

Е.В. Морозова¹, С.С. Алексанин², В.Ю. Рыбников²

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ИНВАЛИДИЗАЦИИ: МЕТОДИКА ОЦЕНКИ

¹ Федеральное бюро медико-социальной экспертизы (Россия, Москва, ул. Ивана Сусанина, д. 3);

² Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2)

Актуальность. При наличии инвалидизирующего заболевания активность пациента должна быть направлена не только на функциональное восстановление организма, но и социальное восстановление целью которого является адаптация и социальная интеграция человека в общество. Достижение социальной адаптации и интеграции возможно лишь при направленности личности на социальное функционирование, вместе с тем не каждый больной нацелен на активность и участие в жизнедеятельности, что выявляется в ходе медико-социальной экспертизы пациентов. Данная проблема обусловила актуальность ее концептуального обобщения в рамках разработанной нами теоретико-прикладной концепции реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизации.

Цель – разработка опросника оценки реабилитационной приверженности личности (ОРПЛ) в условиях инвалидизации, отвечающего требованиям валидности, надежности, дифференцированности и практичности.

Методология. В исследовании участвовало 624 пациента с различными инвалидизирующими заболеваниями и 32 эксперта (врачи по медико-социальной экспертизе, врачи-специалисты, психологи). На первом этапе исследования был разработан опросник, включающий 10 вопросов, для оценки сформированности реабилитационной приверженности личности. На втором этапе исследования проведена проверка опросника на валидность, надежность, дифференцированность и практичность. На третьем этапе проведена апробация опросника на пациентах с основными инвалидизирующими патологиями.

Результаты и их обсуждение. Надежный и валидный опросник для оценки приверженности личности к реабилитации был апробирован на больных с тяжелой инвалидизирующей патологией включал интегральный показатель и две шкалы: психологическую приверженность личности к реабилитации (пять вопросов); активность и участие в социальном функционировании (пять вопросов). При обследовании в группе больных с тяжелой инвалидизирующей патологией выявлены особенности реабилитационной приверженности и сниженный уровень активности и участия в социальном функционировании. Полученные результаты помогут организовать более эффективную реабилитацию.

✉ Морозова Елена Валерьевна – канд. психол. наук, руководитель науч.-метод. центра по комплексной реабилитации, зам. руководителя, Федер. центра науч.-метод. и методол. обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, Федер. бюро мед.-соц. экспертизы (Россия, 127486, Москва, ул. Ивана Сусанина, д. 3), e-mail: elvamorozova@yandex.ru;

Алексанин Сергей Сергеевич – д-р мед. наук проф., чл.-кор. РАН, директор, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: medicine@nrcerm.ru;

Рыбников Виктор Юрьевич – д-р мед. наук, д-р психол. наук проф., зам. директора по науч., учеб. работе, медицине катастроф, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), ORCID 0000-0001-5527-9342, e-mail: rvikirina@mail.ru

Заключение. Опросник может использоваться в ходе медико-социальной экспертизы для диагностики вовлеченности личности в социальное функционирование, а также применяться для планирования реабилитационных мероприятий в сфере здравоохранения и социальной защиты инвалидов с целью оценки реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизации.

Ключевые слова: клиническая психология, психологическая диагностика, стандартизация теста, опросник, валидность, дифференцированность, надежность, оценка, реабилитационная приверженность личности.

Введение

Проблема оценки приверженности больных к лечению в науке и практике решена посредством апробированных на различных категориях пациентов методик и опросников, которые успешно применяются в медицинских и психологических исследованиях [5–7, 11, 15, 16].

Однако все известные диагностические средства выявляют направленность пациента на соблюдение врачебных рекомендаций по лечению, а также за редким исключением на изменение образа жизни (вредных привычек, диеты и др.), не охватывая и не учитывая широкий контекст проблемы личности в условиях инвалидизации, перед которой стоит задача активности и участия в социальном восстановлении [14].

В соответствии с Федеральным законом от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» целью реабилитации является адаптация и интеграция в социум, в связи с чем законом определены основные направления реабилитации, включая социальную реабилитацию в структуру которой входит (социально-средовая, социально-бытовая, социально-психологическая, социально-педагогическая реабилитация).

С учетом актуальности развития и совершенствования комплексной системы реабилитации инвалидов, представленной в Распоряжении Правительства России от 18 декабря 2021 г. № 3711-р «Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года», непосредственно обращенной к личности пациента, разработана и опубликована теоретико-прикладная концепция

реабилитационной приверженности личности (далее РПЛ) в условиях инвалидизации [13]. Концептуализация проблемы реабилитационной приверженности личности произведена с учетом методологии оценки инвалидности, изложенной в Приказе Минтруда России от 27.08.2019 г. № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» и учитывающей помимо функциональных нарушений организма способность к самостоятельной жизнедеятельности в основных ее сферах (и ограничения, обусловленные инвалидизирующей патологией).

За базовое понятие РПЛ нами было принято следующее определение: реабилитационная приверженность личности в условиях инвалидизации является интегративным ресурсно-преодолевающим свойством, которое отражает 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, а также здоровьесберегающей деятельности). Также концепция раскрывает принципы ее построения, структурно-функциональную модель РПЛ, которая имеет уровни, этапы, функции и отражает основные психологические механизмы ее формирования [13].

Для изучения РПЛ в условиях инвалидизации возникла практическая потребность в разработке методики (опросника) для ее оценки в контексте выявления психологической направленности на реабилитацию, а также вовлеченности личности в социальное функционирование.

Личностный фактор играет важную роль в достижении положительных исходов реабилитации [10, 16].

В медицинской психологии накоплен достаточно обширный комплекс тестов, опросников, методик, шкал, выявляющих различные личностные характеристики, влияющие на адаптацию больного (например, механизмы психологической защиты личности, отношение больного к болезни, восприятие больным социально-психологических последствий заболевания, оценку мотивационной направленности, структуры идентичности и самооценки, копингов, локуса контроля, приверженности и комплаентности больного к лечению и др.) [4, 9, 14, 17].

При этом среди широкого диапазона диагностических средств для изучения личности в условиях болезни отсутствует инструментарий, позволяющий оценить РПЛ с позиций вовлеченности больного в процесс социального восстановления и психологической направленности личности на данное восстановление, для прогнозирования таким образом его социального поведения (активности и участия в реализации различных сфер жизнедеятельности). Потребность в таком диагностическом средстве определяется необходимостью эффективного планирования и реализации реабилитационных воздействий на всех этапах инвалидизации больного, что соотносится с отечественными подходами к оценке инвалидности с учетом личностных особенностей и с международными подходами к оценке ограничений социального функционирования человека, с учетом фактора личности [12].

Также критичным является то, что, как правило, имеющийся психологический инструментарий, трудозатратен для больных, как в плане времени, так и в плане когнитивной нагрузки. С учетом этого, для практики целесообразно было бы иметь лаконичный, при этом информативный диагностический инструмент для оперативной оценки психологического настроения пациента к реализации реабилитационного процесса

(например, как скрининговый опросник для применения в условиях медико-экспертного освидетельствования для разработки индивидуальной программы реабилитации инвалида, либо в звене здравоохранения или социальной защиты населения при поступлении больного для прохождения реабилитационного курса).

Учитывая многозадачность реабилитационного процесса, полностью охватывающего в целом жизнеустройство больного, подобный диагностический инструмент позволил бы специалистам получать конкретную фактологию (не только в качественном, но и в количественном выражении) имеющихся психологических и социальных «эффектов» дезадаптации и «дефицитов» активности в основных сферах жизнедеятельности, требующих восполнения.

Данные обстоятельства обосновывают необходимость разработки опросника для оценки РПЛ в условиях инвалидизации. При этом под инвалидизацией личности понимается наличие инвалидизирующего заболевания, при котором больной может обращаться в государственное учреждение медико-социальной экспертизы по вопросу установления инвалидности и по результатам медико-социальной экспертизы может быть установлен статус «инвалид» (в рамках I–III группы инвалидности, и также объективизированы ограничения жизнедеятельности I–III степени тяжести, затрудняющие социальное функционирование человека, что обуславливает потребность в реабилитации для восстановления значимых социальных статусов) [24].

Цель – разработка опросника оценки реабилитационной приверженности личности (ОРПЛ) в условиях инвалидизации, отвечающего требованиям валидности, надежности, дифференцированности и практичности.

Материал и методы

Обследование проводили в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Федеральное бюро медико-социальной

экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (ФБМСЭ Минтруда России).

В обследовании приняли участие 656 человек, из них 32 эксперта (специалисты учреждений медико-социальной экспертизы) и 624 пациента клиники ФБМСЭ Минтруда России, из них 63 пациента обследовали в динамике.

Для апробации методики в плане оценки ее дифференцированности и конвергентной валидности использовались статистические методы и психологические диагностические средства, которые позволяли выявлять социально-психологические характеристики личности, способствующие активности и участию пациента в социальном функционировании, что позиционируется в рамках концепции РПЛ как реабилитационная приверженность личности [13].

В группу экспертов включили специалистов с большим (10 лет и более) опытом работы в области медико-социальной экспертизы, лечения и реабилитации больных и инвалидов. Это были врачи специалисты по медико-социальной экспертизе; врачи-специалисты: неврологи, терапевты, хирурги, онкологи, имеющие первую или высшую категорию; психологи и медицинские психологи службы медико-социальной экспертизы, включая кандидатов и докторов наук.

При подборе пациентов для исследования реабилитационной приверженности личности учитывали критерий сохранности психических функций, который означал, что все включенные в апробацию методики больные на этапе обследования были с сохранной критикой без выраженных и значительно выраженных интеллектуальных нарушений. Условно исследование выполняли в три этапа:

- разработка опросника ОРПЛ;
- проверка опросника на валидность, надежность, дифференцированность и практичность [1–3];
- апробация опросника.

В качестве методик исследования использовали метод независимых экспертных оценок, клиническую беседу,

статистический анализ с использованием программ Exell, Stastistika 6.0 с расчетом показателей информативности признаков, их ранговой значимости и корреляционной связи.

Результаты и их анализ

Первоначально, конструирование опросника предполагало определиться с его теоретической структурой и конкретными психологическими формулировками вопросов, соотносящихся с теоретическими основаниями разработки конструкта реабилитационной приверженности личности, находящейся в условиях инвалидизации. Исходя из методологических подходов, описанных ранее [13, 14], для операционализации категории «реабилитационная приверженность личности» нами выделены определенные психологические компоненты, которые на наш взгляд отражают психологическое отношение и направленность личности на реализацию реабилитационного процесса, включая реабилитационную компетентность для здоровьесбережения и социальную вовлеченность больного в различные сферы жизнедеятельности (табл. 1).

Опросник разрабатывался для целей выявления реабилитационной приверженности личности к социальному восстановлению. Принимая во внимание, что опросник нацелен на диагностику реабилитационной приверженности у больных, вследствие инвалидизирующих заболеваний, необходимо было учесть психологическую направленность больного не только на социальное восстановление, но и на повышение реабилитационной компетентности с целью организации здоровьесбережения (насколько это возможно в рамках имеющегося функционального снижения).

Исходя из методологических положений [1, 3, 18] и цели исследования, опросник сконструирован из двух шкал: 1-я шкала должна была выявить когнитивно-эмоциональные и мотивационные особенности личности, обосновывающие психологическую направленность больного

Таблица 1

Психологические характеристики личности, обеспечивающие ее психологическую направленность на реабилитацию и вовлеченность в социальное функционирование (активность и участие в жизнедеятельности)

Эмоционально-личностная характеристика	Психологическая интерпретация показателя
Психологическая направленность личности на реабилитацию (эмоционально-когнитивные и мотивационные компоненты реабилитационной приверженности)	
Когнитивный самонастрой	Направленность личности на эмоционально-когнитивное самовоздействие, позитивный настрой
Мотивационная направленность в будущее	Мотивация личности к постановке и реализации планов, целей, формирование образа будущего на ближайшую и дальнюю перспективу
Воля и ответственность за здоровье	Направленность личности на проявление волевых усилий по отношению к восстановлению и сохранению здоровья, вера в свои силы
Дисциплина в лечении	Направленность личности на «терапевтическое сотрудничество» веру во врачей и выполнение их рекомендаций (комплаенс)
Активность в повышении реабилитационной компетентности для обеспечения здоровьесбережения	Направленность личности на повышение реабилитационной компетентности, включая познавательную активность к ознакомлению с различными медицинскими и техническими новинками для восстановления здоровья и организации здоровьесбережения
Социально-поведенческие компоненты реабилитационной приверженности (социальная вовлеченность, приверженность личности к активности и участию в основных сферах жизнедеятельности)	
Профессиональная и образовательная самореализация	Направленность личности на активность и участие в сфере профессиональной и образовательной самореализации (учеба, работа)
Досуг и творческая самореализация	Направленность личности на активность и участие в сфере творческой самореализации в различных областях досуговой деятельности, искусства, спорта и др.
Культурная активность в социуме	Направленность личности на активность и участие, в социокультурной сфере (посещение различных культурно-досуговых мероприятий)
Самореализация в межличностных отношениях	Направленность личности на активность и участие и самореализацию в межличностных отношениях (общение с ближайшим окружением и с широким кругом социальных контактов)
Бытовое жизнеустройство	Направленность личности на активность и участие в сфере реализации бытового жизнеустройства и самообслуживания

на реабилитацию (включает 5 вопросов); 2-я шкала – активность и участие личности в социальном восстановлении, с учетом основных сфер жизнедеятельности, ограничения по которым формируют инвалидизацию (включает 5 вопросов). Суммарный показатель двух шкал оценивал общий уровень сформированности реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизации.

Предположили, что первый блок опросника должен характеризовать психологическую направленность личности на восстановление посредством эмоционально-когнитивной переработки и самовоздействия, мотивации к построению

планов на ближайшую и дальнюю перспективу; способности к проявлению волевых усилий по отношению к восстановлению и сохранению здоровья, веры в свои силы; комплаентному поведению (следованию рекомендациям врачей); а также познавательной активности в повышении реабилитационной компетентности для организации здоровьесбережения.

Второй (поведенческий) блок опросника может отражать социальную вовлеченность за счет приверженности личности к активному социальному восстановлению в различных сферах жизнедеятельности и характеризуется следующими проявлениями: активность и участие

в сфере профессиональной и образовательной самореализации (учеба, работа); творческой самореализации в различных областях досуговой деятельности, искусства, спорта и др.; активности в социокультурной сфере (участие в различных культурно-досуговых мероприятиях); в реализации межличностных отношений с семьей и ближайшим социальным окружением; а также активности в сфере реализации бытового жизнеустройства.

Эмпирическая часть разработки опросника ОРПЛ включала отбор и оценку информативности различных утверждений (признаков) экспертами. В качестве экспертов выступили врачи специалисты по медико-социальной экспертизе, специалисты по реабилитации, специалисты по социальной работе, психологи, медицинские психологи, работающие в системе учреждений медико-социальной экспертизы Минтруда России.

На основе анализа научных данных, теоретического конструкта (см. табл. 1) и пилотажного обследования для экспертной

оценки были разработаны утверждения, характеризующие РПЛ в условиях инвалидизации. В соответствии с мнением экспертов и клинической беседы с пациентами клиники ФБМСЭ Минтруда России данный перечень был доработан, уточнен и на его основе сформирован итоговый перечень из 20 утверждений, важных с точки зрения экспертов и пациентов для оценки РПЛ в условиях инвалидизации. Оценку значимости утверждений относительно понятия РПЛ проводили по 5-балльной шкале (0 баллов – «точно нет», 1 – «скорее нет», 2 – «затрудняюсь ответить», 3 – «пожалуй, да», 4 балла – «безусловно»). Эта шкала была понятна пациентам и одобрена экспертами [17].

Оценку информативности утверждений относительно РПЛ в условиях инвалидизации проводили на основе определения их ранговой значимости по частоте встречаемости экспертных оценок. Из 20 исходных утверждений, характеризующих РПЛ в условиях инвалидизации, было отобрано 10 наиболее значимых. Необходимо отметить,

Таблица 2

Степень значимости утверждений для оценки РПЛ в условиях инвалидизации по данным экспертных оценок специалистов ФБМСЭ Минтруда России

Утверждение, характеризующее РПЛ в условиях инвалидизации		Балл	Ранг
1	Несмотря на болезнь, я «не падаю духом», активно преодолеваю жизненные сложности	3,83	1-й
2	Несмотря на болезнь, я стараюсь планировать будущее (путешествия, изучение и освоение чего-то нового и др.)	3,75	2-й
3	При определенных усилиях с моей стороны, мое состояние здоровья улучшится	3,72	3-й
4	Я стараюсь придерживаться рекомендаций врачей в лечении для профилактики осложнений моего заболевания	3,68	4-й
5	Мне всегда интересна информация о новых технологиях лечения, технических средствах реабилитации и других возможностях восстановления, для того чтобы улучшить свою жизнедеятельность и здоровье	3,65	5-й
6	Несмотря на мое состояние здоровья, я стараюсь реализоваться в профессии (работаю и/или учусь)	3,61	6-й
7	Несмотря на мое состояние здоровья, стараюсь отвлечь себя интересными делами (творчество, хобби, музыка, ТВ, спорт, литература и др.)	3,58	7-й
8	Несмотря на мое состояние здоровья, стараюсь планировать культурный досуг посещая, кино, театр, музеи, выставки, лекции, кружки и др.)	3,56	8-й
9	Несмотря на мое состояние здоровья, стараюсь общаться с близкими и быть полезным семье	3,51	9-й
10	Несмотря на мое состояние здоровья, стараюсь обслуживать себя в быту самостоятельно	3,50	10-й

что значение весовых коэффициентов утверждений определялось расчетным путем как отношение средней значимости (балл) суммы экспертных оценок каждого из весовых коэффициентов к общей сумме интегральных оценок всех 20 исходных утверждений. Это позволило рассчитать ранговую значимость каждого из утверждений для использования в методике оценки РПЛ в условиях инвалидизации и отобрать 10 наиболее значимых или информативных, которые приведены в табл. 2.

Как видно из приведенных в табл. 2 данных, в перечень наиболее важных признаков вошло 10 утверждений, средний балл каждого из них был выше 3,50 баллов (при шкале оценок от 0 до 4, при максимально возможном значении сумм всех 20 исходных утверждений равном 80). Эти утверждения с учетом их ранговой значимости были включены в состав опросника ОРПЛ. Следовательно, в соответствии с изучаемым опросником явлением – реабилитационной приверженностью личности, конечный вариант опросника составил 10 вопросов (пунктов), отражающих психологическую направленность личности в условиях инвалидизации на реализацию реабилитационной деятельности (т. е. приверженность к реабилитации) и вовлеченность (активность и участие личности) в различные сферы социального функционирования.

Обработка опросника подразумевает традиционный психологический подход и качественно-количественный анализ получаемых в ходе обследования данных. Для обследования пациенту предлагается бланк опросника и инструкция: «Пожалуйста, прочтите предложенные утверждения и выберите к ним наиболее подходящий ответ».

Психологическая интерпретация показателей опросника ОРПЛ может рассматриваться в двух плоскостях, свидетельствующих о психологической направленности на реализацию реабилитационного процесса, личностно обеспечиваемой позитивным самонастроением, внутренним локусом контроля, верой в себя и собственную

самоэффективность, способностью к построению планов и перспектив будущего, направленностью на здоровьесберегающую деятельность. Также опросник выявляет актуальную на момент обследования направленность личности на активное участие в различных сферах социальных отношений, по сути характеризующих поведенческий компонент реализации реабилитационных стратегий и степень вовлеченности пациента в социальный контекст жизнедеятельности.

Анализ показателей опросника ОРПЛ можно рассматривать детально (качественно) по каждой характеристике и по количеству набранных баллов, соотносящихся с уровнем сформированности реабилитационной приверженности личности. Принцип количественной обработки данных заключается в оценке утверждений по возрастающей балльной шкале от «0» до «4» баллов, которые присваиваются последовательно от первого варианта ответа «точно нет» – 0 баллов; до последнего варианта «безусловно, да» – 4 балла. Два последних варианта ответов характеризуют реабилитационную приверженность, свидетельствующую о психологической активности и направленности больного на реализацию реабилитационного процесса и социальную вовлеченность. Сумма всех полученных баллов позволяет вычислить общий показатель уровня сформированности реабилитационной приверженности различной степени выраженности:

- 1) до 20 – отсутствие реабилитационной приверженности;
- 2) от 21 до 29 – низкая, неустойчивая реабилитационная приверженность;
- 3) от 30 до 35 – сформированная реабилитационная приверженность;
- 4) от 36 до 40 – высокая, устойчиво сформированная реабилитационная приверженность;

Также может быть посчитано суммарное значение баллов отдельно по двум шкалам методики, позволяющее отследить результат по различным блокам опросника (отдельно по психологической приверженности и по социальной вовлеченности).

Построение диаграммы полученных значений позволяет наглядно увидеть проблемные сферы и «дефициты» психологической направленности больного, которые являются «мишенями» психокоррекционного воздействия в процессе социально-психологической реабилитации, основной целью которой является повышение реабилитационной приверженности за счет активности и участия личности в жизнедеятельности для максимально возможной интеграции в социум, также при условии поддержания личностью деятельности по здоровьесбережению.

Для сравнения полученных показателей сформированности реабилитационной приверженности в исследовательских целях, сырые баллы можно перевести в проценты по следующей формуле [8]. Максимально возможное количество баллов, которое можно получить по данной методике – 40. Данный показатель – 40 баллов, принимается за 100 %. Далее берется среднее суммарное значение реабилитационной приверженности по группе (либо по отдельному больному), которое принимается за X%: $X (\%) = \frac{\text{среднее групповое значение РП (баллы)}}{100/40}$.

В соответствии с концепцией о реабилитационной приверженности личности и значимых ее характеристиках, а также, принимая во внимание результаты исследования и высокий уровень взаимосвязей показателей реабилитационной приверженности с функциональными и дисфункциональными личностными параметрами, можно констатировать что данный психологический конструкт является личностным реабилитационным ресурсом пациента, что может быть соотнесено с понятием реабилитационный потенциал, который по мнению многих авторов рассматривается как ресурс личностной адаптации [8]. Соответственно суммарный балл полученный по данному опроснику, переведенный в проценты, отражает процент реабилитационного потенциала и в соотношении со 100 % может отражать какой процент личностного реабилитационного потенциала у больного не задействован. По результатам апробации данного опросника и исследования

больных, ведущих инвалидизирующих патологий средние значения реабилитационной приверженности в группах с ее отсутствием и низким (неустойчивым) уровнем соответствуют 40–66 % реабилитационной приверженности.

В группе с высокой (устойчиво сформированной) реабилитационной приверженностью среднее значение показателя составило 92 %. Значение реабилитационной приверженности ниже 70 % является риском дезадаптации и означает, что по крайней мере 30 % личностного реабилитационного потенциала у больного не задействовано.

Второй этап исследования был посвящен проверке опросника на валидность, надежность, дифференцированность и практичность и его апробацию на выборках пациентов с ведущими инвалидизирующими заболеваниями.

Необходимо отметить, что при разработке тестов определяют различные типы валидности, наиболее важными из них, принято считать концептуальную (теоретическую) валидность и критериальную валидность (оценка измеряемого параметра свойства, сопоставленная с так называемым «внешним критерием», в качестве которого могут выступать экспертные оценки) [2, 18].

Концептуальная валидность ОРПЛ изложена ранее (см. табл. 1).

Для оценки критериальной валидности использовались результаты обследования опросником ОРПЛ 41 пациентов клиники ФБМСЭ Минтруда России и оценка у этих же пациентов экспертами итогового (уровень сформированности реабилитационной приверженности личности) и двух внутренних показателей (шкал) теста ОРПЛ.

Корреляция рангов по Спирмену показала достоверную корреляцию ранговых оценок результатов тестирования пациентов и оценок РПЛ экспертами, при значении коэффициента корреляции рангов Спирмена в равном 0,82 для интегрального показателя и 0,78–0,84 для двух шкал, что соответствовало уровню достоверности 0,01. Это подтверждает информативность, а точнее критериальную валидность ОРПЛ.

Корреляция рангов по Спирмену между двумя различными группами пациентов с различной инвалидизирующей патологией (болезни костно-мышечной системы ($n = 108$) и болезни системы кровообращения ($n = 103$)) также показала достоверную корреляцию ранговых оценок по критерию Спирмена, который был равен 0,76 для итогового показателя, что отражало достаточно тесную однонаправленную связь переменных теста ($p < 0,01$) и критериальную валидность методики.

Проверка опросника ОРПЛ на надежность определялась методом тест-ретестовой проверки, на выборке пациентов клиники ФБМСЭ Минтруда России ($n = 63$). В ходе данного этапа апробации методики одним и тем же пациентам, двукратно проводилась диагностика с использованием опросника (ОРПЛ). Далее был проведен корреляционный анализ показателей теста, полученных в двух тестовых замерах с интервалом в 10–11 месяцев, проведенных в относительно одинаковых условиях, однако разными специалистами. Понимаем, что для ретестирования был принят довольно большой период времени. Следует указать, что с обследованными пациентами формирующих воздействий не проводилось, социальное положение, связанное

с инвалидностью оставалось стабильным, группа инвалидности у них не изменилась. Показатель коэффициента корреляции Пирсона для интегрального показателя и двух шкал составил в среднем $r = 0,81$ ($p < 0,01$), варьировал от 0,75 до 0,90. Это подтверждает высокую ретестовую надежность, устойчивость итогового показателя и показателей двух шкал опросника ОРПЛ.

Далее была выполнена оценка надежности как внутренней согласованности утверждений (пунктов) опросника с помощью коэффициента альфа-Кронбаха, определяющего синхронную надежность (внутреннюю согласованность) между пунктами методики [18]. Допустимый коэффициент в процессе проверки внутренней согласованности методики получен по каждому из 10 утверждений опросника, согласованность между которыми также подтверждена по критерию альфа-Кронбаха в целом [1, 18]. Значения коэффициента альфа-Кронбаха приведены в табл. 3 (обобщенный показатель альфа-Кронбаха – 0,922 при стандартизированным коэффициенте альфа-Кронбаха – 0,925).

Практичность и объективность опросника. Далее была оценена практичность и объективность теста ОРПЛ, под которой в психодиагностике понимается

Таблица 3

**Результаты оценки надежности-согласованности пунктов методики ОРПЛ
(по альфа-Кронбаху)**

Оцениваемый параметр		Корреляция пункт-шкала в целом	Альфа, если удален пункт
1	Когнитивный самонастрой	0,759	0,911
2	Мотивационная направленность в будущее	0,766	0,910
3	Воля и ответственность за свое здоровье	0,796	0,909
4	Дисциплина в лечении	0,611	0,920
5	Активность в повышении реабилитационной компетентности для здоровьесбережения	0,741	0,912
6	Профессиональная/образовательная самореализация	0,728	0,915
7	Досуг и творческая самореализация	0,713	0,914
8	Культурная активность в социуме	0,788	0,909
9	Самореализация в межличностных отношениях	0,618	0,918
10	Реализация бытового жизнеустройства	0,616	0,918

простота использования на практике, в том числе при массовых обследованиях [4, 18]. Данная характеристика определяет соответствие затрат на внедрение методики и полученный от нее эффект. Практичность теста снижается при необходимости специальной подготовки обследуемых, использовании дорогостоящего оборудования, значительном времени для проведения обследования или обработки результатов.

Объективность теста – это строгая стандартизация условий его проведения и обработки результатов обследования (обстановки, организации обследования, инструкции, регистрации, анализа и интерпретации данных обследования). При этом многими авторами показано, что бланковые личностные опросники, являются практичными, не требуют специальной аппаратуры, кратковременны при сборе данных, просты в обработке и интерпретации результатов [4, 18].

Опрос экспертов и пациентов подтвердил удобство и практичность применения методики ОРПЛ, а также его объективность, что достигалось стандартизацией утверждений и ответов, четкостью инструкций по выполнению и обработке данных. Более 95 % экспертов и 86 % пациентов отметили это в ходе проведенного нами опроса.

Следовательно, в ходе исследования была разработана методика оценки реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизации, отвечающая требованиям надежности, валидности, дифференцированности и практичности.

Серия исследований была посвящена апробации методики ОРПЛ на больных в условиях инвалидизации вследствие основных инвалидизирующих заболеваний. При этом необходимо отметить, что оценка взаимосвязи показателей опросника ОРПЛ с общепринятыми социально-демографическими данными (пол, возраст, уровень образования, семейный и социальный статус) показала наличие достоверных интеркорреляционных связей, однако, их теснота была не выраженной и находилась в интервале (0,32–0,45). Это указывает на то, что социально-демографические показатели детерминируют

уровень РПЛ, однако, выраженность этой детерминации достаточно слабая.

Далее предположили, что при различных нозологических формах инвалидизирующих заболеваний реабилитационная приверженность может различаться по уровню сформированности, что послужило основанием сравнения приверженности у пациентов с различными заболеваниями или их группами.

Предположение о том, что при каждой нозологической форме выявится специфичный уровень реабилитационной приверженности оправдалось не полностью. Полученные в исследовании показали, что реабилитационная приверженность в группах больных с различными заболеваниями преимущественно распределилась в диапазоне значений от 24 до 29 баллов из 40 возможных, что в процентном соотношении соответствовало диапазону (от 60,0 до 72,5 %) реабилитационного потенциала. Однако, реабилитационная приверженность у больных с сахарным диабетом 2-го типа, значительно отличалась в худшую сторону от остальной совокупности больных. Это свидетельствует о наибольших трудностях в формировании реабилитационной приверженности у больных диабетом 2-го типа, при уровне реабилитационной приверженности в 24 балла из 40 возможных (60 %), что статистически достоверно ($p < 0,01$) отличало эту группу по реабилитационной приверженности от остальных четырех групп больных (табл. 4).

Относительно данных больных сахарным диабетом 2-го типа в литературе неоднократно отмечен высокий риск их социальной дезадаптации, связанный с тяжестью инвалидизирующих последствий при данном заболевании, которые также обуславливают психосоциальные эффекты дезадаптации, что также подтвердило наше исследование. В результате сравнительного анализа уровня реабилитационной приверженности в группах с различными заболеваниями можно констатировать, что в целом как личностная характеристика реабилитационная приверженность не обладает

Таблица 4

Уровень реабилитационной приверженности в группах пациентов с различными инвалидизирующими заболеваниями ($M \pm m$)

Группа заболеваний	Количество больных	Возраст, лет	Уровень сформированности реабилитационной приверженности	
			балл	%
Сахарный диабет 1-го типа	102	24,4 ± 1,1	29,0 ± 1,4	72,5 ± 2,9
Сахарный диабет 2-го типа	105	49,2 ± 1,3	24,0 ± 2,4	60,0 ± 3,1
Болезни костно-мышечной системы	108	47,4 ± 1,4	28,5 ± 1,5	71,25 ± 2,6
Болезни системы кровообращения	103	49,2 ± 1,6	28,0 ± 2,2	70,0 ± 2,3
Злокачественные новообразования	102	46,1 ± 1,8	29,0 ± 2,1	72,5 ± 2,5

выраженным нозоспецифическим отличием (т. е. не является резко различной по нозологическому признаку в исследованных группах, за исключением более низких значений приверженности в группе больных диабетом 2-го типа).

Следовательно, детерминирует степень формирования реабилитационной приверженности не само по себе заболевание, а возможно другие факторы (например, жизненная ситуация, личностные особенности, тяжесть инвалидизации, смена социального статуса на этапе медико-социальной экспертизы и др.), что определяет актуальность дальнейших исследований в этом направлении.

Заключение

Проведенная стандартизация опросника оценки реабилитационной приверженности личности в аспектах валидности, на-

дежности, дифференцированности и практичности его показателей выявило, что реабилитационная приверженность является интегративным психологическим конструктом, повышающим социально-психологический ресурс личности в условиях инвалидизации и противостоящим формированию дисфункционального личностного реагирования, что значимо с позиций возможности превентивной диагностики личностных рисков дезадаптации, а также реабилитации больных.

Полученные данные позволяют рекомендовать практическое применение опросника для оценки реабилитационной приверженности личности в целях повышения эффективности реабилитационных и медико-экспертных подходов к больным в условиях инвалидизации, что важно и при планировании реабилитационных мероприятий на основе полученных диагностических данных и при их реализации.

Литература

1. Анастаси А. Психологическое тестирование : [пер. с англ.] : в 2 кн. М. : Педагогика, 1982. Кн. 1. 318 с. ; Кн. 2. 295 с.
2. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии : [монография]. 3-е изд., перераб. и доп. М. : Практ. медицина, 2018. 693 с.
3. Гильбух Ю.З. Метод психологических тестов и пути его усовершенствования: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. Тбилиси, 1982. 52 с.
4. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика: учеб. для вузов. Изд. 2-е, перераб. и доп. СПб. [и др.] : Питер, 2011. 384 с.
5. Кадыров, Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А. Опросник «Уровень комплаентности» : монография. Владивосток : Мор. гос.ун-т, 2014. 74 с.
6. Калашникова М.Ф., Бондарева И.Б., Лиходей Н.В. Приверженность лечению при сахарном диабете 2-го типа: определение понятия, современные методы оценки пациентами проводимого лечения // Леч. врач. 2015. № 3. С. 27–33.
7. Котельникова А.В., Кукушина А.А. Психодиагностические аспекты приверженности к лечению в процессе медицинской реабилитации // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физ. культуры. 2016. Т. 93, № 3. С. 4–9. DOI: 10.17116/kurort201634-9.

8. Кулагина И.Ю., Сенкевич Л.В. Реабилитационный потенциал личности при различных хронических заболеваниях // Культурно-историческая психология. 2015. Т. 11, № 1, С. 50–60.
9. Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Опросники и шкалы для оценки приверженности к лечению – преимущества и недостатки диагностического метода в научных исследованиях и реальной клинической практике // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020. Т. 19, № 3. С. 232–239. DOI: 10.15829/1728-8800-2020-2562.
10. Лукьянова И.Е. Проблема активности личности и ее потенциала в процессе реабилитации // Сервис в России и за рубежом. 2009. № 3 (13). С. 72–77.
11. Марцевич С.Ю., Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П. [и др.]. Оценка приверженности к лечению и факторов, влияющих на нее, у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца при назначении никорандила // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2017. Т. 13, № 6. С. 776–786. DOI: 10.20996/1819-6446-2017-13-6-776-786.
12. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (полная версия) / под ред. Г.Д. Шостка, М.В. Коробова, А.В. Шаброва. СПб. : С.-Петербург. ин-т усовершенств. врачей-экспертов, 2003. 342 с.
13. Морозова Е.В., Алексанин С.С. Концептуальный подход к разработке проблемы реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизирующего заболевания // Вестн. психотерапии. 2021. № 80 (85). С. 128–147.
14. Морозова Е.В. Новые диагностические подходы к оценке реабилитационной приверженности личности // Мед.-соц. пробл. инвалидности. 2020. № 1. С. 61–72.
15. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) // Клинич. фармакология и терапия. 2018. Т. 27, № 1. С. 74–78.
16. Рогачева Т.В. Личностные факторы, влияющие на результативность реабилитационного процесса // Инновационные технологии реабилитации: наука и практика : сб. ст. II междунар. конф. / под общ. ред. Г.Н. Пономаренко. Санкт-Петербург, 2019. С. 66–70.
17. Фофанова Т.В., Агеев Ф.Т., Смирнова М.Д. Отечественный опросник приверженности терапии: апробация и применение в амбулаторной практике // Системные гипертензии. 2014. № 2. С. 13–16.
18. Шмелев А.Г. Основы психодиагностики. Ростов/Д: Феникс, 1996. 544 с.

Поступила 11.02.2022 г.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Участие авторов: Е.В. Морозова – концепция и дизайн исследования, анализ и интерпретация литературных источников, создание первого варианта статьи; С.С. Алексанин, В.Ю. Рыбников – анализ и интерпретация данных, редакция окончательного варианта статьи.

Для цитирования. Морозова Е.В., Алексанин С.С., Рыбников В.Ю. Реабилитационная приверженность личности в условиях инвалидизации: методика оценки // Вестник психотерапии. 2022. № 81. С. 79–92. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-81-79-92

E. V. Morozova¹, S. S. Aleksanin², V. Yu. Rybnikov²

PERSONALITY COMMITMENT TO REHABILITATION IN THE DISABLED PATIENTS: ASSESSMENT METHODOLOGY

¹ Federal Bureau of Medical and Social Expertise (3, Ivan Susanin Str., Moscow, 127486, Russia);

² Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia
(4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia)

✉ Elena Valerievna Morozova – PhD Psychol. Sci., Head of the scientific and methodological center for comprehensive rehabilitation – Deputy Head of the Federal center for scientific, methodic and methodological support for the development of the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled persons and children with disabilities, Federal Bureau of Medical and Social Expertise (3, Ivan Susanin Str., Moscow, 127486, Russia);

Sergey Sergeevich Aleksanin – Dr. Med. Sci. Prof., Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Director, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: medicine@nrcerm.ru;

Viktor Jur'evich Rybnikov – Dr. Med. Sci., Dr. Psychol. Sci. Prof., Deputy Director (Science and Education, Emergency Medicine) of The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID 0000-0001-5527-9342, e-mail: medicine@nrcerm.ru

Abstract

Relevance. In the presence of a disabling disease, the patient's activity should be aimed not only at functional recovery of the organism, but also at social recovery for better adaptation and social integration. To achieve social adaptation and integration, social functioning should be restored. However, not every patient expects active participation in everyday life, which is revealed in the process of medical and social assessment. This problem necessitates conceptual generalization within the framework of the developed theoretical and applied concept of the rehabilitation commitment of the personality in the conditions of disability.

Intention. To develop valid, reliable, specific and efficient questionnaire for assessing personality commitment to rehabilitation (QPCR) in case of disabling conditions.

Methodology. The study involved 624 patients with various disabling conditions and 32 experts (medical and social expertise physicians, specialist physicians, and psychologists). At the first stage of the study, a questionnaire including 10 questions was developed to assess the formation of personality commitment to rehabilitation. At the second stage of the study, the questionnaire was tested for its validity, reliability, specificity and efficiency. At the third stage, the questionnaire was tested on patients with major disabling pathologies.

Results and Discussion. Reliable and valid questionnaire for assessment of personality commitment to rehabilitation was tested on patients with major disabling pathologies and included an integral index and the following two scales: psychological commitment of personality to rehabilitation (five questions); and activity and participation in social functioning (five questions). Tests in the group of patients with major disabling pathologies revealed specific features of rehabilitation commitment and reduced levels of activity and participation in social functioning. The results will help organize more effective rehabilitation.

Conclusion. The questionnaire can be used for medical and social expert evaluation of personality involvement in social functioning, as well as for planning rehabilitation measures in health care and social protection to assess personality commitment to rehabilitation in the disabled.

Keywords: clinical psychology, psychological diagnostics, standardization of the test, questionnaire, validity, differentiation, reliability, evaluation, personality commitment to rehabilitation.

References

1. Anastasi A. Psikhologicheskoe testirovanie [Psychological testing]. Moskva. 1982. Book 1. 318 p. Book 2. 295 p. (In Russ.)
2. Belova A.N. Shkaly, testy i oprosniki v nevrologii i neirokhirurgii [Scales, tests and questionnaires in neurology and neurosurgery]. Moskva. 2018. 693 p. (In Russ.)
3. Gil'bukh Yu.Z. Metod psikhologicheskikh testov i puti ego usovershenstvovaniya [Methodology of psychological tests and ways to improve it]: abstract dissertation Dr. Psychol. Sci. Tbilisi. 1982. 52 p. (In Russ.)
4. Burlachuk L.F. Psikhodiagnostika [Psychodiagnosics]. Sankt-Peterburg. 2011. 384 p. (In Russ.)
5. Kadyrov, R.V., Asriyan O.B., Koval'chuk S.A. Oprosnik «Uroven' komplaentnosti» [Level of Compliance Questionnaire]. Vladivostok. 2014. 74 p. (In Russ.)
6. Kalashnikova M.F., Bondareva I.B., Likhodei N.V. Priverzhennost' lecheniyu pri sakharnom diabete 2-go tipa: opredelenie ponyatiya, sovremennyye metody otsenki patsientami provodimogo lecheniya [Adherence to treatment in type 2 diabetes mellitus: definition of the concept, modern methods for assessing treatment by patients]. *Lechashchii vrach* [Treating Physician]. 2015;(3):27–33. (In Russ.)
7. Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A. Psikhodiagnosticheskie aspekty priverzhennosti k lecheniyu v protsesse meditsinskoi reabilitatsii [The psychodiagnostic aspects of the compliance with treatment in the course of medical rehabilitation]. *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoi fizicheskoi kul'tury* [Problems of balneology, physiotherapy, and exercise therapy]. 2016;93(3):4–9. DOI: 10.17116/kurort201634-9. (In Russ.)

8. Kulagina I.Yu., Senkevich L.V. Reabilitatsionnyi potentsial lichnosti pri razlichnykh khronicheskikh zabolevaniyakh [Rehabilitation potential of personality in various chronic conditions]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-historical psychology]. 2015;11(1):50–60. (In Russ.)
9. Lukina Yu.V., Kutishenko N.P., Martsevich S. Yu., Drapkina O.M. Oprosniki i shkaly dlya otsenki priverzhennosti k lecheniyu – preimushchestva i nedostatki diagnosticheskogo metoda v nauchnykh issledovaniyakh i real'noi klinicheskoi praktike [Questionnaires and scores for assessing medication adherence – advantages and disadvantages of the diagnostic method in research and actual clinical practice]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* [Cardiovascular therapy and prevention]. 2020;19(3):232–239. DOI: 10.15829/1728-8800-2020-2562. (In Russ.)
10. Luk'yanova I.E. Problema aktivnosti lichnosti i ee potentsiala v protsesse reabilitatsii [The problem of personality activity and its potential in the process of rehabilitation]. *Servis v Rossii i za rubezhom* [Services in Russia and abroad]. 2009;(3):72–77. (In Russ.)
11. Martsevich S.Yu., Lukina Yu.V., Kutishenko N.P. [et al.]. Otsenka priverzhennosti k lecheniyu i faktorov, vliyayushchikh na nee, u patsientov so stabil'noi ishemicheskoi boleznyu serdtsa pri naznachenii nikorandila [Assessment of adherence to treatment and factors affecting it in patients with stable ischemic heart disease during therapy with nicorandil]. *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii* [Rational pharmacotherapy in cardiology]. 2017;13(6):776–786. DOI: 10.20996/1819-6446-2017-13-6-776-786. (In Russ.)
12. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya funktsionirovaniya, ogranichenii zhiznedeystel'nosti i zdorov'ya (polnaya versiya) [International Classification of Functioning, Disabilities and Health (full version)]. Eds.: G.D. Shostka, M.V. Korobov, A.V. Shabrov. Sankt-Peterburg. 2003. 342 p. (In Russ.)
13. Morozova E.V., Aleksanin S.S. Kontseptual'nyi podkhod k razrabotke problemy reabilitatsionnoi priverzhennosti lichnosti v usloviyakh invalidiziruyushchego zabolevaniya [Conceptual approach to the development of the problem of rehabilitation commitment of the individual in the conditions of a disabling disease]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2021;(80):128–147. (In Russ.)
14. Morozova E.V. Novye diagnosticheskie podkhody k otsenke reabilitatsionnoi priverzhennosti lichnosti [New diagnostic approaches to assessing a person's rehabilitation commitment]. *Mediko-sotsial'nye problemy invalidnosti* [Medico-social problems of invalidity]. 2020;(1):61–73. (In Russ.)
15. Nikolaev N.A., Skirdenko Yu.P. Rossiiskii universal'nyi oprosnik kolichestvennoi otsenki priverzhennosti k lecheniyu (KOP-25) [Russian generic questionnaire for evaluation of compliance to drug therapy]. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya* [Clinical pharmacology and therapy]. 2018;27(1):74–78. (In Russ.)
16. Rogacheva T.V. Lichnostnye faktory, vliyayushchie na rezul'tativnost' reabilitatsionnogo protsesssa [Personality factors influencing the effectiveness of the rehabilitation process]. *Innovatsionnye tekhnologii reabilitatsii: nauka i praktika* [Innovative Rehabilitation Technologies: Science and Practice] : Scientific. Conf. Proceedings. Ed. G.N. Ponomarenko. Sankt-Peterburg. 2019. Pp. 66–70. (In Russ.)
17. Fofanova T.V., Ageev F.T., Smirnova M.D. Otechestvennyi oprosnik priverzhennosti terapii: aprobatsiya i primeneniye v ambulatornoi praktike [National questionnaire of treatment compliance: testing and application in outpatient practice]. *Sistemnye gipertenzii* [Systemic hypertension]. 2014;11(2):13–16. (In Russ.)
18. Shmelev A.G. Osnovy psikhodiagnostiki [Fundamentals of psychodiagnostics]. Rostov na Donu. 1996. 544 p. (In Russ.)

Received 11.02.2022

For citing. Morozova E.V., Aleksanin S.S., Rybnikov V.Yu. Reabilitatsionnaya priverzhennost' lichnosti v usloviyakh invalidizatsii: metodika otsenki. *Vestnik psikhoterapii*. 2022;(81):79–92. (In Russ.).

Morozova E.V., Aleksanin S.S., Rybnikov V.Yu. Personality commitment to rehabilitation in the disabled patients: assessment methodology. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2022;(81):79–92. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-81-79-92
