.Р., Гатило Ю.Ю., Белоконь О.С., Мадаев Т.С. Способ удаления опухолей краниовертебральной локализации патент на изобретение RUS 2599688 13.08.2015.