

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

*На правах рукописи*

Филаткина Наталья Вячеславовна

**Совершенствование профессиональных компетенций среднего  
медицинского персонала в реализации комплексной реабилитации  
инвалидов психоневрологического интерната**

14.02.06 - медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация

14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научные руководители:

Академик РАН,

доктор медицинских наук, профессор

Пузин Сергей Никифорович

доктор медицинских наук

Криворучко Юрий Давыдович

Москва - 2020

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Введение</b> .....	4
<b>Глава 1.</b> Особенности профессиональной деятельности среднего медицинского персонала в оказании медико-социальной помощи населению в Российской Федерации и за рубежом (обзор литературы) .....	16
<b>Глава 2.</b> Методика и организация исследования .....	35
2.1. Характеристика базы исследования .....	35
2.2. Методы исследования .....	38
<b>Глава 3.</b> Уровень и тяжесть инвалидности вследствие болезней класса психических расстройств и расстройств поведения .....	49
3.1. Основные тенденции первичной и повторной инвалидности вследствие болезней класса психических расстройств и расстройств поведения в Российской Федерации в динамике за 2005-2018гг .....	49
3.2. Анализ деятельности стационарных учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов в Российской Федерации за 2005-2018гг .....	59
<b>Глава 4.</b> Характеристика среднего медицинского персонала, участвующего в комплексной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната .....	69
4.1. Социально-демографический статус и спектр профессиональных компетенций .....	69
4.2. Направления реабилитационного процесса среднего медицинского персонала в комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната .....	90
<b>Глава 5.</b> Многофакторная оценка профессионально-трудовой значимости сестринской практики в осуществлении медико-социальной реабилитации в психоневрологическом интернате .....	105
5.1. Оценка медико-социальной реабилитации на основе опроса инвалидов интерната .....	109

5.2. Профессиональная оценка сестринской практики в психоневрологическом интернате участниками реабилитационного процесса (по результатам опроса специалистов) .....	119
<b>Глава 6. Мероприятия по совершенствованию профессиональных компетенций среднего медицинского персонала в реализации комплексной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната и оценка их эффективности.....</b>	<b>131</b>
<b>Заключение.....</b>	<b>147</b>
<b>Выводы.....</b>	<b>153</b>
<b>Практические рекомендации.....</b>	<b>156</b>
<b>Список литературы .....</b>	<b>158</b>
<b>Список сокращений.....</b>	<b>184</b>
<b>Приложение 1 .....</b>	<b>185</b>
<b>Приложение 2 .....</b>	<b>192</b>
<b>Приложение 3 .....</b>	<b>196</b>
<b>Приложение 4 .....</b>	<b>200</b>
<b>Приложение 5 .....</b>	<b>201</b>
<b>Приложение 6 .....</b>	<b>203</b>
<b>Приложение 7 .....</b>	<b>209</b>
<b>Приложение 8 .....</b>	<b>213</b>

## ВВЕДЕНИЕ

### Актуальность исследования

В настоящее время в стране активно проходит реформа здравоохранения, его модернизация. В современных условиях сестринское дело рассматривается как важнейшая составная часть системы здравоохранения, где роль среднего медицинского персонала приобретает многофакторный характер. Это объясняется появлением все более современных видов медицинской помощи, использованием в медицинской практике достижений науки, многопрофильностью медицинской помощи. (Двойников С.И., Гусева С.Л., Зорина Е.В., 2014; Федорова Г.В., Голева О.П., 2015; Филаткина Н.В., Криворучко Ю.Д., 2019).

Все больший вес получает организаторская деятельность медицинской сестры (Авдеева Г.А., Вурманчева Ю.В., 2008; Самойленко В.В., 2012; Пайбакова Т.А., 2013; Вавилычев А.С. с соавт., 2017).

На сегодняшний день одним из основных направлений реформы сестринского дела в Российской Федерации является внедрение в сестринское образование и в сестринскую практику понятия «сестринский процесс». В приказе Минздрава России от 25 июня 2014 года №309 «Об утверждении плана мероприятий («дорожная карта») по расширению функций специалистов со средним медицинским образованием» основной целью является повышение их роли в современной системе здравоохранения и оптимизация их деятельности на основе пересмотра функциональных обязанностей, формирование новой организационно-правовой модели деятельности среднего медицинского персонала. (Филаткина Н.В. Криворучко Ю.Д., 2019).

Анализ состояния сестринского дела в Российской Федерации показывает его значительное отставание по сравнению с развитыми странами в темпах и уровне развития сестринского процесса, увеличения дисбаланса в соотношении между врачами и медицинскими сестрами, и,

как следствие, ухудшения качества оказываемой медицинской помощи (Комаров Ю.М., 2015; Лиманкин О.В., 2019).

Особое место в научных публикациях занимают работы, освещающие деятельность среднего медицинского персонала в психиатрии (Авдеева Г.А., Вурмачева Ю.В., 2008; Вурмачева Ю.В, Халиулина Э.Х., 2012; Панычева Л.Б., 2012; Голенков А.В. с соавт., 2014; Орлов Ф.В., 2014; Fornaro M. et al., 2019). Большое значение уделяется реабилитации больных и инвалидов, также подчеркивается роль медицинской сестры, позволяющая использовать понятия «сестринская реабилитационная помощь», «сестринский реабилитационный процесс» (Дементьева Н.Ф. с соавт., 2012; Черемин Р.А. с соавт., 2012; Бахтина И.С. с соавт., 2016; Филаткина Н.В., 2016; Dawa T. et al., 2019). Однако участие среднего медицинского персонала в реабилитации инвалидов психоневрологических интернатов изучена недостаточно.

Особенностью психоневрологического интерната является преобладание лиц с большой давностью заболевания, с неблагоприятным клиническим и реабилитационным прогнозом, в нем обслуживаются инвалиды вследствие различных психических расстройств: шизофрения, умственная отсталость, эпилепсия, органические заболевания головного мозга сложного генеза. Возраст инвалидов имеет широкий диапазон (от 18 лет до возраста долгожительства), в связи с чем при их обслуживании возрастной фактор приобретает особую значимость и определяет особенность тактики персонала (уход за инвалидами, утратившими способность к самообслуживанию и передвижению; лечение инвалидов, нуждающихся в психотропной, противосудорожной терапии; реабилитация инвалидов, сохранивших реабилитационный потенциал). В некоторых случаях длительность пребывания инвалидов в психоневрологических интернатах достигает 20 и более лет (Филаткина Н.В., Криворучко Ю.Д., 2019).

Длительное пребывание инвалидов в условиях психоневрологического интерната оказывает на них депривирующее воздействие. Они утрачивают необходимость решать какие-либо личные проблемы, оказываются в зависимости от обслуживающего персонала, не испытывают потребность проявлять инициативу в результате угнетения мотивационно-потребностной сферы (Филаткина Н.В., 2018).

В связи с этим и в соответствии с современными тенденциями развития реабилитационной помощи психически больным инвалидам, средний медицинский персонал психоневрологического интерната выступает полноправным субъектом лечебного процесса, выполняющим специфические функции, решая большинство вопросов по организации лечебно-диагностического процесса, профилактической и реабилитационной работы. Функции среднего медицинского персонала перестали ограничиваться выполнением сестринских манипуляций, а стали включать элементы медицинской, социальной, психолого-педагогической работы. Медицинская сестра становится связующим звеном между другими специалистами полифункциональной бригады – участниками реабилитационного процесса (врач, специалист по социальной работе, психолог, трудоенструктор) и инвалидами (Филаткина Н.В. Криворучко Ю.Д., 2019).

Современный подход к осуществлению профессиональной деятельности среднего медицинского персонала психоневрологического интерната требует научного изучения с точки зрения оценки их профессиональных компетенций специалистами, участвующими в комплексной реабилитации инвалидов с одной стороны, и с позиции самих инвалидов, получающих реабилитационную помощь, с другой. Назрела необходимость совершенствования профессиональных компетенций среднего медицинского персонала в реализации медико-социальной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната и введение сестринского реабилитационного процесса.

Таким образом, актуальной становится необходимость в разработке мероприятий по совершенствованию профессиональных компетенций среднего медицинского персонала в реализации комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната, которые будут квалифицировать профессиональную деятельность среднего медицинского персонала с учетом расширения их должностных обязанностей.

### **Степень разработанности темы**

Обзор научных публикаций и нормативно-правовых документов по профессиональной деятельности среднего медицинского персонала в сфере здравоохранения показал ее многогранность и многопрофильность (Кашафутдинова Г.Т., 2013; Новикова С.В., 2013; Засыпкина Е.В., 2013; Стародубов В.И., 2014; Двойников С.И., 2015; Линденбратен А.Л., 2015; Титова Л.А., 2015; Добрынина Е.А., 2016; Вавилычев А.С. с соавт., 2017; Матвейчик Т.В., 2017; Михайлова А.В., Новикова А.П., 2017; Лиманкин О.В., 2019). Значительное число работ посвящено изучению качества деятельности среднего медицинского персонала, подчеркнута необходимость инновационного подхода к развитию сестринских технологий, повышению квалификации медицинских сестер (Попова Н.М., 2012; Волков С.Р., 2014; Петрова Н.Г., 2015; Руженская Е.В., 2015; Бахтина И.С. с соавт., 2016; Москвичева М.Г. 2017; Грицанчук А.М., 2019). В ряде других работ освещаются проблемы оказания медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста (Коробов М.В., 2015; Гнатюк О.П., 2016; Кондратова Н.В., 2016; Стасевич Н.Ю., 2016; Ильницкий А.Н., 2017; Гебель К. М., 2019), особенности работы среднего медицинского персонала при оказании психиатрической помощи в стационарных условиях учреждений здравоохранения (Гузенко О.А., 2012; Орлов Ф.В., 2014; Голенков А.В., 2014; Рябчикова Т.В., 2015; Климентова И.В., 2015, 2016; Нечаев Н.Д., 2017; Шмонин А.А. с соавт., 2019).

Вместе с тем, выявилось крайне незначительное количество научных исследований и публикаций по проблеме сестринского дела в системе учреждений социальной защиты и, в частности, в психоневрологических интернатах, где она в связи с необходимостью реализации комплексной медико-социальной реабилитации инвалидам имеет свои особенности. Имеет место высокая потребность в сестринской деятельности по обеспечению медикаментозного лечения инвалидов и их немедикаментозной терапии, в содействии социально-трудовой реабилитации и лечебно-оздоровительных программ, в создании особой социально-терапевтической среды с учетом специфики социально-средового воздействия на инвалидов в психоневрологическом учреждении (Дементьева Н.Ф., 2012; Жигарева Н.П., 2014; Филаткина Н.В., Криворучко Ю.Д., 2019).

Увеличение числа психоневрологических интернатов в РФ, а также рост доли пожилых и инвалидов, состоящих на очереди для помещения в стационарные учреждения социального обслуживания более одного года, позволило определить приоритетность медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами (Дементьева Н.Ф., Филаткина Н.В., 2015).

Вышеуказанное доказывает актуальность данного исследования и необходимость разработки мероприятий по совершенствованию профессиональных компетенций среднего медицинского персонала в реализации комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната, что послужило поводом для выбора темы и формулирования цели исследования.

### **Цель исследования**

Совершенствование профессиональных компетенций среднего медицинского персонала в реализации комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната.



### **Задачи исследования**

1. Провести анализ динамики показателей первичной и повторной инвалидности населения вследствие психических расстройств и расстройств поведения в Российской Федерации.
2. Оценить нуждаемость инвалидов вследствие психических расстройств и расстройств поведения в медико-социальной реабилитации в условиях психоневрологического интерната.
3. Изучить социально-демографический статус и спектр профессиональных компетенций среднего медицинского персонала, участвующего в комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната.
4. Провести оценку качества профессионально-трудовой деятельности среднего медицинского персонала, участвующего в комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов, включая мнение других специалистов реабилитационного процесса и инвалидов интерната.
5. Разработать мероприятия по совершенствованию профессиональных компетенций среднего медицинского персонала в реализации комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната и провести оценку их эффективности.

### **Научная новизна результатов исследования**

Впервые изучена динамика инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения за длительный период (2005-2018 гг.) в Российской Федерации.

Впервые представлена структура первичной и повторной инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения за длительный период (2005-2018 гг.) в Российской Федерации.

Дана оценка тяжести инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения и нуждаемости в медико-социальной реабилитации в условиях психоневрологического интерната.

Впервые проведено комплексное исследование социально-демографического статуса и профессиональных компетенций среднего медицинского персонала, участвующего в медико-социальной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната.

Впервые проведена балльная оценка деятельности среднего медицинского персонала, участвующего в комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов, с применением анкетирования специалистов реабилитационного процесса и опроса инвалидов психоневрологического интерната, результат которых определил необходимость разработки мероприятий по совершенствованию профессиональных компетенций среднего медицинского персонала в реализации комплексного подхода к медико-социальной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната

Представлена модель взаимодействия среднего медицинского персонала со специалистами полифункциональной бригады (врачами, специалистами по социальной работе, психологами, инструкторами по труду, воспитателями, музыкальным и физкультурным работниками, юристом) в процессе осуществления медико-социальной реабилитации в психоневрологическом интернате, которая отражает многоаспектность нуждемости инвалидов в различных лечебно-диагностических и клинико-экспертных методиках. Обоснована функциональная роль среднего медицинского персонала в составе полифункциональной бригады в реализации комплексной медико-социальной реабилитации.

Разработаны мероприятия по совершенствованию профессиональных компетенций среднего медицинского персонала (программа по непрерывной системе внутриорганизационного профессионального обучения на рабочем месте) и рациональной организации сестринской деятельности («Карта сестринского наблюдения за инвалидом», «Проверочные листы (еженедельный административный обход)» и «Экран качества работы медицинской сестры»), что позволило повысить качество

реабилитационного процесса в реализации комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната.

### **Научно-практическая значимость исследования**

Сформированный банк данных показателей первичной и повторной инвалидности вследствие класса болезней психических расстройств поведения является научной информационной базой для проведения мониторинга и определения нуждаемости в реабилитационных технологиях.

Результаты комплексного изучения социально-демографического статуса и профессиональных компетенций среднего медицинского персонала, участвующего в медико-социальной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната, позволили создать систему оценок их реабилитационной деятельности, определить их функциональную роль и значимость в реализации комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов.

Разработанные предложения по совершенствованию профессиональных компетенций среднего медицинского персонала в реализации комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов могут быть использованы в учреждениях психоневрологического профиля здравоохранения и системы социальной защиты, что обеспечит осуществление непосредственно на рабочем месте включения в процесс непрерывного профессионального образования значительного числа сотрудников психоневрологических интернатов и будет способствовать повышению качества медико-социальной реабилитации инвалидов.

### **Положения диссертации, выносимые на защиту**

1. Динамика основных показателей первичной и повторной инвалидности взрослого населения вследствие болезней класса психических расстройств и расстройств поведения в Российской Федерации в период 2005-2018 годы свидетельствует о повышении уровня первичной и повторной инвалидности среди лиц пожилого возраста.

2. Динамика основных показателей деятельности стационарных учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов в Российской Федерации за 2015-2018 годы характеризуется значительным увеличением числа психоневрологических интернатов и численности проживающих в них инвалидов.
3. Закономерность преобладания инвалидов психоневрологического интерната с большой давностью заболевания, с неблагоприятным клиническим и реабилитационным прогнозом определяет особую значимость и особенность тактики среднего медицинского персонала в уходе, лечении и реабилитации инвалидов, учитывая их нозологический и возрастной фактор.
4. Функциональные обязанности среднего медицинского персонала расширяются за счет выполнения реабилитационных мероприятий социальной направленности. Перечень способов участия медицинских сестер в мероприятиях, выходящих за пределы медицинской деятельности, отражает специфику реабилитационной работы, которая проводится в психоневрологическом интернате и, практически невозможна без участия среднего медицинского персонала.
5. Медицинская сестра становится связующим звеном в выполнении медико-социальной реабилитации между специалистами учреждения и инвалидами, получающими реабилитационную помощь. Разработанная и внедренная реабилитационная «Карта сестринского наблюдения за инвалидом» отражает индивидуальный адресный подход к решению проблем инвалида и усиливает взаимодействие членов полипрофессиональной бригады в реализации медико-социальной реабилитации.
6. Непрерывное внутриорганизационное обучение на рабочем месте является важным фактором в повышении квалификации и функциональной роли среднего медицинского персонала.

7. Оценка качества работы среднего медицинского персонала, проведенная на основе опроса инвалидов интерната и по результатам анкетирования специалистов реабилитационного процесса, явились доказательной базой для обоснования необходимости разработки мероприятий по совершенствованию профессиональных компетенций.

#### **Степень достоверности результатов исследования**

Достоверность и объективность полученных данных основана на научной постановке цели и задач исследования, значительном числе наблюдений и выборе современных методов сбора, анализа и обработки материала: социологического, статистического, аналитического, экспертных оценок. Это позволило дать оценку динамике инвалидности взрослого населения вследствие болезней класса психических расстройств и расстройств поведения, провести анализ качества работы среднего медицинского персонала психоневрологического интерната и обосновать необходимость совершенствования их профессиональных компетенций с учетом современной функциональной роли медицинской сестры в составе полифункциональной бригады специалистов, осуществляющих комплексную медико-социальную реабилитацию инвалидов.

#### **Апробация результатов исследования**

Материалы диссертации были доложены и обсуждены на научно-практической конференции, посвященной 50-летию основания Государственного бюджетного учреждения города Москвы психоневрологического интерната № 16 Департамента социальной защиты населения города Москвы (Москва, 2014); на XXI международной научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни» (Москва, 2016); на межрегиональной научно-практической конференции «Эффективный психиатрический стационар: каким он должен быть?» (Санкт-Петербург, 2016); на всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы эпидемиологии инфекционных и неинфекционных болезней» (Москва, 2019).

## **Внедрение результатов работы в практику**

Результаты настоящего исследования по совершенствованию профессиональных компетенций среднего медицинского персонала в реализации комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов внедрены в практику и находят применение в Государственном бюджетном учреждении города Москвы «Психоневрологический интернат № 30 Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы», Государственном бюджетном учреждении города Москвы «Психоневрологический интернат №3 Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы», Государственном бюджетном стационарном учреждении социального обслуживания Московской области "Егорьевский психоневрологический интернат", Государственных бюджетных учреждениях социального обслуживания населения Ростовской области «Новочеркасский ПНИ», «Ростовский ПНИ №1», «Таганрогский ПНИ №1», «Шахтинский ПНИ», Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Психиатрическая клиническая больница №13 Департамента здравоохранения города Москвы». Результаты исследования используются в учебном процессе на кафедре спортивной медицины и медицинской реабилитации Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

### **Публикации**

По теме диссертации опубликовано 23 научные работы, из них 8 статей в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки России и 1 статья в журнале, индексируемом в международной базе данных Scopus.

### **Личный вклад автора**

Автором лично определены направления медико-социального исследования, установлены цели и задачи, выполнен анализ отечественной и зарубежной литературы и нормативно-правовых актов по исследуемой проблеме, разработана программа и методы исследования, составлены

анкеты по изучению качества сестринской помощи и оценки организации деятельности медицинской сестры (инвалидами и специалистами психоневрологического интерната). В разработанной автором структурно-функциональной модели реабилитационной деятельности медицинской сестры представлен многоаспектный ее характер. Разработана методика обобщенной и дифференцированной балльной оценок качества работы медицинских сестер психоневрологического интерната. Сформулированы выводы и практические рекомендации по теме исследования. Результаты диссертационной работы представлены автором в виде публикаций. Вклад автора является определяющим и заключается в непосредственном выполнении всех этапов научного исследования.

#### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности**

Область проведенного исследования и его результаты соответствуют пунктам 1, 2, 4, 5, 9, 10 паспорта научной специальности 14.02.06 – «Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация».

Область проведенного исследования и его результаты соответствуют пунктам 1, 2, 3, 4, 5, 9 паспорта научной специальности 14.02.03 – «Общественное здоровье и здравоохранение».

#### **Объем и структура диссертации**

Диссертация представлена на 213 страницах текста компьютерного набора и состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, результатов собственных исследований, изложенных в 6 главах, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и 8-ми приложений. Список литературы включает 196 источников (151 – отечественных и 45 – зарубежных). Работа содержит 36 таблицы и иллюстрирована 28 рисунком.

## **ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОКАЗАНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЗА РУБЕЖОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

В Федеральном законе № 323-ФЗ от 21 ноября 2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сформулированы такие основные понятия, как здоровье, медицинская деятельность, медицинская услуга, медицинская помощь. В законе представлено развернутое понятие охраны здоровья, которое трактуется как система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического) характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

В нормативном документе «Стандарты практической деятельности медицинской сестры», принятом Ассоциацией медицинских сестер России 10 июня 1998г., указывается, что медицинским сестрам отводится ведущая роль в оказании медико-социальной помощи населению, повышению качества медицинских услуг. Деятельность медицинской сестры разнообразна и касается не только лечебного и диагностического процесса, но и всестороннего ухода за пациентами с целью полной (частичной) реабилитацией больного. Деятельность медицинской сестры в различных областях медицины реализуется в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Национальным стандартом РФ ГОСТ Р 52623.4-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг



инвазивных вмешательств», а также основана на «Стандартах практической деятельности медицинской сестры», которые были приняты Ассоциацией медицинских сестер 10 июня 1998г.

В стационарных учреждениях социальной защиты деятельность медицинских сестер также основана в соответствии с Федеральным законом РФ от 28.12.2013 № 442-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», Национальном стандарте РФ «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг. ГОСТ – 52143-2013». В области психиатрической деятельности регламентирующим документом является Федеральный закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

С 2010 года «реабилитационное сестринское дело» входит в Номенклатуру специальностей специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации. Должность медицинской сестры по реабилитации введена в Номенклатуру должностей медицинских работников и фармацевтических работников, утвержденную приказом Минздрава России № 1183н от 20.12.2012 г. «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».

В 2016 году утверждены приказом Минздрава России № 83н Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием по специальности реабилитационное сестринское дело.

Сестринское дело как специальность, отражающая деятельность медицинских сестер по осуществлению медико-социальной помощи, включающей уход, охрану здоровья, поддержание активного образа жизни пациентов на основе принципов медицинской этики и деонтологии, имеет давнюю историю. Его возникновение и развитие уходит вглубь веков. В его основе лежит гуманизм, сострадание к немощным и нуждающимся в

посторонней помощи, благотворительность. Дело выхаживания больных и страждущих, пройдя через разные этапы развития, подвижничества, стало профессией (Chatterji S., et al., 2014; Филаткина Н.В., 2015).

В связи с задачами исследования, помимо прочего, исключительно важное значение в работе медицинской сестры приобретают вопросы этики и деонтологии.

В отечественной медицинской практике, важной составляющей сестринской помощи, является милосердие (Афони́на М.А., Глянцев С.П., 2010; Алексеева Е.Е., 2015). Особо выделяется при общении с пациентом эмпатия – способность к сопереживанию, способность не рационального, а эмоционального понимания больного человека. Эмпатическая реакция сестры позволяет пациенту заметить, что его понимают. Для этого медсестре необходимо активно и участливо слушать пациента и доказывать это с помощью невербальных сигналов (положение тела, мимика, интонация голоса и др.). Было установлено, что отношение к другому человеку, собеседнику только на 7% передается вербально. Больше всего оно передается через выражение лица (55%) и интонацию (38%) (Бокерия Л.А. с соавт., 2010; Хмелева Е.А., 2012). В соответствии с «Этическим кодексом медицинских сестер России», утвержденного решением РАМС от 24 июня 2010 г., проявление милосердия в работе медицинской сестры является одной из основных норм. Оно включает в себя: умение проявлять деликатность, вовремя сказать доброе слово; негативное отношение к безразличности и равнодушию; уважение к чувствам верующих; умение откликнуться на просьбы обслуживаемых граждан; профессионализм в работе; высокую культуру медицинского обслуживания, а не формальное выполнение своих обязанностей; скромный внешний вид (Филаткина Н.В., 2015).

Медицинские сестры должны понимать, что успешное взаимодействие с пациентом возможно при уважении мнения пациента, внимательном и доброжелательном общении, разъяснении своих действий,

т.е. действия и общение медицинской сестры должны носить ненасильственный характер, не должны ущемлять права и личные свободы пациента (Волков С.Р., Волкова М.М., 2014).

Одним из основных видов деятельности медицинской сестры является уход. Уход содержит в себе большой психологический аспект. Подчеркивается, что искусство сестринского дела заключается в гармоничном сочетании творческого подхода и научной обоснованности процедур, пособий, словесных воздействий и бесед в процессе ухода за больными, умение защитить пациента от негативных мыслей и чувств, существенно затягивающих выздоровление (Консон К., 2018).

В отделениях сестринского ухода для больных психиатрического профиля, сущность деятельности которого и составляет организация ухода, внедрены новые формы сестринской документации, позволяющие объективизировать деятельность медицинских сестер. К ним относятся: сестринская карта стационарного больного, протоколы сестринского наблюдения и ухода за психически больными, карта сестринского наблюдения за пациентами с пролежнями, анкета оценки снижения способности больного к самообслуживанию, лист экспертной оценки работы палатной медицинской сестры (Кирюхин О.Л., Бузынин В.И., 2017).

Изучение работы лиц, осуществляющих уход в оказании психиатрической помощи людям пожилого возраста, показало, что комплексные интенсивные индивидуально адаптированные вмешательства могут воздействовать на лиц, осуществляющих уход, на благополучие, функционирование их подопечных и взаимоотношение в паре (Антюшко Т.Д., 2012; Spahni S., et al., 2015). По существу, речь идет о партнерских отношениях (ухаживающий и пациент, получающий уход). Работа в партнерстве с лицами, осуществляющими уход, требует от специалистов системы здравоохранения изменений в мышлении в отношении ухода с помощью биомедицинских подходов (Roehr S., et al., 2016).

Совершенно очевидно, что нуждаемость в уходе зависит от физического и психического здоровья пациента и определяет психологические и физические усилия ухаживающего персонала и, следовательно, нормативы времени на уход (Ильницкий А.Н., 2017).

Развитие здравоохранения в России невозможно без улучшения качества оказания помощи населению, оно предполагает внедрение инновационных технологий, практическое владение современными технологиями (Сон И.М., Гажева А.В., 2013; Голева О.П. с соавт., 2015; Матыцын Н.О. с соавт., 2015; Руженков В.А., Трунов В.И., 2016), а также повышение уровня образования медицинских работников. К деятельности сестринского персонала должны предъявляться повышенные требования, с учетом которых необходимо разрабатывать новые подходы к повышению качества и оптимизации их труда (Рябчикова Т.В. с соавт., 2012; Двойников С.И., 2015; Мурашко М.А., 2017; Филаткина Н.В., Криворучко Ю.Д., 2019).

Основным критерием деятельности медицинской сестры является качество медицинской помощи (Федосеева Л.С. с соавт., 2014; Петрова Н.Г. с соавт., 2015).

В соответствии с Международным стандартом ISO (International Organization for Standardization), 8402-86 – качество – это совокупность свойств и характеристик продукта (услуги), которые придают ему способность удовлетворять существующие или предполагаемые потребности. Под качеством сестринской помощи понимают соответствие между ожиданиями пациента (семьи, общества) и восприятием пациентом (семьей, обществом) процесса и результата оказания помощи (Бирюкова Н.А., 2012; Комаров Ю.М., 2013). Качество сестринской деятельности связывают с такими факторами, как образовательно-исследовательская деятельность, профессиональное общение в нерабочее время, информационная поддержка, касающаяся ухода, дополнительное обучение (Афоница М.А., 2013).

Предложено в оценку качества сестринской деятельности положить основные показатели (Добрынина Е.А. с соавт., 2016): качество выполнения врачебных назначений, манипуляционная техника, готовность к оказанию неотложной помощи, качество ухода. Для каждого показателя использована балльная оценка, которая позволила составить ее интегративный показатель.

В основе качества сестринской помощи лежит правовая компетентность медицинского специалиста, которая включает в себя не только общемедицинскую и клиническую образованность, правовые знания и умения, но и профессиональную и правовую культуру специалиста (Новикова С.В., Баталова Е.К., Терешина Л.Ю., 2013; Грицанчук А. М. и др., 2019). В целях повышения качества медицинской помощи используется контроль и оценка деятельности сестринского персонала (Плавунов Н.Ф., Габоян Я.С., 2010; Филаткина Н.В., Стороженко Д.В., 2014; Кирюхин О.Л., 2017).

Проблема оценки качества медицинской помощи приобретает характер важнейшей задачи, связанной с политикой и стратегией организации здравоохранения (Гнатюк О.П., 2016; Вавилычев А.С. с соавт., 2017).

При рассмотрении медицинской помощи, оказываемой сестринским медицинским персоналом, обсуждаются понятия сестринское дело, сестринский процесс. Понятие «сестринский процесс» не так давно вошло в профессиональный лексикон, как системный подход к оказанию профессиональной медицинской помощи, направленный на восстановление здоровья пациента, исходя из его потребностей.

Сестринский процесс – это процесс, направленный на организацию и реализацию правильного ухода за пациентом. Это динамический процесс, включающий 5 этапов: обследование и сбор информации о состоянии здоровья пациента, сестринская диагностика, интерпретация данных; выявление и определение существующих и потенциальных проблем

пациента; планирование сестринских вмешательств; реализация планируемого вмешательства; оценка эффективности предоставленного ухода и его коррекция при необходимости. (Филаткина Н.В., Криворучко Ю.Д., 2019).

Впервые о понятии «сестринский процесс» в 1955 году заговорила Лидия Холл (Lydia Hall). Она представила его как комплексный подход, включающий три этапа: наблюдения, организации ухода и оценки эффективности ухода. Вирджиния Хендерсон, представительница Сестринской школы Йельского университета (США) в 1960-е гг. предложила системный подход к оказанию сестринской помощи, ориентированный на потребностях пациента (Стасевич Н.Ю. с соавт., 2016).

В европейских странах на сегодняшний день медицинские сестры составляют основу первичного здравоохранения, реабилитации и восстановительного лечения. В скандинавских странах в различных городах и сельской местности одна из основных ролей отводится медицинским сестрам. В Швеции в медицинских учреждениях пациента вначале принимает специалист среднего звена, который затем может направить его к врачу общей практики или в больницу. В Финляндии основная масса пациентов изначально приходят на прием к медсестрам, а затем, если это необходимо, к врачам, и только 20% пациентов поступают непосредственно к врачам. В Голландии в нерабочее время врача медсестра самостоятельно принимает решение о необходимости оказания медицинской помощи пациентам и ведет прием в соответствии с установленными стандартами. В своей работе медицинские сестры имеют право менять режим медикаментозной терапии в соответствии с имеющимися клиническими протоколами (Кашафутдинова Г.Т., Байсугурова В.Ю., 2013).

В США врачи ведут частную практику. Медицинские сестры также имеют право провести первичный осмотр, а затем направить пациента к

врачу. Медицинские сестры осуществляют патронажные услуги, посещая пациентов на дому.

В Великобритании организация и профессиональная деятельность медицинских сестер является самостоятельным институтом. Медсестры ведут первичный прием с целью наблюдения и обучения пациентов, имеют право выписывать фармацевтические препараты из определенного перечня лекарственных средств, а также занимаются образовательной деятельностью.

Зарубежный опыт показывает, что огромный потенциал повышения эффективности оказания медицинской помощи населению заложен в реформировании сестринского дела, в основе которого лежит улучшение качества работы среднего медицинского персонала (Индейкин Е.Н., 2008; Стурчак С.В., 2010; Кашафутдинова Г.Т., Байсугурова В.Ю., 2013; Комаров Ю.М., 2015).

В современных условиях развития здравоохранения и совершенствования основных направлений деятельности сестринского персонала выявляется необходимость взаимодействия и сотрудничества медицинских сестер с врачами – так называемая врачебно-сестринская модель. В этом сотрудничестве медицинская сестра должна стать равноправным партнером (Нечаев Н.Д., 2017). По существу, это повышает роль медицинской сестры, делает ее деятельность более престижной. Медицинская сестра выступает не просто исполнителем врачебных назначений, она становится партнером в реализации медико-социальной помощи, лечебного процесса и реабилитации больных.

По мнению авторов, (Климентова И.В., 2015; Нечаев Н.Д., 2017), больница, в том числе психиатрическая, - это первая точка взаимодействия специалистов системы здравоохранения: врачей и медсестер. В условиях больницы они усваивают не только свою ролевую функцию и место по отношению к пациенту, но также обретают свою роль как специалисты и определяют свою позицию по отношению друг к другу. Это положение

может быть распространено и на другие учреждения, в частности, на психоневрологические интернаты, где взаимодействуют не только медицинские работники (врачи, медсестры), но и другие специалисты: психологи, специалисты по социальной работе, культработники, трудоинструкторы (Жигарева Н.П., 2011; Ward, Christopher D., 2011; Филаткина Н.В., 2015; Петрова Н.Г., 2016).

Высказывается мнение о смене привычной профессиональной модели деятельности медицинской сестры на пациентоориентированную модель, т.е. в центре всех усилий из всех видов деятельности сестринского персонала – пациент. (Двойников С.И., 2015).

Возрастание роли медицинской сестры в организации различных аспектов медицинской помощи привело к необходимости введения в практику лечебных учреждений должности медсестры-координатора реабилитационных программ отделений медико-социальной помощи в осуществлении психосоциальной работы (Черемин Р.А. с соавт., 2012; Нечаев Н.Д., 2017). Это положение ставит медицинскую сестру на уровень партнера, способного к автономии деятельности и позволяет рассматривать ее не как пассивного исполнителя назначений врача, а как самостоятельного исполнителя поставленных задач в реабилитационном процессе (Федосеева Л.С. с соавт., 2014).

Задачами медсестры-координатора являются: сбор информации, необходимой для разработки индивидуальной программы ухода и реабилитации пациента, контроль над выполнением этой программы, а также участие в проведении ряда мероприятий в рамках своей компетенции; оценка полученных результатов при помощи формализованных методик. При поступлении пациента в отделение медсестра-координатор определяет его контактность, способность ориентироваться в окружающем, оценивает проблемы самообслуживания, выявляет его предпочтения и интересы. Полученные данные фиксируются в «Листе сестринской оценки». Комплекс полученной медсестрой



информации анализируется на заседании полипрофессиональной бригады и используется для разработки индивидуальной программы ухода и реабилитации. Медицинская сестра-координатор информирует средний и младший персонал о пациентах, нуждающихся в соответствующей помощи, инструктирует их о порядке ее оказания (Титова Л.А. с соавт., 2015).

Представленная в практике медицинской помощи функция медицинской сестры-координатора, как оказалось, имеет непосредственное отношение к ее работе в составе полипрофессиональной бригады, в которой объединены усилия других специалистов: врача-реабилитолога, психолога, социального работника (Черемин Р.А. с соавт., 2012; Филаткина Н.В., 2015). Деятельность мультифункциональных бригад получила освещение в реализации программ реабилитации инвалидов в психоневрологических интернатах (Жигарева Н.П., 2017; Голенков А.В., 2014).

В соответствии с представлениями ряда авторов (Korner M., 2010; Консон К., 2018), мультидисциплинарная бригадная работа – это новый метод работы, это комплексный интегрированный подход к проблемам здоровья. Признается, что неэффективно и неуважительно по отношению к пациенту при встрече последовательно с медсестрой, врачом, другими специалистами задавать ему одни и те же вопросы. Предлагается разрешить проблему через наличие общего банка данных либо через общую процедуру сбора информации. Совершенно правомерно авторы делают акцент на необходимость развития мультидисциплинарных знаний, мультипрофессионального образования, которое призвано способствовать взаимодействию членов бригады и совершенствованию бригадной работы в целом и, в конечном итоге, – замене состязательных норм нормами взаимодействия.

Включение медицинской сестры в полипрофессиональную бригаду рассматривается на модели организации работы отделения сестринского ухода в психиатрическом стационаре (Вурманчева Ю.В., Халлиулина Э.Х., Петрова Т.В., 2012; Филаткина Н.В., Стороженко Д.В., 2014; Климентова

И.В., 2016). В полипрофессиональную бригаду отделения входят врач-психиатр, медицинский психолог, специалист по социальной работе, социальный работник, медицинские сестры и младший медперсонал. Ролевые обязанности при совместном ведении пациентов распределяются с опорой на область профессионального функционирования каждого члена бригады.

Специальному анализу подлежит психиатрическая сестринская помощь, которая в соответствии с толкованием Американской медицинской Ассоциации включает следующие основные элементы: приложение теории к поведению человека, применение сестринских навыков с целью достижения терапевтического и профилактического эффекта, обеспечение оптимальных возможностей для психического здоровья индивидуума, его окружения и местного сообщества. При этом психическое здоровье понимается как динамический процесс со стремлением к равновесию на всех уровнях функционирования (физическом, психическом, социально-общественном, ориентированном на развитие, духовном) в ходе взаимодействия клиента, его социальной системы и среды (Scanlon A., 2006; Ward, Christopher D., 2011; Петрова Н. Г. с соавт., 2019).

Среда пациента понимается как единство внутриличностных, межличностных и экстраличностных факторов, которые могут быть источником как положительного, так и отрицательного стресса. Когда собственные возможности пациента и источники помощи оказываются недостаточны для поддержания существующего уровня психического здоровья, показана сестринская интервенция. Сестринская интервенция (в том числе профилактическая) осуществляется на основе диалога с пациентом и его социальным окружением, с последующей оценкой процесса. В ходе интервенции предпринимается попытка уравновесить постоянное противоречие между требованиями общества и удовлетворением потребностей пациента на основе его возможностей,

сниженных расстройством психического здоровья. Медсестра появляется тогда, когда обращение к человеческим возможностям пациента может оказаться недостаточным или, когда эти возможности расстроены (Karlberg J. et al., 2008).

В отечественной литературе широкое освещение получили вопросы деятельности медицинской сестры в оказании психиатрической помощи больным и инвалидам вследствие психических расстройств в различных условиях их пребывания: психиатрических больницах, домах сестринского ухода, психоневрологических интернатах и других учреждениях (Пузин С.Н., Шургая М.А., Торопова О.М., 2015; Бахтина И.С., 2016; Климентова И.В. с соавт., 2016; Ильницкий А.Н., 2017; Шмонин А.А., 2019).

В литературе представлены данные исследования работы медицинских сестер по реабилитации молодых умственно отсталых пациентов (Дерягина О.В., 2007) в Омском психоневрологическом интернате. Все пациенты, проходившие курс реабилитации в отделениях интерната, были разделены на три группы – в зависимости от высокого, среднего и низкого уровня социального функционирования. Для каждого инвалида интерната были составлены индивидуальные программы реабилитации. Они включали разные виды реабилитационной деятельности: медицинскую, социально-трудовую, медико-социальную, социально-педагогическую, социально-психологическую, социально-бытовую, социально-культурную. Было установлено, что чем больше сотрудники отделения занимались с инвалидами, проводя беседы, тренинги, тем меньше инвалиды нуждаются в психотропных средствах и меньше нарушают режим. В результате реабилитационных мероприятий инвалиды принимают более активное участие в трудовых процессах (Филаткина Н.В., 2018).

Реабилитация – это комплекс медицинских, социально-экономических, психологических, педагогических, профессиональных и др. мер, целью которых является полное или частичное восстановление утраченных

функций, личного и социального статуса, либо приспособление к жизни на новом этапе с использованием резервных компенсаторных способностей организма. Комплекс реабилитационных мероприятий зависит от клинического состояния инвалида, степени утраченных навыков и возможностей, степени психических нарушений. В зависимости от степени приобретённого дефекта или интеллектуального недоразвития каждому инвалиду назначаются индивидуальные формы и методы реабилитации (Жигарева Н.П., 2017).

Специально проведенное изучение условий труда медсестер, работающих в психиатрических учреждениях, показало, что они представляют непосредственную угрозу безопасности больных и персонала (Виноградов С.В., 2012; Климентова И.В., 2016).

Самыми неблагоприятными (вредными по классу условий труда) являются эмоциональные нагрузки и режим работы медицинских сестер. Систематизация показателей позволила оценить класс условий труда медицинских сестер, работающих в психиатрии, как вредный напряженный труд II степени (Гузенко О.А., 2012, Климентова И.В., 2015).

В связи с задачами исследования особо важным является проект документа «Профессиональный стандарт медицинская сестра психиатрическая» (2013), разработанный Общероссийской общественной организацией «Ассоциация медицинских сестёр России РАМС», в котором изложена основная цель вида профессиональной деятельности – предоставление доврачебной медицинской помощи и сестринского ухода пациентам с психическими расстройствами, сохранение и поддержание психического здоровья населения в разные возрастные периоды с учетом индивидуальных психологических и социально-культурных особенностей. Указанный документ содержит требования в отношении знаний, умений медицинской сестры психиатрического стационара и амбулаторной психиатрической помощи по уходу за психически больными, фармакотерапии и реабилитации с учетом характера психических

расстройств и нозологической формы психического заболевания. Особое значение в этом документе придается соблюдению норм этики, морали, права обслуживания пациентов и их родственников, а также взаимодействию с сотрудниками (Климентова И.В., 2016).

При осуществлении практической деятельности медсестры в психиатрическом (психоневрологическом) учреждении нередко возникает необходимость купирования психомоторного возбуждения больных. В настоящее время имеется множество психотропных препаратов, позволяющих воздействовать на агрессивное, импульсивное состояние больных. Вместе с тем, существенное значение приобретает необходимость «удержания», «фиксации» больного прежде, чем ввести медикамент (Дементьева Н.Ф., 2012).

В письме Минздрава России от 26 декабря 2002 года №/12967-02-32 «О мерах физического стеснения при оказании психиатрической помощи» представлен алгоритм действий медицинского персонала при применении мер физического стеснения и указано, что врач-психиатр определяет необходимость и вид физического стеснения и делает соответствующую запись в медицинской документации. Медицинская сестра осуществляет постоянное наблюдение за пациентом и подробно описывает его психическое и соматическое состояние в журнале наблюдения. При стабилизации психомоторной сферы медсестра сообщает об этом врачу и по его назначению освобождает пациента от фиксационных ремней и продолжает наблюдение (Жигарева Н.П., 2017).

Процесс сестринской помощи рассматривается как динамичный, циклический и систематический метод работы с целью помочь пациентам, если это возможно, разрешить их жизненные проблемы или приспособиться к сосуществованию с ними (Spahni S. et al.), 2015; Куташов В. А. с соавт., 2016).

В этой связи рассматривается вопрос о психосоциальной реабилитации, которая в соответствии с документом ВОЗ определяется как

процесс, облегчающий реализацию возможностей индивидуумов с нарушениями, поражениями и инвалидностью вследствие психического расстройства и достижение ими оптимального уровня независимого функционирования в сообществе (Дементьева Н.Ф., Филаткина Н.В., 2015).

В отечественной психиатрической практике психосоциальная реабилитация нашла широкое освещение и применение (Жигарева Н.П., 2011, Голенков А.В., 2014; Куташов В. А. с соавт., 2016; Ачкасов Е.Е. с соавт., 2018), а также в реабилитационных центрах для инвалидов (Дерягина О.В., 2007; Дементьева Н.Ф., Сырникова Б.А., Ларионова В.С., 2008).

Проблемы работы медицинских сестер с психически больными находят освещение и в зарубежной литературе. В большом руководстве, изданном в Голландии, рассматриваются задачи медсестры в службах психического здоровья, взаимоотношения между пациентом и сестрой, коммуникативные навыки, обсуждаются проблемы сестринской помощи лицам, страдающим психозами, расстройствами настроения, тревожными расстройствами, нарушениями памяти и алкогольной зависимостью. При анализе личных психических расстройств авторы формулируют практические рекомендации для медицинских сестер, делая акцент на психообразование пациентов и их окружение, в области лечения, организации образа жизни (дневная занятость). Большое значение в тактике медицинской сестры, обслуживающей, например, больного шизофренией, придается влиянию социальной среды, необходимости его занятости и важности обучения ближайших родственников адекватному обращению с пациентом (Rydon S.E., 2005; Sharma P., Chaudhary S., 2019).

В настоящее время психическое здоровье принадлежит к числу наиболее серьёзных проблем, стоящих перед всеми странами, поскольку в тот или иной период жизни такие проблемы возникают у многих людей. Показатели распространённости нарушений психического здоровья в Европейском регионе очень высоки (Лаврова Д.И., с соавт., 2016; ВОЗ,

2017). Динамика распространенности психических расстройств характеризуется значительным ростом по сравнению с данными начала века. Это ассоциируется с возрастанием плотности населения, разрушением экологии, усложнением технологий, информационным прессингом, учащением чрезвычайных ситуаций, ухудшением физического здоровья, в том числе репродуктивного, постарением населения.

В современных условиях медицинская помощь становится более дифференцированной. Население мира быстро стареет (World report on ageing and health, WHO, 2015). За период с 2015 по 2050 годы доля пожилых людей в мире, по оценкам, удвоится примерно с 12% до 22% (World population prospects: the 2017 revision, UN Department of Economic and Social Affairs, 2017).

В абсолютном выражении ожидается увеличение числа людей старше 60 лет с 900 миллионов до 2 миллиардов человек. Пожилые люди сталкиваются с особыми проблемами в плане физического и психического здоровья (Коробов М.В., Хорькова О.В., 2015; Попова С.М., ЯникА.А., 2014; Шляфер С.И., 2014, Spahni S. et al., 2015).

В жизни пожилых могут происходить такие события, как потеря близких, снижение социально-экономического статуса на пенсии. Все эти факторы могут обуславливать изоляцию, одиночество и психологический дистресс у пожилых людей. Многие пожилые люди утрачивают способность жить независимо из-за ограниченной мобильности, хронической боли, дряхлости или других психических, или физических проблем и нуждаются в долгосрочном уходе. Кроме этого, медицинские работники и сами пожилые люди не уделяют должного внимания проблемам психического здоровья, а стигма, связанная с психическими болезнями, обуславливает нежелание людей обращаться за помощью (Herman I.M., 2012; Gerino E., Marino E., 2015; ВОЗ, 2016, WHO European health report 2018; Криворучко Ю.Д., Филаткина Н.В., 2019).

В возрасте 60 лет и старше более 20% людей страдают психическими или неврологическими расстройствами (за исключением расстройств, связанных с головной болью), которые обуславливают в этом возрастном контингенте 6,6% всей инвалидности (количество лет жизни, скорректированных на инвалидность – DALYs.) (World Report on Disability, 2011; Chatterji S. et al., 2014; Пузин С.Н. с соавт., 2015; Дымочка М.А. с соавт., 2017; Шургая М.А., 2017; Криворучко Ю.Д., Филаткина Н.В., 2019). Наиболее распространенными психическими расстройствами в этой возрастной группе являются деменция и депрессия. Тревожными расстройствами страдают 3,8% пожилых людей, а порядка 25% смертности от причинения себе вреда приходится на долю людей в возрасте 60 лет или старше. Почти 1% пожилых людей страдают проблемами, вызванными использованием психоактивных веществ, однако, нередко они остаются незамеченными или неверно диагностируются (The Global Burden of Disease, 2013; ВОЗ, 2016; Казаковцев Б.А., 2016; Кекелидзе З.И. с соавт., 2016; Науменко А.А., 2016; Криворучко Ю.Д., Филаткина Н.В., 2019).

Деменция главным образом затрагивает пожилых людей, у которых происходит деградация памяти и мышления, нарушается поведение и возникают различные ограничения жизнедеятельности, в том числе синдром старческой астении (Barreto P. S. et al., 2012; НИДАТ., 2013; Дамулин И.В., 2014; Чукаева И.И., Ларина В.Н., 2017).

Болезнь Альцгеймера является наиболее распространённой формой деменции у лиц пожилого и старческого возраста (Babiloni C., et al., 2010; Wimo A., Prince M., 2010; Гаврилова С.И., 2012; Левин О.С., 2014; World Alzheimer Report 2018). В связи с ростом числа лиц пожилого возраста особую актуальность приобретает психосоциальная работа с этим возрастным контингентом населения, которая включает стандартизованные методики (занятия в психообразовательных группах с участием родственников, тренинги самообслуживания, приготовление пищи, когнитивных функций), а также набор программ, направленных на



структурирование свободного времени (Черемин Р.А., Беспалова Г.А., Щербакова Н.С., 2012).

При анализе публикаций, посвященных деятельности медицинских сестер, выявлено довольно большое число работ о необходимости повышения их квалификации посредством организации учебно-методических центров (УМЦ) в лечебно-профилактических учреждениях (Попова Н.М., 2012; Москвичева М.Г., Шишкин Е.В., 2017), в рамках высшего сестринского образования (Рябчикова Т.Н., Фролова О.М., 2012) в системе многоуровневого образования медицинских сестер (Двойников С.И., 2014), непрерывного медицинского образования (Квачахия Л.Л., 2017).

Практика доказала преимущество обучения медицинского персонала непосредственно на базе лечебно-профилактических учреждений (Попова Н.М., 2012; Двойников С.И. с соавт., 2014; Тамкович Е.Г. с соавт., 2015). Это позволяет медицинским сестрам применять полученные знания на практике, дает возможность психологически настроить медицинских сестер на атмосферу своего учреждения.

В соответствии с приказом Департамента здравоохранения г. Москвы «О создании учебно-методических кабинетов (центров)» от 11.04.2011г. № 314 широкие возможности для повышения квалификации медицинских сестер создают учебно-методические кабинеты (УМК), цель которых – внедрение современных концепций сестринского дела в практику, повышение уровня теоретических знаний и практических навыков сестринского персонала и применение их на рабочем месте. В задачи УМК входит обучение сестринского персонала по программе, включающей вопросы организации работы, санитарно-противоэпидемического режима, фармакологии, неотложной медицинской помощи, медицины катастроф.

Необходимость создания учебно-методических центров в лечебно-профилактических организациях обосновывается потребностью

медицинских сестер в непрерывном обучении, которое дает возможность совершенствования их профессиональных знаний, приобретение новых знаний, создание профессиональной и психологической адаптации молодых специалистов (Логвинова О.В., 2011; Титова Л.А. с соавт., 2015; Михайлова А.В. с соавт., 2017).

Анализ уровня подготовки медицинских сестер, работающих с пожилыми людьми, показал необходимость последиplomной переподготовки специалистов среднего звена по вопросам гериатрического и паллиативного ухода. Эта задача может и должна быть решена в рамках активно обсуждаемой в настоящее время новой формы непрерывного профессионального обучения медицинских специалистов, в том числе медицинских сестер. Непрерывное образование призвано поддержать введенный с 2016 года и осуществляемый поэтапно до конца 2025 года новый порядок допуска медицинских работников к осуществлению профессиональной деятельности через систему их аккредитации (Дегтерев В.А., 2014). Регулярная аккредитация явится одной из составных частей медицинского образования, а наличие свидетельств об аккредитации медсестер – важным показателем качества медицинской помощи в соответствующем учреждении. Работа по переходу к непрерывному последиplomному образованию только начинается. Она требует разработки программ переподготовки, включающих в себя инновационные методы обучения по многим медицинским специальностям. К сожалению, пока не существует единых программ подготовки специалистов среднего звена, работающих как с пожилыми людьми, так и с лицами, страдающими психическими расстройствами (Руженская Е.В., 2015).

Эффективная деятельность медицинской сестры также основана на информированности ее в вопросах нормативно-правовой базы в области реабилитации инвалидов и граждан пожилого возраста (Новикова С.В., Баталова Е.К., Терешина Л.Ю., 2013), социального обслуживания и охраны здоровья населения.

## ГЛАВА 2. МЕТОДИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1. Характеристика базы исследования

Исследование проведено на базе ГБУ города Москвы психоневрологического интерната № 30 Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы.

Психоневрологический интернат №30 начал работу в 1975 году на основании Приказа Комитета социальной защиты населения г. Москвы. В соответствии с Приказом Департамента социальной защиты населения г. Москвы от 17 марта 2015г. №198 утвержден Устав ГБУ города Москвы Психоневрологического интерната № 30 Департамента социальной защиты населения города Москвы, согласно которому учреждение предназначено для оказания услуг стационарного социального обслуживания на условиях постоянного, временного (сроком до 6 месяцев) или пятидневного проживания граждан пожилого возраста, страдающих психическими расстройствами, и инвалидов I и II групп вследствие психических расстройств в возрасте старше 18 лет, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и нуждающимся в постоянном постороннем уходе, а также оказания им комплексной социальной и медицинской помощи.

На 01.01.2019г. в системе труда и социальной защиты населения города Москвы насчитывалось 22 стационарных учреждения психоневрологического профиля, из них 16 психоневрологических интернатов расположены в Москве и 6 – в Московской области.

Психоневрологический интернат №30 является типичным учреждением своего профиля, непосредственно подчиняется Департаменту труда и социальной защиты населения города Москвы, является самым крупным стационарным учреждением психоневрологического профиля не только в Москве, но и в России, его коечная мощность составляет 1001 койко-мест. Данные диссертационной работы могут быть использованы для

оценки профессиональной деятельности среднего медицинского персонала психоневрологических интернатов.

В 39,3 % случаев пациенты поступают в психоневрологические интернаты из детских домов-интернатов для детей с умственными дефектами развития, в 20 % случаев — из семей, в 40,7 % случаев — из психиатрических больниц.

На момент исследования в структуре контингента инвалидов, находящихся в психоневрологическом интернате № 30 из 986 человек 42,0% инвалидов вследствие шизофрении, 34,9% вследствие умственной отсталости, 1,1% вследствие эпилепсии, 22,0% вследствие органических заболеваний головного мозга. 25,9% составляют инвалиды 1 группы и 74,1% 2 группы.

Анализ кадрового потенциала показал, что укомплектованность ГБУ ПНИ № 30 врачами в 2018 году увеличилась по сравнению с 2014г. (80,25% и 74,2% соответственно), определен дефицит врачебного персонала (19,7%) (табл.1).

Средний медицинский персонал, работающий в психоневрологическом интернате № 30, составляет значительную часть специалистов, участвующих в комплексной реабилитации инвалидов (44,3% от всего количества штатных единиц). Укомплектованность средним медицинским персоналом постепенно снижается в 2014г. с 86,75% до 83,63% в 2018г., при коэффициенте совместительства (0,9 – 0,8). Данные свидетельствуют о дефиците среднего медицинского персонала.

Таблица 1 – Анализ кадрового состава ГБУ ПНИ № 30 города Москвы за 2014-2018гг.

		ГОДЫ				
		2014	2015	2016	2017	2018
Всего ставок, из них :		709,6	664,5	664,5	664,5	654,5
Врачи	штатных должностей	33,7	26,9	25,9	30,4	32,4
	занятые должности	25	23	21	22	26
	укомплектованность (%)	74,2	85,50	81,08	72,37	80,25
	коэффициент совместительства	0,7	0,8	0,8	0,7	1,2
Средний медицинский персонал	штатных должностей	151	144	156	154	171
	занятые должности	131	143	153	143	143
	укомплектованность (%)	86,75	99,31	98,08	92,86	83,63
	коэффициент совместительства	0,9	1,0	1,0	0,9	0,8
Младший медицинский персонал	штатных должностей	321,8	243,6	273,6	273,6	268,6
	занятые должности	259	237	262	248	243
	укомплектованность (%)	80,5	97,29	95,76	90,64	90,47
	коэффициент совместительства	0,81	1,0	1,0	0,9	0,9
Социальный работник	штатных должностей	5	8	8	8	10
	занятые должности	5	7	5	7	10
	укомплектованность (%)	100,0	87,5	62,5	87,5	100
	коэффициент совместительства	1,0	0,9	0,6	0,9	1,0
Другие специалисты	штатных должностей	198,1	242	201	198,5	172,5
	занятые должности	192	242	198	189	178
	укомплектованность (%)	96,9	100	98,50	95,21	103,18
	коэффициент совместительства	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

Основные показатели работы ГБУ ПНИ №30 за пять лет исследования практически не менялись (табл.2).

Таблица 2 – Основные показатели работы ГБУ ПНИ № 30 за 2014-2018гг.

Показатели	Годы				
	2014	2015	2016	2017	2018
Число коек	1001	1001	1001	1001	1001
Число инвалидов	1002	1011	1006	1015	1003
Число койко-дней пребывания	345448	345288	345163	343793	345603
Средняя длительность пребывания	345 дней	342 дня	343 дня	340 дней	345 дней

## 2.2. Методы исследования

Работа представляет собой комплексное социально-гигиеническое, реабилитационно-экспертное и социологическое исследование, в котором на основе системного подхода и использования современных статистических, аналитических, прямого наблюдения, социологических и экспертного методов проведен анализ деятельности медицинских сестер, участвующих в комплексной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната №30 Департамента социальной защиты населения города Москвы.

Объект исследования – медицинские сестры, работающие в психоневрологическом интернате.

Предмет исследования – профессиональная деятельность медицинских сестер психоневрологического интерната.

База исследования – Государственное бюджетное учреждение психоневрологический интернат № 30 Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы.

Для решения поставленных задач автором разработан научный инструментарий: анкета опроса медицинской сестры психоневрологического интерната, анкета опроса специалиста психоневрологического интерната и анкета опроса инвалида психоневрологического интерната. Для данных категорий с целью проведения анкетирования были разработаны анкетные листы. Перед анкетированием давалось краткое пояснение по заполнению и гарантировалась анонимность ответов. Анкетный лист состоял из 37 вопросов для медицинских сестер, из 20 вопроса для специалистов учреждения и из 15 для инвалидов учреждения. Образцы анкетных листов представлены в приложении №№ 1, 2, 3. Правильность составления и полнота заполнения анкет устанавливались экспертным методом. Экспертная оценка проводилась группой специалистов, в состав которых входили директор учреждения, заместитель директора по медико-

социальной работе, 9 заведующих психиатрическими отделениями, 3 врача-психиатра учреждения, главная медицинская сестра интерната.

В связи с задачами исследования работа проводилась в пять этапов (таблица 3).

В рамках выполнения *первого этапа* исследования были изучены литературные источники по актуальным проблемам развития и организации профессиональной деятельности среднего медицинского персонала в оказании медико-социальной помощи населению в Российской Федерации и за рубежом. Проведен анализ нормативно-правовых, организационно-методических документов, а также научных публикаций по теме исследования.

Источники информации – законодательные и нормативно-правовые документы федерального и регионального уровня.

Методы исследования – аналитический, документальный.

Объем исследования – публикации за последние 36 лет.

В ходе *второго этапа* были проанализированы уровень и тяжесть инвалидности вследствие болезней класса психических расстройств и расстройств поведения в РФ за 2005-2018гг. Оценена нуждаемость инвалидов вследствие психических расстройств и расстройств поведения в медико-социальной реабилитации в условиях психоневрологического интерната за 2005-2018гг.

Единица наблюдения – учтенный случай первичной и повторной инвалидности вследствие болезней класса психических расстройств и расстройств поведения за 2005-2018гг., случай госпитализации в психоневрологический интернат за 2005-2018гг.

Источники информации – формы государственного статистического наблюдения № 7-собес, утвержденные Росстатом России, статистический сборник ФГБУ ФБМСЭ Минтруда России за 2005-2018 гг. Данные Минтруда России по численности проживающих взрослых в психоневрологических интернатах РФ за 2005-2018гг.

Методы исследования – документальный, выкопировка данных, статистический и графический.

Объем исследования – 508168 впервые признанных инвалидами (ВПИ) и 2827495 повторно признанных инвалидами (ППИ) лиц из числа взрослого населения. Исследование сплошное.

В ходе *третьего этапа* изучена социально-демографическая характеристика медицинских сестер, осуществляющих реабилитацию инвалидов психоневрологического интерната. Проанализированы такие показатели, как пол, возраст, стаж работы и квалификационная категория, а также оценивалась укомплектованность и обеспеченность интерната медицинскими сестрами.

Единица наблюдения – медицинская сестра.

Источники информации – анкета медицинской сестры, статистические данные о кадровом составе среднего медицинского персонала.

Методы исследования – социологический, статистический, аналитический.

Исследование сплошное. Объем исследования составил 143 человека.

*Также в ходе третьего этапа* изучена профессиональная деятельность медицинских сестер, работающих в психоневрологическом интернате, осуществлен анализ места и роли медицинской сестры в комплексной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната.

Единица наблюдения – медицинская сестра.

Источники информации:

- анкета медицинской сестры;
- годовые отчеты ПНИ №30 по Форме ФСН № 3-собес «Сведения о стационарных учреждениях социального обслуживания для граждан пожилого возраста и инвалидов (взрослых и детей) за 2014-2018гг., утвержденной приказом Росстата от 11.09.2009 № 196 «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития



России федерального статистического наблюдения за деятельностью учреждений социальной защиты населения».

Методы исследования – социологический, аналитический, статистический.

Исследование сплошное. Объем исследования составил 143 человека.

В ходе *четвертого этапа* проведена оценка различных аспектов деятельности медицинских сестер на основе изучения мнений всех специалистов и инвалидов, находящихся в психоневрологическом интернате. В социологическом исследовании участвовало 300 инвалидов из 600 человек, подлежащих реабилитации. Анализ также включал в себя оценку доступности, информированности и удовлетворённости инвалидов оказываемой помощью.

Единица наблюдения – специалист психоневрологического интерната (врач, сотрудник немедицинской специальности); инвалид, находящийся на реабилитации в психоневрологическом интернате.

Источники информации:

- анкета специалиста – исследование сплошное, объем исследования – 42 человека;
- анкета инвалида – исследование выборочное, объем исследования – 300 человек (выборка репрезентативна).
- годовые Формы ПНИ №30 по Форме ФСН № 3-собес «Сведения о стационарных учреждениях социального обслуживания для граждан пожилого возраста и инвалидов (взрослых и детей) за 2014-2018гг., утвержденной приказом Росстата от 11.09.2009 № 196 «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения за деятельностью учреждений социальной защиты населения».
- годовые отчеты ПНИ №30 по Форме ФСН № 5-собес «Сведения о социальном обслуживании граждан пожилого возраста, инвалидов и лиц без определенного места жительства за 2014-2018гг., утвержденной

приказом Росстата от 11.09.2009 № 196 «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения за деятельностью учреждений социальной защиты населения».

- годовые отчеты ПНИ №30 по Форме регионального статистического наблюдения №1-РИ (реабилитация инвалидов) «Сведения об оказании инвалидам реабилитационных услуг (мероприятий) и обеспечении техническими средствами реабилитации» за 2014-2018гг., введена в соответствии с Постановлением Правительства г. Москвы от 08.06.99г. № 514 и Постановлением Правительства от 17 февраля 2009г. № 115-ПП.

Методы исследования – социологический, статистический, аналитический, экспертных оценок.

Для оценки качества профессиональных компетенций среднего медицинского персонала в реализации комплексной реабилитации инвалидов ПНИ №30 проведена экспертная оценка мнений специалистов в этой области. В качестве экспертов выступали врачи-специалисты психоневрологического интерната №30. При отборе экспертов использованы следующие критерии: опыт профессиональной деятельности по специальности не менее 5 лет, компетентность и степень согласованности мнений. Для определения компетентности экспертов применялся метод самооценки с определением совокупного индекса – коэффициента компетентности – среднее значение уровня теоретических знаний, практических навыков и способности к прогнозированию (не менее 4 баллов по пятибалльной шкале).

Степень согласованности мнений экспертов рассчитывалась с использованием коэффициента конкордации Кендалла (коэффициента множественной ранговой корреляции  $W$ ). Значение коэффициента, равное 0 соответствует несогласованности экспертных оценок, а 1 соответствует полной согласованности. Согласованность мнений экспертов оценивалась как средняя при значениях коэффициента Кендалла от 0,3 до 0,7, при

значениях коэффициента более 0,7 степень согласованности мнений считали высокой (Айвазян С.А., с соавт, 1985).

Коэффициент конкордации (W) рассчитывался по следующей формуле

$$W = \frac{S}{\frac{1}{12} m^2 (n^3 - n) m \sum T_i}$$

$$T_i = \frac{1}{12} \sum (t_i^3 - t_i)$$

W – коэффициент согласованности экспертов,

S – разность между суммой квадратов рангов по каждому признаку и средним квадратом суммы рангов по каждому признаку,

m – число экспертов,

n – число сравниваемых признаков,

T<sub>i</sub> – число связок (видов повторяющихся элементов) в оценках i-го эксперта,

t<sub>i</sub> – количество элементов в i-й связке для i-го эксперта (количество повторяющихся элементов).

Статистическая значимость коэффициента конкордации определялась по формуле:

$$\chi^2 = \frac{S}{\frac{1}{12} mn(n+1) + \frac{1}{n-1} \sum T_i}$$

Статистически значимым считался результат, если значение  $\chi^2$  превышало его табличный вариант при числе степеней свободы (n), равном n-1.

В ходе исследования также разработана методика обобщенной (балльной) оценки качества деятельности медицинских сестер. При многофакторной оценке профессионально-трудовой значимости сестринской практики в осуществлении медико-социальной реабилитации в психоневрологическом интернате №30 также применялся метод экспертных оценок. Использовалась методика аналогичная оценке качества профессиональных компетенций среднего медицинского персонала в

реализации комплексной реабилитации инвалидов ПНИ №30. В качестве экспертов привлекались специалисты административно-управленческого аппарата (заместитель директора по медико-социальной работе, главная медицинская сестра, заведующие отделениями). При отборе экспертов использованы следующие критерии: опыт профессиональной деятельности по специальности не менее 5 лет, опыт административно-управленческой деятельности не менее 5 лет, компетентность и степень согласованности мнений. Коэффициент конкордации экспертных оценок составил 0,72, что соответствует высокому уровню согласованности мнений экспертов.

Для оценки удовлетворенности профессиональной деятельностью медицинских сестер ПНИ №30 инвалидами интерната, предварительно оценивался минимальный объем выборки (для инвалидов). Объем выборочного исследования инвалидов ПНИ №30 рассчитывался исходя из общего количества (N) инвалидов, подлежащих реабилитации в момент проведения исследования – 600 человек, и составил 300 инвалидов, страдающих шизофренией и умственной отсталостью (вследствие шизофрении 154 чел. и умственной отсталости, легкой и умеренной степени 146 чел.). Они отбирались по определенным медицинским критериям (критериям включения в исследование) – устойчивое улучшение с отсутствием психотической симптоматики, достаточно высокий реабилитационный потенциал и уровень социального функционирования (способность к самообслуживанию, общению, трудовой деятельности).

При определении размера выборки использовался метод простой бесповторной случайной выборки (Simple Random Sampling – SRS). Объем выборки исчислялся по формуле для известного числа наблюдений в генеральной совокупности (600 чел.):

$$n = \frac{pqt^2N}{\Delta^2N + pqt^2}$$

где n – число наблюдений в выборке,

t – доверительный коэффициент (минимальное значение  $t=1,96$ ),

$\Delta$  – предельная ошибка выборки при доверительном уровне вероятности

$p = 0,95$  (минимальное значение составляло 5%),

$p$  – частота появления признака в совокупности (принимался за 50%),

$q$  – показатель альтернативности (принимался за 50%),

$N$  – число наблюдений в генеральной совокупности.

Для получения достоверных результатов при изучении мнения инвалидов о деятельности медицинских сестер при бесповторной случайной выборке, число наблюдений в выборке не должно быть менее 234 чел.

Статистическая обработка полученных данных выполнялась при помощи программы IBM SPSS (США), версии 22.0.

Описательная статистика результатов исследования представлена для качественных признаков в виде относительных величин, рассчитанных на 100 наблюдений.

Значимость различий качественных и порядковых признаков в группах наблюдения оценивали при помощи непараметрического критерия  $\chi^2$  Пирсона с поправкой Бонферрони в случаях множественных сравнений. При ожидаемой частоте встречаемости признака 5 и менее для сравнения качественных и порядковых признаков использовался точный критерий Фишера.

Различия во всех случаях оценивали, как статистически значимые при  $p < 0,05$ .

Для анализа корреляционной связи между исследуемыми признаками применялся ранговый коэффициент корреляции Спирмена. Сила и направление корреляционной связи между признаками оценивались по коэффициенту  $r$ . При величине коэффициента корреляции от 0 до 0,29 (-0,29) связь оценивалась как слабая, от 0,3 (-0,3) до 0,69 (-0,69) – как средняя, от 0,7 (-0,7) до 1 (-1) – как сильная. Корреляционная связь считалась как статистически значимой при  $p < 0,05$ .

В ходе исследования была определена оценка взаимодействия медицинской сестры с различными специалистами учреждения.

При помощи ранжирования сумм баллов субъективных оценок специалистов ГБУ ПНИ №30 (n=42), было оценено взаимодействие медицинских сестер в повседневной деятельности со специалистами интерната. Суммы баллов всех оценок специалистов по каждому из факторов вычислялись по формуле:

$$\Phi = \sum B_j * n_j$$

Где:  $\Phi$  – сумма баллов всех оценок специалистов по каждому фактору (взаимодействие);

$B_j$  – соответствующий балл (от 1 до 5);

$n_j$  – количество специалистов, поставивших данный балл.

*На пятом этапе* на основании проведенного комплексного исследования разработаны мероприятия по совершенствованию профессиональных компетенций среднего медицинского персонала в реализации комплексной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната и проведена оценка их эффективности.

Источники информации – данные, полученные в ходе исследования.

Методы исследования – аналитический, статистический, метод научного прогнозирования.

Таблица 3 – Программа и методика исследования

№ п/п	Этап исследования	Источники информации	Объем исследования, единица наблюдения	Методы исследования
1	Анализ научных публикаций и нормативных документов по вопросам профессиональной деятельности среднего медицинского персонала в оказании медико-социальной помощи	Нормативно-правовые документы, научные статьи, учебные пособия, монографии, диссертации, авторефераты	Изучено 126 отечественных и 45 зарубежных литературных источников, 19 нормативно-правовых документов	аналитический, документальный
2	Анализ уровня и тяжести инвалидности вследствие болезней класса психических расстройств и расстройств поведения РФ за 2005 – 2018гг, оценка нуждаемости инвалидов вследствие психических расстройств и расстройств поведения в условиях психоневрологического интерната РФ за 2005-2018гг.	Формы государственного статистического наблюдения № 7-собес, утвержденные Росстатом России, статистический сборник ФГБУ ФБМСЭ Минтруда России за 2005-2018 гг. Данные Минтруда России по численности проживающих взрослых в психоневрологических интернатах РФ за 2005-2018гг.	Учетный случай инвалидности вследствие болезней класса психических расстройств и расстройств поведения РФ за 2005 – 2018гг. Всего: 508168 (ВПИ) и 2827495 (ППИ) лиц из числа взрослого населения, учетный случай госпитализации в ПНИ в РФ за 2005-2018гг. Всего 1986000 лиц из числа взрослого населения.	документальный, выкопировка данных, статистический, графический.
3	Изучение социально-демографического статуса и спектра профессиональных компетенций среднего медицинского персонала, участвующего в комплексной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната.	Специально разработанный автором анкетный лист медицинской сестры, Годовой отчет ПНИ №30 по Форме ФСН № 3-собес «Сведения о стационарных учреждениях социального обслуживания для граждан пожилого возраста и инвалидов за 2014-2018гг.	Всего 143 медицинских сестры ГБУ ПНИ № 30	социологический, статистический, аналитический

№ п/п	Этап исследования	Источники информации	Объем исследования, единица наблюдения	Методы исследования
4	Оценка профессионально-трудовой деятельности среднего медицинского персонала, участвующих в комплексной реабилитации инвалидов, по балльной шкале (включая мнение специалистов других направлений и инвалидов интерната).	<p>Специально разработанный автором анкетный лист специалиста и инвалида</p> <p>Годовой отчет ПНИ №30 по Форме ФСН № 3-собес «Сведения о стационарных учреждениях социального обслуживания для граждан пожилого возраста и инвалидов за 2014-2018гг.</p> <p>Годовой отчет ПНИ №30 по Форме ФСН № 5-собес «Сведения о социальном обслуживании граждан пожилого возраста инвалидов и лиц без определенного места жительства за 2014-2018гг.</p> <p>Годовой отчет ПНИ №30 по Форме регионального статистического наблюдения №1-РИ (реабилитация инвалидов) «Сведения об оказании инвалидам реабилитационных услуг (мероприятий) и обеспечении техническими средствами реабилитации» за 2014-2018гг.</p>	Всего 42 специалиста и 300 инвалидов ГБУ ПНИ № 30	социологический, статистический, аналитический, экспертных оценок
5	Разработка мероприятий по совершенствованию профессиональных компетенций среднего медицинского персонала в реализации комплексной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната и проведена оценка их эффективности.	результаты диссертационного исследования	Всего 143 медицинских сестры ГБУ ПНИ № 30	статистический, аналитический, экспертных оценок, метод научного прогнозирования



## ГЛАВА 3. УРОВЕНЬ И ТЯЖЕСТЬ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ КЛАССА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ

### 3.1. Основные тенденции первичной и повторной инвалидности вследствие болезней класса психических расстройств и расстройств поведения в Российской Федерации в динамике за 2005-2018 гг.

Инвалидность вследствие болезней класса психических расстройств и расстройств поведения занимает ведущие ранговые места среди других классов болезней. В структуре первичной инвалидности 4-е ранговое место занимают инвалиды вследствие психических расстройств и расстройств поведения (после злокачественных новообразований, болезней системы кровообращения и болезней костно-мышечной системы). За 2005-2018 гг. впервые признаны инвалидами почти 508 тыс. человек, в среднем в год 36 тыс. инвалидов.

Динамика первичной инвалидности вследствие болезней класса психических расстройств и расстройств поведения характеризуется уменьшением общего числа инвалидов (рис.1). В 2005 году их количество составило 55 тыс. чел. и постепенно снизилось до 31 тыс. чел. в 2018 году.

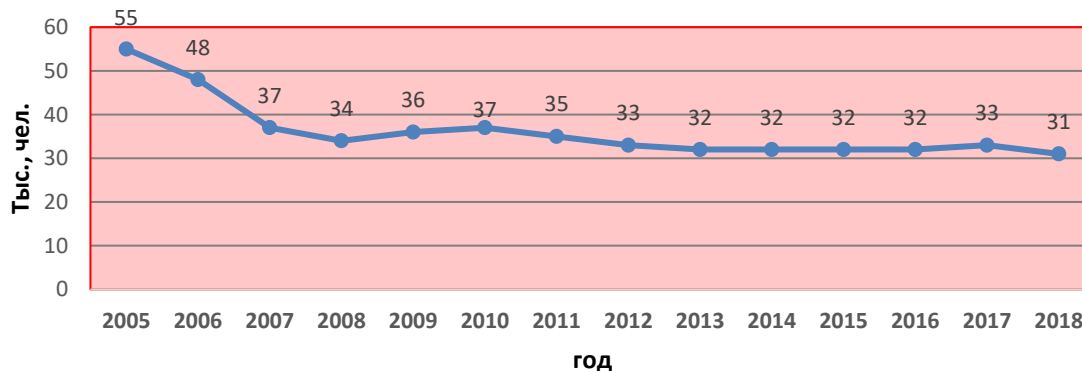


Рисунок 1 – Распределение численности инвалидов в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами по причине психических расстройств и расстройств поведения в Российской Федерации за 2005-2018гг. (абс., тыс.)

Уровень первичной инвалидности вследствие данного класса болезней в целом снижался. В 2017г. имел место незначительный рост распространенности психических расстройств и расстройств поведения в Российской Федерации (рис.2).

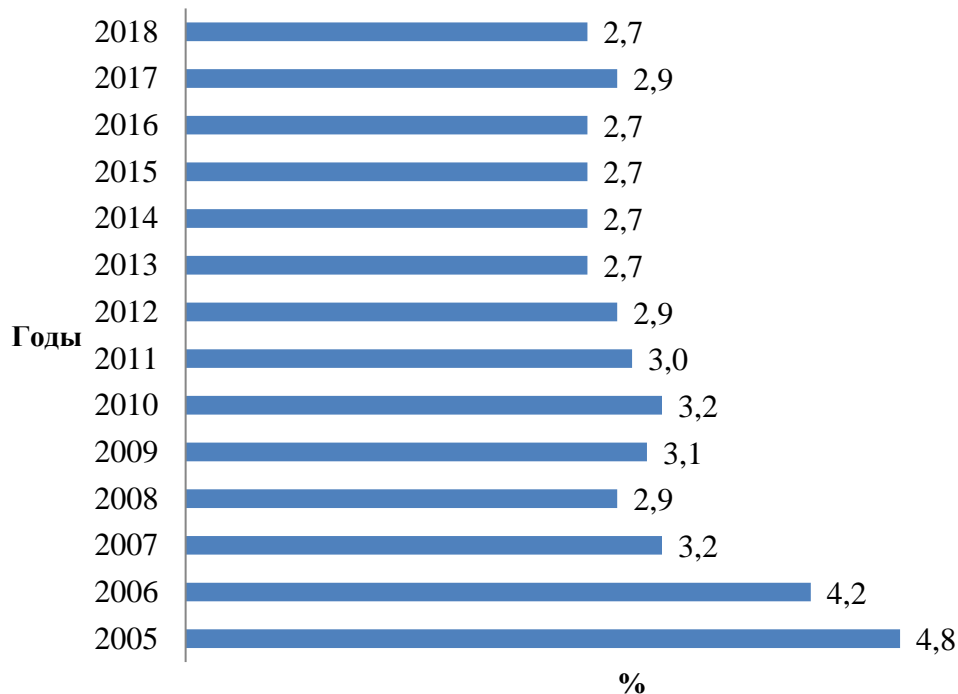


Рисунок 2 – Уровень первичной инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения в Российской Федерации в динамике за 2005-2018гг. (на 10 тыс. взрослого населения)

В структуре первичной инвалидности по возрасту преобладали ВПИ молодого (44,8%) и пожилого (38,6%) возраста, тогда как ВПИ среднего возраста было меньше (20,9%) (табл. 4, рис. 3).

Таблица 4 – Динамика показателя первичной инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения в Российской Федерации с учетом возраста (абс. число, %, уровень на 10 тыс. соответствующего населения 18 лет и старше)

Годы	Пожилой возраст (55 лет и старше для жен. и 60 лет и старше для муж.)			Средний возраст (45-54 лет жен., 45-59 лет муж.)			Молодой возраст (18-44 лет)			Всего инвалидов		
	абс. число	%	уровень	абс. число	%	уровень	абс. число	%	уровень	абс. число	%	уровень
2005	19461	35,4	6,7	8812	16,0	4,4	26745	48,6	4,1	55018	100,0	4,8
2006	16333	33,8	5,6	9794	20,3	4,7	22202	45,9	3,4	48329	100,0	4,2
2007	12077	32,6	4,1	8138	22,0	3,9	16852	45,5	2,6	37067	100,0	3,2
2008	11402	33,4	3,8	7647	22,4	3,6	15123	44,3	2,3	34172	100,0	3,0
2009	11791	32,7	3,9	8078	22,4	3,7	16146	44,8	2,5	36015	100,0	3,1
2010	11567	31,7	3,8	8131	22,3	3,0	16787	46,0	2,9	36485	100,0	3,1
2011	11594	32,9	3,8	7789	22,1	2,9	15897	45,1	2,7	35280	100,0	3,0
2012	11626	34,7	3,6	7068	21,1	2,7	14773	44,1	2,5	33467	100,0	2,9
2013	11609	36,5	3,5	6385	20,1	2,5	13846	43,5	2,4	31840	100,0	2,7
2014	11600	36,6	3,4	6046	19,1	2,4	14090	44,4	2,5	31736	100,0	2,7
2015	12077	37,9	3,4	5734	18,0	2,3	14032	44,1	2,4	31843	100,0	2,7
2016	12036	37,5	3,3	5697	17,8	2,3	14351	44,7	2,5	32084	100,0	2,7
2017	13142	39,3	3,6	5565	16,7	2,3	14705	44,0	2,6	33412	100,0	2,9
2018	12826	40,8	3,4	5156	16,4	2,2	13438	42,8	2,4	31420	100,0	2,7
Всего	179141	38,6	-	100040	20,9	-	228987	44,8	-	508168	100,0	-
В среднем за год	12796	38,6	4,0	7146	20,9	3,1	16356	44,8	2,7	36298	100,0	3,1

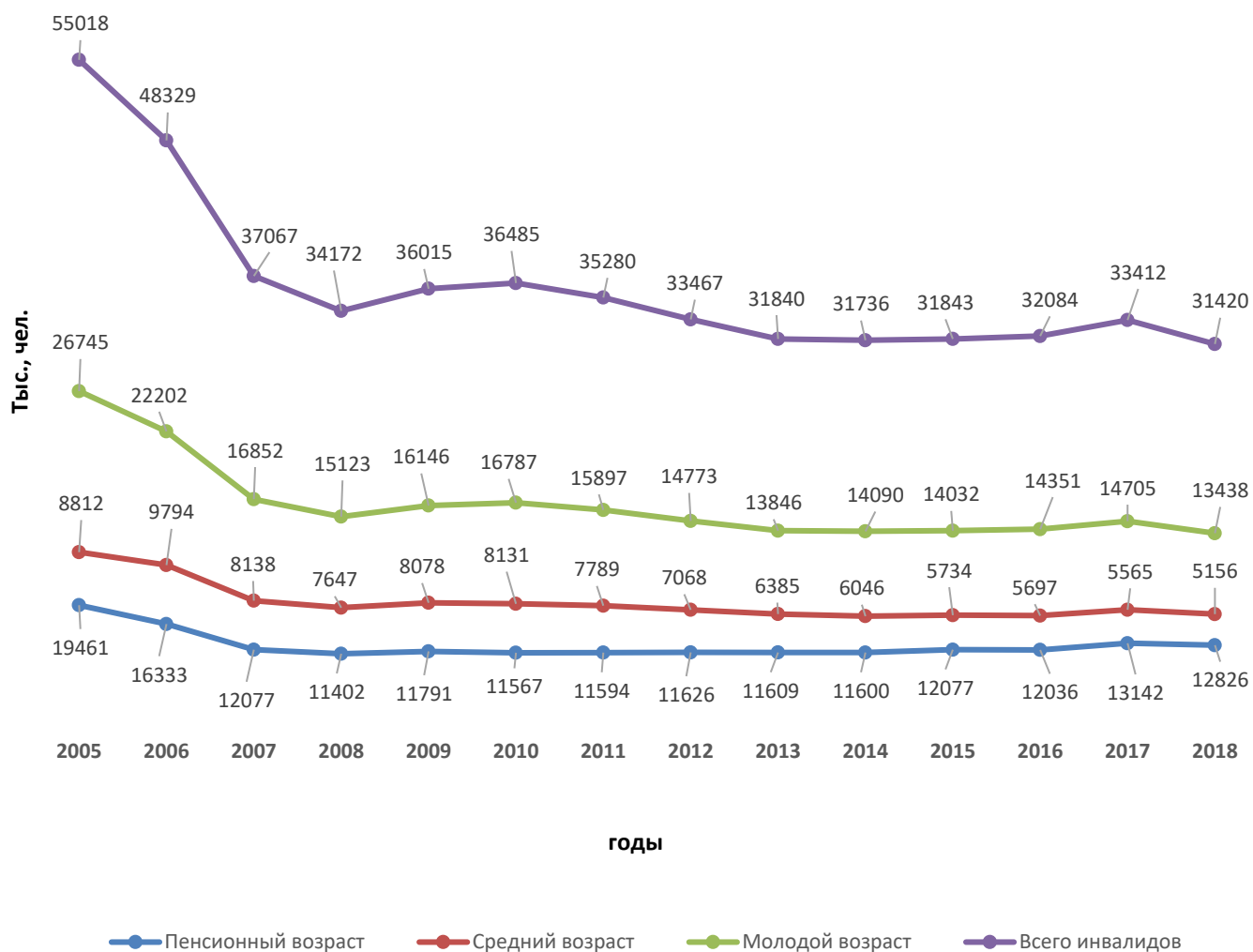


Рисунок 3 – Контингент ВПИ вследствие психических расстройств и расстройств поведения в Российской Федерации с учетом возраста за 2005-2018гг. (абс. число, тыс.)

Уровень первичной инвалидности лиц пожилого возраста в течение последних лет колебался в пределах 3,6 - 3,4 на 10 тыс. соответствующего взрослого населения, превосходя показатель распространенности первичной инвалидности вследствие данной социально значимой патологии в контингентах молодого населения (2,6 - 2,4) и населения среднего возраста (2,3 - 2,2 на 10 тыс. соответствующего взрослого населения) (табл.4).

Результаты анализа эпидемиологической картины первичной инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения в субъектах Российской Федерации в 2018 г. представлены на рисунке 4.

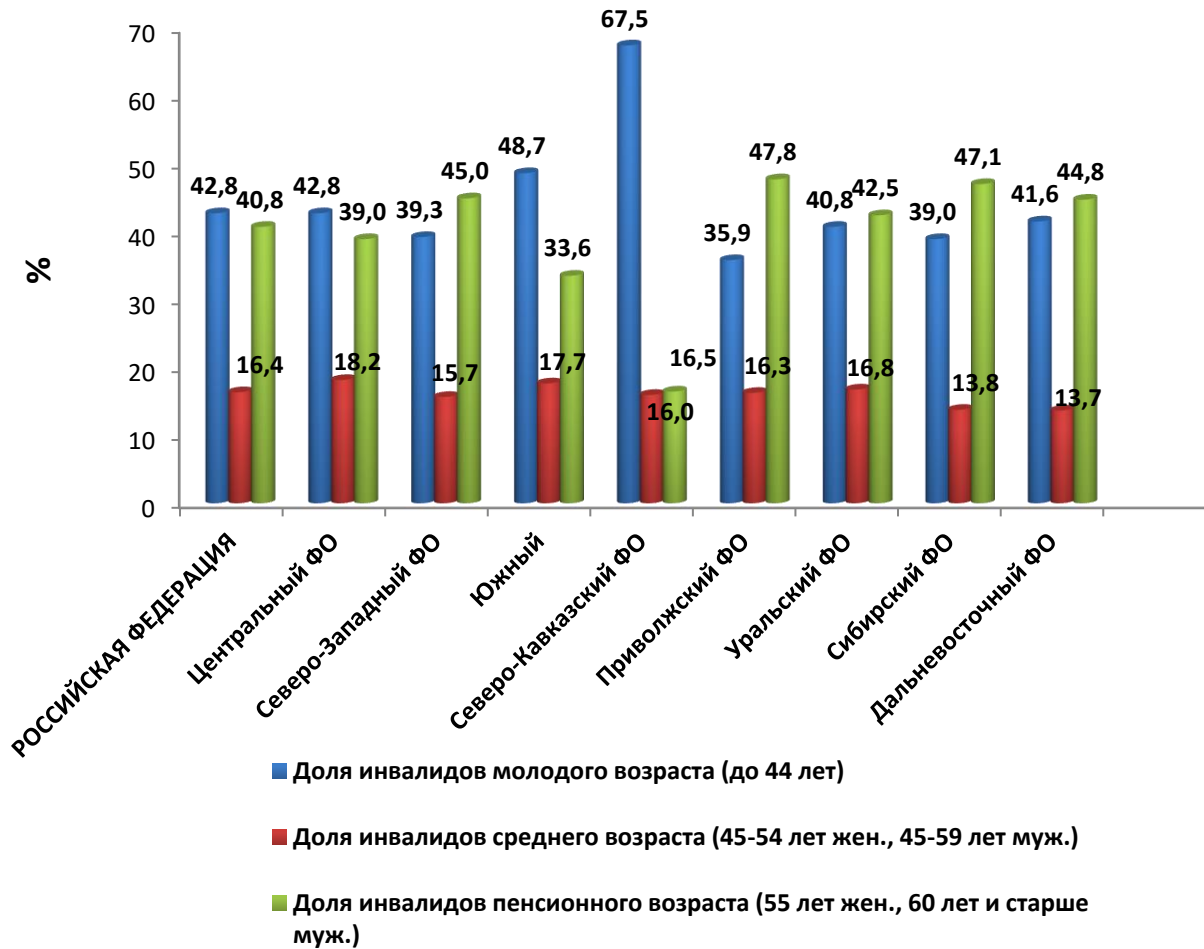


Рисунок 4 – Структура ВПИ вследствие психических расстройств и расстройств поведения с учетом возраста в субъектах Российской Федерации в 2018 г. (%)

В Южном (48,7%) и в значительной степени в Северо-Кавказском (67,5%) федеральных округах удельный вес молодых ВПИ вследствие данной патологии в структуре первичной инвалидности выше среднероссийского показателя (42,8%).

В структуре первичной инвалидности вследствие психических заболеваний в 2018г. по группам инвалидности преобладали инвалиды II группы, на долю которых приходилось 41,2%. Удельный вес ВПИ I группы составлял 32,7%, а удельный вес ВПИ III группы меньше, составлял 26,1% (рис.5).

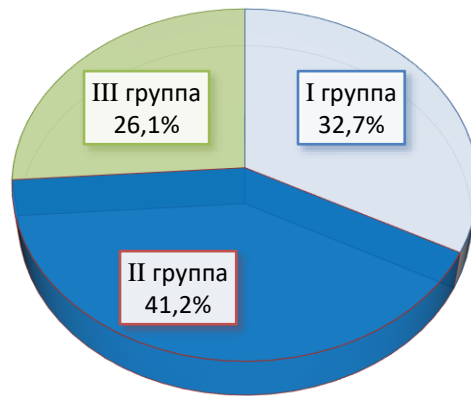


Рисунок 5 – Структура ВПИ вследствие психических расстройств и расстройств поведения по тяжести инвалидности в 2018 г. в Российской Федерации (%)

В контингенте пожилых ВПИ вследствие психических расстройств и расстройств поведения за период 2010-2018гг. преобладали ВПИ I группы (74,3%), в динамике 72,8% в 2010 г. и 73,7% в 2018 г. (рис. 6). ВПИ II группы за тот же период составляли 22,3%, наметилась тенденция снижения доли ВПИ II группы (24,4% - 22,6%). Количество ВПИ пожилого возраста с III группой составило всего 3,4%, рост доли ВПИ III группы увеличивается с 2010г. по 2018г. (2,8% - 3,7%).

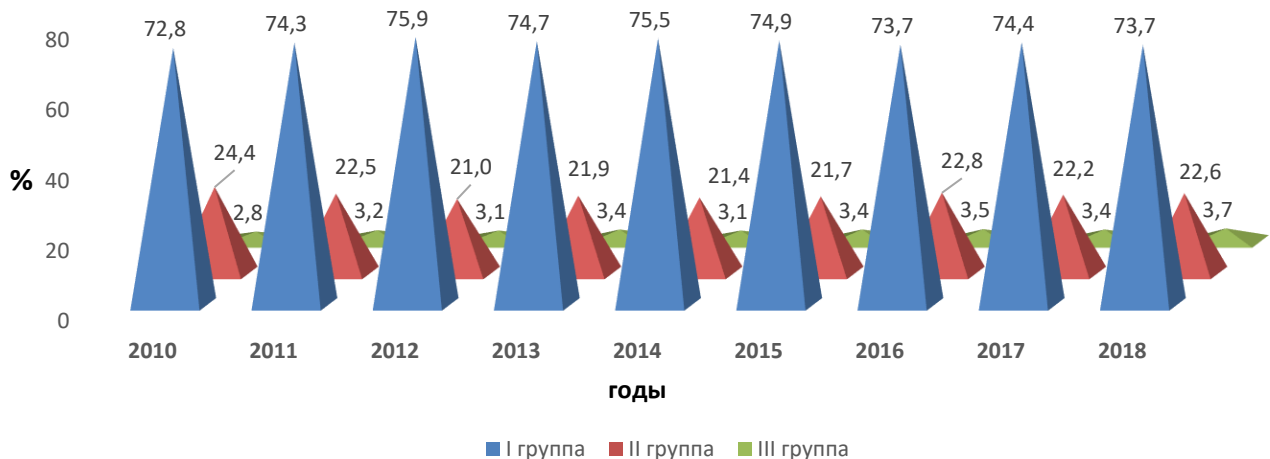


Рисунок 6 – Структура ВПИ пожилого возраста вследствие психических расстройств и расстройств поведения по группам инвалидности в Российской Федерации за период 2010-2018гг.(%)

В Российской Федерации имеет место региональная дифференциация субъектов по структуре тяжести инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения (рис.7). В Приволжском (40,0%), Уральском (36,4%), Сибирском (37,6%), Дальневосточном (36,9%) федеральных округах доля ВПИ I группы в структуре первичной инвалидности была выше среднероссийского показателя (32,7%). Центральный (44,7%) и Северо-Кавказский (57,9%) федеральные округа лидировали по удельному весу ВПИ II группы в структуре первичной инвалидности вследствие данной патологии.

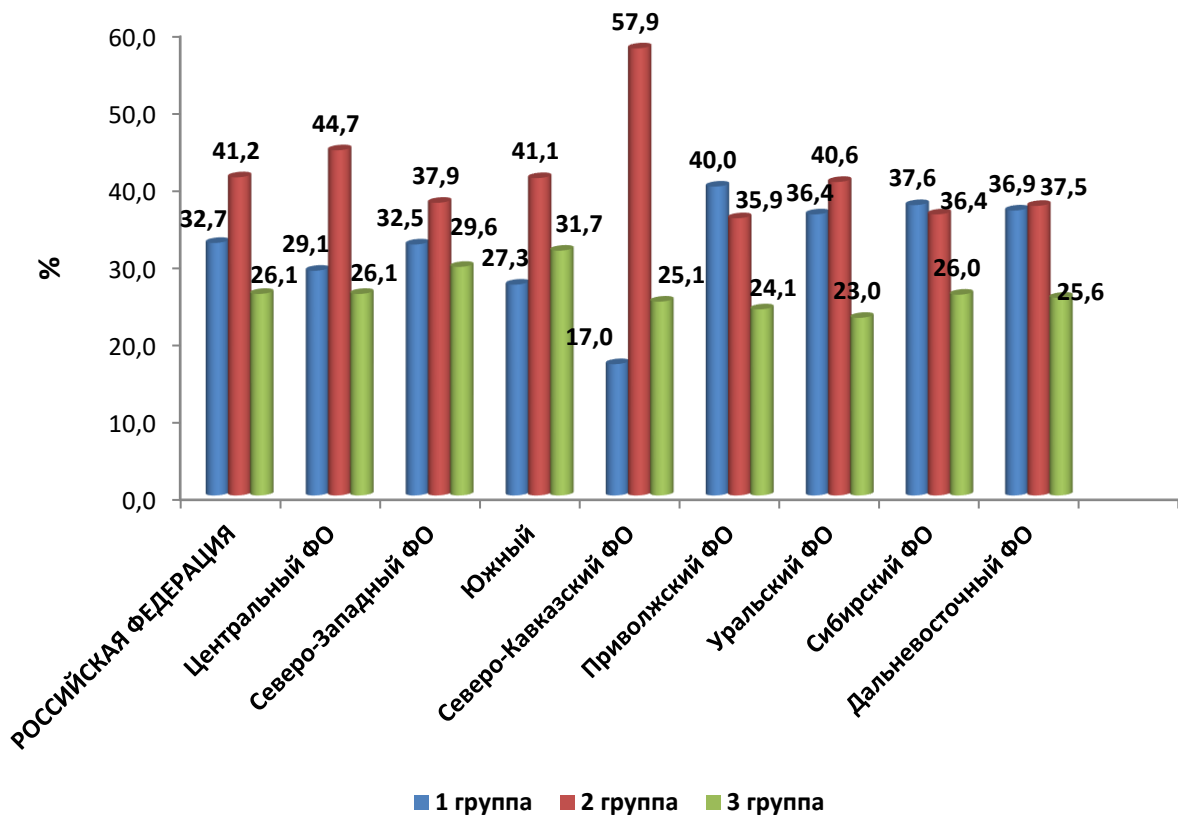


Рисунок 7 – Региональная дифференциация субъектов Российской Федерации по структуре тяжести первичной инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения в 2018 г. (%)

В структуре повторной инвалидности по всем классам болезней 3-е ранговое место с 2017 г. занимают инвалиды вследствие психических

расстройств и расстройств поведения, хотя показатель уровня инвалидности в динамике уменьшался с 26,3 в 2005 г. до 9,2 в 2018 г. на 10 тыс. взрослого населения (табл. 5).

Общее число повторно признанных инвалидами (ППИ) уменьшалось (табл. 5, рис.8). В структуре инвалидности преобладали лица молодого возраста, которые в среднем составляли 69,8 %, инвалидов среднего возраста всего 23,0%, пожилого возраста всего 8,4%. Таким образом, повторная инвалидность вследствие психических расстройств — это инвалидность лиц молодого возраста.

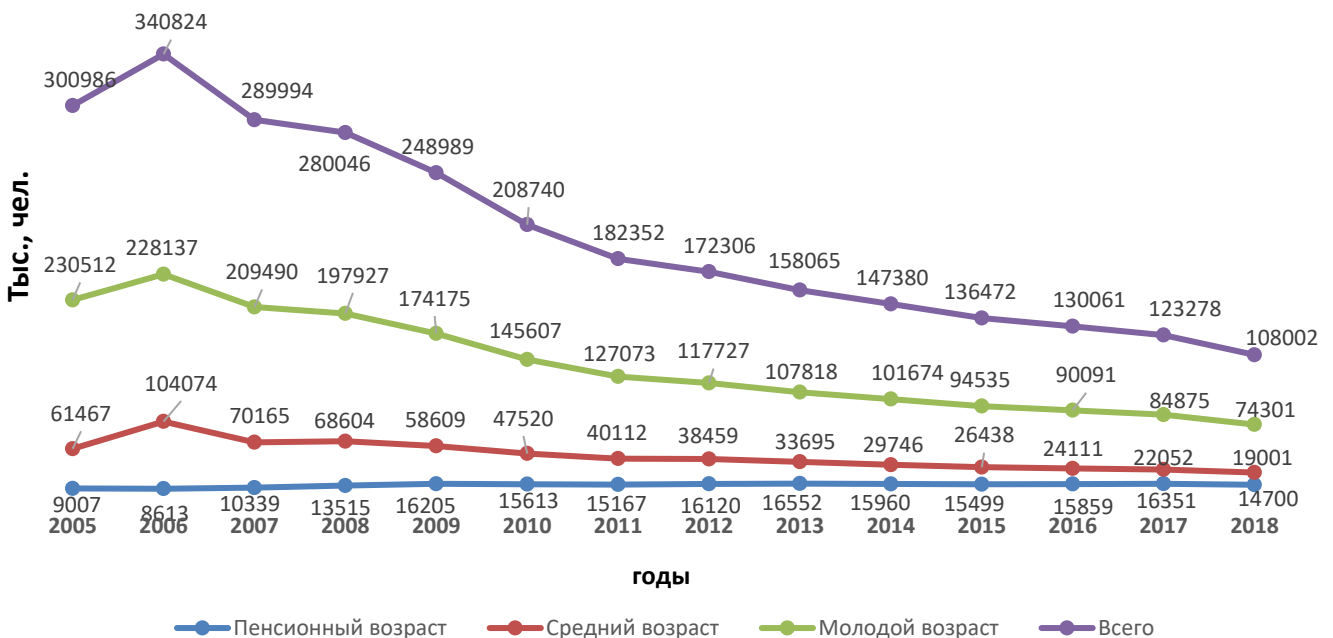


Рисунок 8 – Контингент ППИ вследствие психических расстройств и расстройств поведения в Российской Федерации с учетом возраста за 2005-2018гг (абс. число, тыс.)



Таблица 5– Динамика показателя повторной инвалидности вследствие психических расстройств в РФ с учетом возраста (абс. число, %, уровень на 10 тыс. соответствующего населения 18 лет и старше)

Годы	Всего инвалидов			Молодой возраст (18-44 лет)			Средний возраст (45-54 лет жен., 45-59 лет муж.)			Пенсионный возраст (55 лет и старше для жен. и 60 лет и старше для муж.)		
	абс. число	%	уровень	абс. число	%	уровень	абс. число	%	уровень	абс. число	%	уровень
2005	300986	100,0	26,3	230512	76,6	35,4	61467	20,4	30,5	9007	3,0	3,1
2006	340824	100,0	29,7	228137	66,9	35,1	104074	30,5	50,1	8613	2,5	3,0
2007	289994	100,0	25,2	209490	72,2	32,4	70165	24,2	33,2	10339	3,6	3,5
2008	280046	100,0	24,2	197927	70,7	30,7	68604	24,5	32,1	13515	4,8	4,5
2009	248989	100,0	21,5	174175	70,0	27,1	58609	23,5	27,2	16205	6,5	5,4
2010	208740	100,0	18,0	145607	69,8	24,9	47520	22,8	17,8	15613	7,5	5,1
2011	182352	100,0	15,7	127073	69,7	21,7	40112	22,0	15,0	15167	8,3	4,9
2012	172306	100,0	14,8	117727	68,3	20,3	38459	22,3	14,8	16120	9,4	5,0
2013	158065	100,0	13,6	107818	68,2	18,6	33695	21,3	13,2	16552	10,5	5,0
2014	147380	100,0	12,7	101674	69,0	17,7	29746	20,2	11,9	15960	10,8	4,7
2015	136472	100,0	11,6	94535	69,3	16,3	26438	19,4	10,6	15499	11,4	4,4
2016	130061	100,0	11,1	90091	69,3	15,8	24111	18,5	9,9	15859	12,2	4,4
2017	123278	100,0	10,5	84875	68,8	15,0	22052	17,9	9,2	16351	13,3	4,5
2018	108002	100,0	9,2	74301	68,8	13,3	19001	17,6	8,0	14700	13,6	3,9
Всего	2827495	100,0	-	1983942	69,8	-	644053	23,0	-	199500	8,4	-
В среднем за год	201964	100,0	17,4	152064	69,8	23,2	46004	23,0	20,3	14250	8,4	4,4

Динамика структуры повторной инвалидности вследствие психических расстройств у лиц пожилого возраста за период 2010-2018гг. характеризовалась преобладанием ППИ I группы (53,0% в среднем) с динамикой роста (49,4% – 55,6%) (рис.9). ППИ II группы за тот же период составило в среднем 39,4%, отмечалась тенденция снижения доли ППИ II группы (43,0% – 36,8%), при колебании доли ППИ III группы в пределах 7,6% - 7,3% – 8,1 – 7,6%, в среднем за период 2010 – 2018гг – 7,7%.

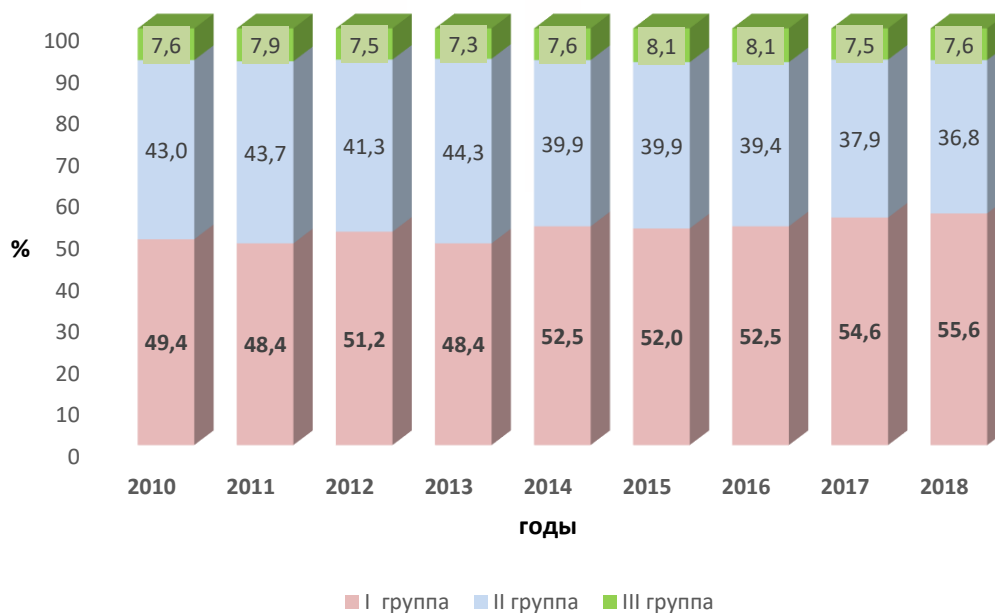


Рисунок 9 – Структура ППИ пожилого возраста вследствие психических расстройств и расстройств поведения по группам инвалидности в Российской Федерации за период 2010-2018гг(%)

Уровень повторной инвалидности за период 2005-2018гг. среди лиц молодого возраста уменьшался с 35,4 до 13,3 на 10 тыс. соответствующего населения. Среди лиц среднего возраста также регистрировалось уменьшение с 30,5 в 2005 г. до 8,0 в 2018 г. на 10 тыс. соответствующего населения. У лиц пожилого возраста уровень повторной инвалидности увеличился с 3,1 в 2005 г. до 5,0 в 2013 г., затем наблюдалось незначительное снижение до 4,7 в 2014 г., до 3,9 на 10 тыс. соответствующего населения в 2018г.

### **3.2. Анализ деятельности стационарных учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов в Российской Федерации за 2005-2018 гг.**

Стационарное медико-социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов осуществляется в стационарных учреждениях (отделениях учреждений) социального обслуживания, профилированных в соответствии с возрастом, состоянием здоровья и социальным положением граждан.

Стационарное медико-социальное обслуживание направлено на оказание разносторонней помощи путем предоставления комплекса медико-социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и по состоянию здоровья нуждающимся в постоянном уходе и наблюдении.

К стационарным учреждениям социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов относятся: дома-интернаты (пансионаты) общего типа; психоневрологические интернаты; дома-интернаты интенсивного ухода (милосердия); геронтологические центры; социально-оздоровительные центры и др.

В Российской Федерации к концу 2018 года работало 1280 стационарных учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов на 263 тысячи мест. Средняя мощность стационарного учреждения социального обслуживания пожилых инвалидов составила 195 мест. Социальные услуги в них получили 281 тысяча человек.

Среди проживающих в них граждан пожилого возраста и инвалидов в стационарных учреждениях социального обслуживания мужчины составили 53,1%, женщины – 46,9%.

Как видно из таблицы 6, за 2005-2018 гг. число стационарных учреждений социального обслуживания в РФ сократилось на 28 или на 8,0% (с 1390 до 1280). Число стационарных учреждений социального обслуживания составило

1390 в 2005г, в последующие годы повышалось до 1507 учреждений в 2006г. (8,4%), до 1542 учреждений в 2007г. (2,6%). В 2008г. идет небольшое снижение до 1530 учреждений (-0,9%). В последующие годы постоянное снижение до 1512 учреждений в 2009г. (-1,3%), до 1475-1411 учреждений в 2010-2013гг., до 1354-1307 учреждений в 2014-2017гг., до 1280 учреждений в 2018г. (-2,0%). Показатель наглядности в 2018 г. по отношению к 2005 г, принятому за 100% равен 92,0%.

Наблюдается постепенное увеличение числа мест стационарных учреждений социального обслуживания в период 2005-2018гг. с 242 тыс. до 263 тыс. Показатель наглядности в 2018 г. по отношению к 2005 г, принятому за 100% равен 108,7%.

Количество проживающих в них инвалидов увеличилось на 46 тыс. человек или на 19,6% (с 235 тыс. до 281 тыс.). В 2005г. число проживающих взрослых инвалидов составило 235 тыс. чел., в последующие годы постоянно повышалось до 283 тыс. чел. в 2017г. (12,7%). В 2018г. небольшое снижение до 281 тыс. чел. (-0,8%). Показатель наглядности в 2018 г. по отношению к 2005 г, принятому за 100% равен 119,6%.

Средняя мощность стационарных учреждений социального обслуживания увеличилась с 183 до 195 мест. Показатель наглядности в 2018 г. по отношению к 2005 г, принятому за 100% равен 106,6%.

При ежегодном росте численности населения пожилого возраста, стационарные учреждения социального обслуживания Российской Федерации полностью не обеспечивают всех нуждающихся в них граждан.

В 2005г. в РФ состояли на очереди для помещения в стационарные учреждения социального обслуживания 21,1 тыс. чел., затем идет заметное снижение количества инвалидов, состоящих на очереди до 18,3 тыс. чел. в 2009г. (-17,6%), до 16,5 тыс. чел. в 2013г. (-7,6%), до 16,6-10,8 тыс. пожилых и инвалидов в 2014-2017гг, до 1,6 тыс. чел. в 2018г. (-43,9%). Показатель

наглядности в 2018 г. по отношению к 2005 г. составляет 7,6%. В то же время отмечается рост доли пожилых и инвалидов, состоящих на очереди для помещения в стационарные учреждения социального обслуживания более одного года с 36,5% в 2005 году до 45,0% в 2015 году (табл.6). Показатель наглядности в 2015 г. по отношению к 2005 г. составляет 106,6%.

Таблица 6 – Основные показатели деятельности стационарных учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов в Российской Федерации за 2005-2018 годы

Годы	Число стационарных учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов (взрослых)			Число мест в стационарных учреждениях социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов (тыс.)			Средняя мощность стационарного учреждения социального обслуживания (число мест)			Численность проживающих взрослых в стационарных учреждениях социального обслуживания (тыс. чел.)			Состоит на очереди для помещения в стационарные учреждения социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов (тыс.)			из них: на очереди более года (тыс.)			в % от состоящих на очереди для помещения в стационарные учреждения социального обслуживания		
	И.П.	П.Н.	Темп прироста %	И.П.	П.Н.	Темп прироста %	И.П.	П.Н.	Темп прироста %	И.П.	П.Н.	Темп прироста %	И.П.	П.Н.	Темп прироста %	И.П.	П.Н.	Темп прироста %	И.П.	П.Н.	Темп прироста %
2005	1390	100,0	-	242	100,0	-	183	100,0	-	235	100,0	-	21,1	100,0	-	7,7	100,0	-	36,5	100,0	-
2006	1507	108,4	8,4	248	102,5	2,5	174	95,0	-5,0	239	101,7	1,7	20,9	99,1	-0,9	8,4	109,1	9,1	40,2	110,1	10,1
2007	1542	111,0	2,6	248	102,5	0	165	90,2	-4,8	241	102,6	0,9	23,2	110,0	10,9	10,5	136,4	27,3	45,3	124,1	14,0
2008	1530	110,1	-0,9	251	103,7	1,2	161	88,0	-2,2	245	104,3	1,7	22,0	104,3	-5,7	9,2	119,5	-16,9	41,8	114,5	-9,6
2009	1512	108,8	-1,3	250	103,3	-0,4	164	89,6	1,6	244	103,9	-0,4	18,3	86,7	-17,6	8,1	105,2	-14,3	44,3	121,4	6,9
2010	1475	106,1	-2,7	249	102,9	-0,4	165	90,2	0,6	245	104,3	0,4	20,8	98,6	11,9	8,8	114,3	9,1	42,3	115,9	-5,5
2011	1417	101,9	-4,2	249	102,9	0	169	92,3	2,1	245	104,3	0	19,2	91,0	-7,6	9,1	118,2	3,9	47,4	129,9	14,0
2012	1406	101,2	-0,7	251	103,7	0,8	176	96,2	3,9	247	105,1	0,8	18,1	85,8	-5,2	8,8	114,3	-3,9	48,6	133,2	3,3
2013	1411	101,5	0,3	251	103,7	0	178	97,3	1,1	247	105,1	0	16,5	78,2	-7,6	7,4	96,1	-18,2	44,8	122,7	-10,5
2014	1354	97,4	-4,1	252	104,1	0,4	178	97,3	0	248	105,5	0,4	16,6	78,3	0,1	8,0	103,9	7,8	48,2	132,1	9,4
2015	1293	93,0	-4,4	254	105,0	0,9	186	101,6	4,3	246	104,7	-0,8	16,0	75,5	-2,8	7,2	93,5	-10,4	45,0	123,4	-8,7
2016	1277	91,8	-1,2	257	106,2	1,2	196	107,1	5,5	253	107,7	3,0	11,7	55,4	-20,1	*	-	-	*	-	-
2017	1307	94,0	2,2	263	108,7	2,5	195	106,6	-0,5	283	120,4	12,7	10,8	51,0	-4,4	*	-	-	*	-	-
2018	1280	92,0	-2,0	263	108,7	0	195	106,6	0	281	119,6	-0,8	1,6	7,6	-43,9	*	-	-	*	-	-

\* Данные отсутствуют

В таблице 7 представлены показатели работы психоневрологических интернатов для граждан пожилого возраста и инвалидов в Российской Федерации за 2005-2018 годы.

Таблица 7 – Показатели деятельности психоневрологических интернатов для граждан пожилого возраста и инвалидов в Российской Федерации за 2005-2018 годы

годы	Число психоневрологических интернатов			Численность проживающих взрослых (тыс. чел.)		
	Абс. число	П.Н. к уровню 2005 г., принятому за 100%	Темп прироста, %	Абс. число	П.Н. к уровню 2005 г., принятому за 100%	Темп прироста, %
2005	442	100,0	-	128	100,0	-
2006	446	100,9	0,9	129	100,7	0,7
2007	455	102,9	2,0	129	100,7	0
2008	457	103,4	0,5	131	102,3	1,6
2009	474	107,2	3,8	137	107,0	4,7
2010	485	109,7	2,5	136	106,3	-0,7
2011	502	113,6	3,9	140	109,4	3,1
2012	488	110,4	-3,2	141	110,2	0,8
2013	505	114,3	3,9	145	113,3	3,1
2014	531	120,1	5,8	147	114,8	1,5
2015	540	122,2	2,1	150	117,2	2,4
2016	514	116,3	-5,9	152	118,8	1,6
2017	525	118,8	2,5	160	125,0	6,2
2018	528	119,5	0,7	161,2	125,9	0,9

Количество ПНИ в 2005 году составило 442 учреждения, в последующие годы постоянно увеличивалось до 525-528 учреждений в 2017-2018 гг. Показатель наглядности в 2018 г. по отношению к 2005 г. составляет 119,5%.

К концу 2018 года в стране работало 528 психоневрологических интерната, где проживало 161,2 тыс. человек. Количество проживающих инвалидов в 2005 году составило 128 тыс. чел. За 14 лет число проживающих инвалидов постепенно увеличивается до 129 тыс. чел. в 2006-2007гг., до 161,2 тыс. чел. в 2018г. (0,9%). Показатель наглядности в 2018 г. по отношению к 2005г. составляет 125,9%.

За период 2005-2018 гг. количество домов-интернатов (пансионатов)

общего типа сократилось на 8 или на 1,1% (с 708 до 700 учреждений). С 2005г. по 2008г. наблюдается значительное увеличение с 708 до 1004 учреждений. В 2007г. по отношению к 2005г. темп прироста составил 17,5%. В 2009г. происходит постепенное снижение пансионатов до 984 учреждений (-2,8%), до 904 учреждений в 2011г. (-8,6%), до 840 учреждений в 2013 г. (-3,6%), до 756-761 учреждений в 2015-2016гг., до 700 пансионатов в 2017г. (-8,6%). В 2018г. темп роста или убыли не отмечается. Показатель наглядности в 2018 г. по отношению к 2005г. составляет 98,9%.

Число проживающих в них человек также нарастало в 2005 по 2008гг. с 88 тыс. чел. до 96 тыс. чел. Затем происходит снижение численности проживающих в интернатах общего типа и к концу 2008г. их число стало равно численности проживающих 2005г. (88 тыс. чел.). Показатель наглядности в 2018 г. по отношению к 2005г. составляет 100,0%. (табл. 8).

Таблица 8 – Показатели деятельности домов-интернатов общего типа (пансионатов) для граждан пожилого возраста и инвалидов в Российской Федерации за 2005-2018 годы

годы	Число домов-интернатов общего типа (пансионатов)			Численность проживающих взрослых (тыс. чел.)		
	Абс. число	П.Н. к уровню 2005 г., принятому за 100%	Темп прироста, %	Абс. число	П.Н. к уровню 2005 г., принятому за 100%	Темп прироста, %
2005	708	100,0	-	88	100,0	-
2006	804	113,6	13,6	91	103,4	3,4
2007	928	131,1	17,5	95	108,0	4,6
2008	1004	141,8	10,7	96	109,0	1,0
2009	984	139,0	-2,8	95	108,0	-1,0
2010	965	136,3	-2,7	69	78,4	-29,6
2011	904	127,7	-8,6	93	105,7	27,3
2012	865	122,2	-5,5	92	104,5	-1,2
2013	840	118,6	-3,6	91	103,4	-1,1
2014	819	115,7	-2,9	90	102,3	-1,1
2015	756	106,8	-8,9	88	100,0	-2,3
2016	761	107,5	0,7	89	101,1	1,1
2017	700	98,9	-8,6	88	100,0	-1,1
2018	700	98,9	0	88	100,0	0



За период 2005-2018гг. число домов милосердия уменьшилось на 57,3% (с 103 до 44). Резкое сокращение наблюдается в 2008г. по сравнению с 2005г. с 103 до 29 учреждений. В 2010г. происходит постепенное снижение домов-интернатов милосердия до 23 учреждений (-5,9%), до 21 учреждения в 2015г. (-1,0%), а в период 2016-2018гг. количество интернатов интенсивного ухода увеличилось с 38 до 44 учреждений. Показатель наглядности в 2018 г. по отношению к 2005г. составляет 42,7%.

Происходит резкое снижение числа проживающих в них человек в 2008г. по сравнению с 2005г. с 3,3 тыс. чел. до 2,1 тыс. чел. В 2009г. по 2016г. наблюдается постепенное снижение численности проживающих с 2,1 тыс. чел. до 1,9 тыс. чел. В 2017-2018гг. наблюдается увеличение численности проживающих инвалидов до 2,1 тыс. чел. (6,0%). Показатель наглядности в 2018 г. по отношению к 2005г. составляет 63,6% (табл. 9).

Таблица 9 – Показатели деятельности домов-интернатов интенсивного ухода (милосердия) для граждан пожилого возраста и инвалидов в Российской Федерации за 2005-2018 годы

годы	Число домов-интернатов интенсивного ухода (милосердия)			Численность проживающих взрослых (тыс. чел.)		
	Абс. число	П.Н. к уровню 2005 г., принятому за 100%	Темп прироста, %	Абс. число	П.Н. к уровню 2005 г., принятому за 100%	Темп прироста, %
2005	103	100,0	-	3,3	100,0	-
2006	78	75,7	-24,3	3,1	93,9	-6,1
2007	79	76,7	1,0	3,0	90,9	-3,0
2008	29	28,2	-48,5	2,1	63,6	-27,3
2009	29	28,2	-48,5	1,8	54,6	-9,0
2010	23	22,3	-5,9	1,7	51,5	-3,1
2011	28	27,2	4,9	1,9	57,6	6,1
2012	23	22,3	-4,9	1,7	51,5	-6,1
2013	22	21,4	-0,9	1,5	45,4	-6,1
2014	22	21,4	0	1,5	45,4	0
2015	21	20,4	-1,0	1,5	45,4	0
2016	38	36,9	16,5	1,9	57,6	6,1
2017	44	42,7	5,8	2,1	63,6	6,0
2018	44	42,7	0	2,1	63,6	0

За период 2005-2018гг. число геронтологических центров постепенно увеличилось на 11,1% (с 27 до 30). Показатель наглядности в 2018 г. по отношению к 2005г., принятому за 100% равен 11,1%. Число проживающих в них человек за тот же период увеличилось на 8,2% (с 7,3 тыс. до 7,9 тыс.). Показатель наглядности в 2018 г. по отношению к 2005г. составляет 108,2%.(табл. 10).

Таблица 10 – Показатели деятельности геронтологических центров для граждан пожилого возраста и инвалидов в Российской Федерации за 2005-2018 годы

годы	Число геронтологических центров			Численность проживающих взрослых (тыс. чел.)		
	Абс. число	П.Н. к уровню 2005 г., принятому за 100%	Темп прироста %	Абс. число	П.Н. к уровню 2005 г., принятому за 100%	Темп прироста %
2005	27	100,0	-	7,3	100,0	-
2006	28	103,7	3,7	7,6	104,1	4,1
2007	32	118,5	14,8	7,8	106,8	2,7
2008	34	125,9	7,4	8,8	120,5	13,7
2009	32	118,5	-7,4	8,5	116,4	-4,1
2010	29	107,4	-11,1	7,9	108,2	-8,2
2011	32	118,5	11,1	7,9	108,2	0
2012	31	114,8	-3,7	7,6	104,1	-4,1
2013	30	111,1	-3,7	7,6	104,1	0
2014	30	111,1	0	6,9	94,5	-9,6
2015	28	103,7	-7,4	6,9	94,5	0
2016	27	100,0	-3,7	6,9	94,5	0
2017	28	103,7	3,7	7,2	98,6	4,1
2018	30	111,1	7,4	7,9	108,2	9,6

При сравнительном анализе видно (таблица 7,8, 9, 10), что за период 2005-2018гг. численность проживающих лиц в психоневрологических интернатах значительно выше по сравнению с другими стационарными учреждениями.

Таким образом, определены основные тенденции первичной и повторной инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения в Российской Федерации в динамике за 2005-2018 гг.:

- общее число ВПИ за 2005-2018 гг. составило 508 тыс. человек с тенденцией к снижению;
- удельный вес ВПИ вследствие психических расстройств и расстройств поведения в структуре впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств и расстройств поведения незначительный;
- уровень первичной инвалидности в среднем в год составил 3,1 на 10 тыс. взрослого населения и постоянно снижался – показатель наглядности в 2018 г. по отношению к 2005 г. составил 56,3%;
- в структуре первичной инвалидности по возрасту преобладали ВПИ молодого (44,8%) и пожилого (38,6%) возраста, тогда как ВПИ среднего возраста было меньше (20,9%);
- уровень первичной инвалидности лиц пожилого возраста в течение последних лет колебался в пределах 3,6 - 3,4 на 10 тыс. соответствующего взрослого населения, превосходя показатель распространенности первичной инвалидности вследствие данной социально значимой патологии в контингентах молодого населения (2,6 - 2,4) и населения среднего возраста (2,3 - 2,2 на 10 тыс. соответствующего взрослого населения);
- в структуре первичной инвалидности вследствие психических заболеваний по группам инвалидности преобладали инвалиды второй группы, на долю которых приходилось 46,4%. Удельный вес ВПИ первой группы составлял 30,3%, а удельный вес ВПИ третьей группы меньше, составлял 23,3%;
- общее число повторно признанных инвалидами уменьшалось. В структуре инвалидности преобладали лица молодого возраста, которые в среднем составляли 69,8 %, инвалидов среднего возраста всего 23,0%, пожилого возраста всего 8,4 %. Таким образом, повторная инвалидность вследствие психических расстройств — это инвалидность лиц молодого возраста.
- показатели первичной и повторной инвалидности вследствие основных инвалидизирующих психических заболеваний косвенно отражают

потребности нахождения их в психоневрологических учреждениях;

- потребуется увеличения числа мест в психоневрологических интернатах за счет выявления больных с возрастными психическими заболеваниями в интернатах общего типа и геронтологических центрах с последующим переводом их в ПНИ;
- на потребность в психоневрологических интернатах в определенной мере оказывают влияние такие показатели как численность стационарных учреждений медико-социального обслуживания и число проживающих в них лиц пожилого возраста и инвалидов.

## ГЛАВА 4. ХАРАКТЕРИСТИКА СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, УЧАСТВУЮЩЕГО В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА

### 4.1. Социально-демографический статус и спектр профессиональных компетенций

Средний медицинский персонал, работающий в психоневрологическом интернате № 30, составляет значительную часть специалистов, участвующих в комплексной реабилитации инвалидов. Медицинские сестры имеют различный стаж работы и профессиональный уровень – показатели, от которых зависит качество медико-социальной помощи и оказания реабилитационных услуг инвалидам.

В штате психоневрологического интерната № 30 числится 143 медицинские сестры. Изучение социально-демографического статуса и профессиональных качеств среднего медицинского персонала проводилось методом сплошного анкетирования, в котором участвовали все 143 человека.

Проведено половозрастное исследование медицинских сестер ПНИ №30 (табл. 11).

Таблица 11 – Распределение среднего медицинского персонала ГБУ ПНИ №30 г. Москвы по полу и возрасту (абс. и в % к итогу)

Возраст	Пол		
	Мужской абс(%)	Женский абс(%)	Всего абс(%)
менее 30 лет	4(2,8)	14(9,8)	18(12,6)
31-40 лет	6(4,2)	35(24,5)	41(28,7)
41-50 лет	1(0,7)	51(35,6)	52(36,3)
51-60 лет	0(0)	22(15,4)	22(15,4)
Свыше 60 лет	0(0)	10(7,0)	10(7,0)
Итого	11(7,7)	132(92,3)	143(100,0)

Из таблицы 11 видно, что среди опрошенных большинство составляли женщины – 92,3%. В возрастной структуре опрошенных более 1/3 (36,3%)

преобладали лица от 41 до 50 лет. Несколько меньшая доля медицинских сестер в возрасте от 31 до 40 лет – 28,7%. Медицинские сестры в возрасте до 30 лет составляли 12,6%. Наименьшую группу среди опрошенных (7,0%) составили лица старше 60 лет. В совокупности медицинские сестры трудоспособного возраста (31-50 лет) составляют 65%. Из числа лиц мужского пола были преимущественно лица молодого возраста: до 30 лет – 2,8%, а от 31 до 40 лет – 4,2%.

Проведено изучение длительности медицинского стажа в различных возрастных группах опрошенных (табл.12).

Таблица 12 – Распределение среднего медицинского персонала ГБУ ПНИ №30 с учетом возраста и стажа работы (абс. и в % к итогу)

Возраст	Стаж работы по специальности												P
	До 5 лет		До 10 лет		До 15 лет		До 20 лет		Свыше 20 лет		Всего		
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
До 30 лет	6	4,2	12	8,4	0	0	0	0	0	0	18	12,6	<0,05
31-40 лет	3	2,1	6	4,2	9	6,3	18	12,6	5	3,5	41	28,7	
41-50 лет	2	1,4	4	2,8	5	3,5	4	2,8	37	25,8	52	36,3	
51-60 лет	0	0	0	0	2	1,4	3	2,1	17	11,9	22	15,4	
Свыше 60 лет	0	0	0	0	0	0	0	0	10	7,0	10	7,0	
Всего	11	7,7	22	15,4	16	11,2	25	17,5	69	48,2	143	100,0	

Наибольший удельный вес имели сестры в возрасте от 41 до 50 лет со стажем более 20 лет (25,8%). Второе ранговое место по длительности стажа занимали лица в возрасте от 31 до 40 лет со стажем до 20 лет (12,6%). Среди лиц в возрасте от 51 до 60 лет (11,9%) наибольшую долю 12,6% имели медицинские сестры со стажем свыше 20 лет работы. Небольшую долю – 7,0% со стажем свыше 20 лет составляли опрошенные медсестры старше 60 лет, что возможно связано с фактором особых условий труда с психически больными инвалидами и способствует их убыли в контингенте работающих медсестер. Связь между возрастом медицинских сестер и их стажем работы является статистически значимой ( $r = 0,688$ ;  $p < 0,01$ ).

Для суждения о профессиональных качествах опрошенных медицинских сестер проведено изучение наличия квалификационных категорий и их соотношения с общим медицинским стажем.

Было установлено (табл. 13), что из всего числа опрошенных только 47 человек (32,9%) имели высшую категорию, 15 человек (10,6%) – первую, 1 человек (0,6%) – вторую, а 55,9% не имели никакой квалификационной категории. Отсутствие категории более чем у половины (55,9%) медицинских сестер ставит вопрос об их системном обучении и повышении квалификации для улучшения качества обслуживания пациентов психоневрологического интерната.

Таблица 13 – Соотношение квалификационных категорий среднего медицинского персонала с общим стажем работы (абс., в % к итогу)

Общий медицинский стаж	Квалификационная категория										P
	Высшая		Первая		Вторая		Нет		Всего		
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
До 5 лет	0	0	2	1,5	0	0	9	6,3	11	7,7	<0,05
До 10 лет	3	2,0	8	5,6	1	0,6	10	7,0	22	15,4	
До 15 лет	7	4,9	4	2,9	0	0	5	3,5	16	11,2	
До 20 лет	12	8,4	1	0,6	0	0	12	8,4	25	17,5	
Свыше 20 лет	25	17,6	0	0	0	0	44	30,7	69	48,2	
Всего	47	32,9	15	10,6	1	0,6	80	55,9	143	100,0	

Необходимо отметить, что присвоение высшей квалификационной категории по специальности «Сестринское дело» ограничено нормативным критерием, согласно которому высшая квалификационная категория не может быть присвоена медицинским сестрам со стажем менее 7 лет. Вместе с тем установлено, что из всего числа опрошенных только 4,9% медсестер с 15 летним стажем работы имеют высшую квалификационную категорию, что отражает недостаточно высокий квалификационный статус работающих в психоневрологическом интернате № 30 медицинских сестер. Это положение подтверждается также и другим установленным фактом – 30,7% среднего медицинского персонала со стажем свыше 20 лет не имеют статистически

значимо, никакой квалификационной категории ( $r = -0,194$ ;  $p < 0,05$ ). Выявленное обстоятельство свидетельствует о недостаточном уровне организации повышения квалификации медицинских сестер, что может отрицательно сказаться на качестве медицинской помощи в психоневрологическом интернате.

Общие требования к профессиональным качествам среднего медицинского персонала включают навыки владения неотложной доврачебной помощью. Установлено, что все опрошенные владеют навыками оказания неотложной доврачебной помощи при гипертоническом кризе, стенокардии, приступах бронхиальной астмы, при анафилактическом шоке, ожогах, обморожениях, при травмах. Медицинские сестры со стажем свыше 20 лет имеют статистически значимо неполные знания оказания неотложной доврачебной помощи при наружных и внутренних кровотечениях, гипер- и гипогликемических состояниях ( $p < 0,05$ ).

Все опрошенные независимо от медицинского стажа владели сестринскими манипуляциями: парентеральное введение медикаментов, измерение артериального давления, постановка горчичников, подсчет пульса, термометрия, обработка раневых поверхностей и наложение повязок, закапывание капель, наложение мазей, подготовка пациентов к различного рода инструментальным исследованиям.

В отличие от среднего медицинского персонала непсихиатрического профиля их профессиональные качества характеризуются владением знаниями в области общей психопатологии и клинической психиатрии, которые позволяют им оказывать квалифицированную доврачебную психиатрическую помощь.

Анкетирование показало, что 98,6% опрошенных медицинских сестер, в достаточном объеме владеют знаниями и навыками об особенностях работы, лечения, ухода и наблюдения за инвалидами с шизофренией. При этом медицинские сестры со стажем до 10 лет имеют статистически значимо, более неполные знания при данной нозологии ( $p < 0,05$ ). 94,4% медицинских



сестер в полной мере владеют знаниями и навыками по лечению и уходу за инвалидами с умственной отсталостью (различия в группах по стажу статистически не значимы –  $p > 0,05$ ), 90,2% - с эпилепсией ( $p > 0,05$ ), 90,2% - с органическими заболеваниями головного мозга ( $p > 0,05$ ). По вопросам связанным с оказанием помощи инвалидам с деменцией полные знания показали 88,8% медицинских сестер, при этом уровень знаний в группе среднего медицинского персонала со стажем до 5 лет был статистически значимо ниже, чем в других ( $p < 0,05$ ).

Проведен анализ соотношения знаний среднего медицинского персонала о психических болезнях и навыков по особенностям ухода и наблюдения за инвалидами с длительностью медицинского стажа (табл.14). Он позволил установить, что у медицинских сестер со стажем до 5 лет знания по уходу за больными шизофренией составляют 100,0% ( $p < 0,05$ ), за больными эпилепсией и умственной отсталостью – соответственно 81,8% (различия в группах по стажу статистически не значимы –  $p > 0,05$ ), за больными с органическим поражением головного мозга – 63,6% ( $p > 0,05$ ). С увеличением медицинского стажа возрастает число медицинских сестер, обладающих этими знаниями и навыками.

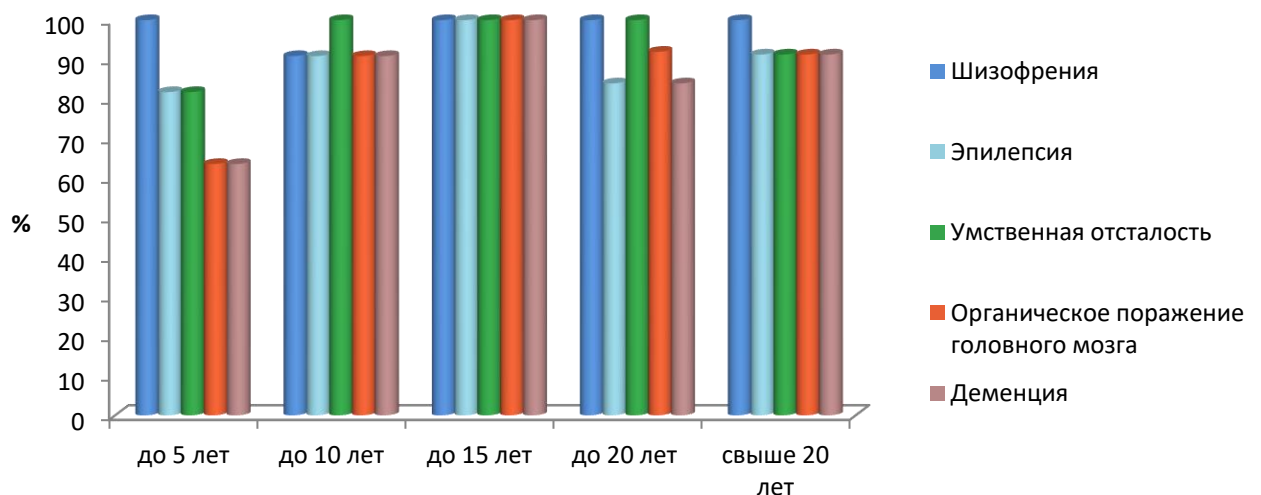


Рисунок 10 – Владение необходимыми знаниями и навыками средним медицинским персоналом по работе с инвалидами с учетом нозологий и стажа работы (%)

Таблица 14 – Соотношение знаний и навыков среднего медицинского персонала в работе с инвалидами с учетом нозологий в зависимости от профессионального стажа (абс., в % к итогу)

Знания и навыки в работе с инвалидами, в том числе с:	Медицинский стаж												P
	До 5 лет		До 10 лет		До 15 лет		До 20 лет		Свыше 20 лет		Всего		
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
Шизофренией	11	100,0	20	90,9	16	100,0	25	100,0	69	100,0	141	98,6	<0,05
Эпилепсией	9	81,8	20	90,9	16	100,0	21	84,0	63	91,3	129	90,2	>0,05
Умственной отсталостью	9	81,8	22	100,0	16	100,0	25	100,0	63	91,3	135	94,4	>0,05
Органическим поражением головного мозга	7	63,6	20	90,9	16	100,0	23	92,0	63	91,3	129	90,2	>0,05
Деменцией	7	63,6	20	90,9	16	100,0	21	84,0	63	91,3	127	88,8	<0,05
Всего	11	7,7	22	15,4	16	11,2	25	17,5	69	48,2	143	100,0	

Так, у опрошенных медсестер со стажем до 15 лет отмечаются наиболее полные (100%) знания по особенностям ухода и работе с пациентами с разными нозологическими формами психических расстройств (рис. 10). Установленный факт свидетельствует о приобретении опыта медицинскими сестрами при постоянном контакте с больными, изучении их поведения и болезненных высказываний. У медицинских сестер со стажем работы свыше 20 лет, в области ухода и наблюдения за больными с умственной отсталостью, эпилепсией, органическим поражением головного мозга уровень знаний незначительно снижается и достигает соответственно 91,3% ( $p < 0,05$ ).

Профессиональные качества среднего медицинского персонала, работающего в психоневрологическом интернате, реализуются в овладении навыками по оказанию сестринской помощи при различных психических расстройствах. К наиболее значимым психическим расстройствам, требующим особой бдительности, относятся: психомоторное возбуждение, суицидальное поведение, попытка к побегу, отказ от пищи, судорожные приступы (табл.15).

Таблица 15 – Владение навыками по оказанию сестринской помощи при различных симптомах психических расстройств с учетом стажа медицинских сестер (абс и в % к итогу)

Симптомы психического расстройства	Медицинский стаж												P
	До 5 лет		До 10 лет		До 15 лет		До 20 лет		Свыше 20 лет		Всего		
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
Психомоторное возбуждение	11	100,0	22	100,0	16	100,0	23	92,0	69	100,0	141	98,6	<0,05
Суицидальное поведение	6	54,5	22	100,0	16	100,0	19	75,0	63	91,3	126	88,1	<0,05
Отказ от пищи	6	54,5	19	86,3	16	100,0	19	75,0	61	88,4	121	84,6	<0,05
Попытки к побегу	6	54,5	17	77,2	16	100,0	17	68,0	61	88,4	117	81,8	<0,05
Судорожный приступ	9	81,8	19	86,3	16	100,0	21	84,0	63	91,3	128	89,5	>0,05
Всего	11	7,7	22	15,4	16	11,2	25	17,5	69	48,2	143	100,0	

Из таблицы видно, что из числа всех опрошенных медицинских сестер:

- 98,6% в полном объеме владеют навыками оказания помощи больным, находящимся в психомоторном возбуждении;
- 88,1% имеют навыки осуществления помощи больным с суицидальным поведением;
- 84,6% способны оказать помощь больным с отказом от пищи;
- 81,8% имеют навык коррекции поведением больных с попыткой к побегу;
- 89,5% обладают навыком оказания помощи при судорожных приступах.

Сравнительный анализ профессиональных навыков оказания сестринской помощи при различных психических расстройствах опрошенных медицинских сестер в зависимости от медицинского стажа позволил установить следующее:

- среди опрошенных, имеющих 5 летний стаж работы, обладают навыками оказания сестринской помощи при суицидальном поведении 54,5%, а со стажем свыше 20 лет – 91,3%. Связь между стажем работы и степенью владения медицинскими сестрами навыками оказания сестринской помощи при суицидальном поведении является статистически значимой ( $r = 0,2$ ;  $p < 0,05$ );

- навыком оказания помощи больным с отказом от пищи владеют 54,5% медицинских сестер с 5 летним медицинским стажем и 88,4% лет – со стажем свыше 20 лет ( $p < 0,05$ );

- среди опрошенных навыком оказания помощи больным, склонным к побегу, владеют 54,5% сестер с 5 летним медицинским стажем и 83,4% – со стажем свыше 20 лет. Связь между стажем работы и владением навыком оказания помощи больным, склонным к побегу, является статистически значимой ( $r = 0,17$ ;  $p < 0,05$ );

- навыком оказания помощи больным с судорожными приступами владеют 81,8% медицинских сестер с 5 летним стажем и 91,3%, имеющих 20-

ти летний медицинский стаж (различия в группах по стажу работы статистически не значимы –  $p > 0,05$ ).

Профессиональные качества среднего медицинского персонала, участвующего в реабилитации инвалидов вследствие психических расстройств в определенной степени зависят от состояния их характерологических особенностей, которые могут содействовать качественному выполнению сестринских обязанностей, либо препятствовать им. Среди всех характерологических особенностей опрошенных медицинских сестер наиболее часто (83,9%) отмечались такие, как «спокойная», «сдержанная». Эти черты позволяли выполнять назначения врача, не реагировать на необоснованные претензии инвалидов.

У большинства участвующих в социологическом опросе медицинских сестер (76,9%) выявлена такая особенность характера, как ответственность. Связь между стажем работы и присущими медицинским сестрам чертами характера как спокойствие и сдержанность является статистически значимой ( $r = 0,219$ ;  $p < 0,05$ ).

Важную роль в организации медико-социальной помощи инвалидам в психоневрологическом интернате играет такая черта, как требовательность, она оказалась присущей 62,9% опрошенных медсестер ( $r = 0,281$ ;  $p < 0,05$ ).

Изучение характерологических особенностей опрошенных медицинских сестер в зависимости от стажа работы показала следующее: среди медицинских сестер, работающих свыше 20 лет, ответственных и требовательных было больше по сравнению с медицинскими сестрами, имеющими стаж работы до 5 лет (91,3% и 81,8% соответственно) ( $p < 0,05$ ).

Выполнение практической сестринской работы сказывается на психофизиологическом статусе медицинской сестры. Изучение этих характеристик показало, что 14,6% из числа опрошенных испытывают чувство усталости от работы. Связь между стажем работы и чувством усталости от работы является статистически значимой ( $r = 0,188$ ;  $p < 0,05$ ), 6,2% – чувство психологического дискомфорта ( $p > 0,05$ ). Однако, большая

часть участвующих в социологическом опросе медицинских сестер статистически значимо испытывает удовлетворенность работой (96,5%) ( $p < 0,05$ ), а значительная доля опрошенных – 56,6% работает под девизом «моя работа – мое призвание» ( $r = 0,358$ ;  $p < 0,05$ ); 74,1% сестер обладает способностью равномерно распределять силы и не испытывают трудностей ( $p < 0,05$ ).

Сравнительное изучение указанных показателей от медицинского стажа опрошенных медицинских сестер позволило установить следующее: удовлетворенность работой статистически значимо выше у медицинских сестер со стажем до 5 лет (54,5%) по сравнению с сестрами, имеющим медицинский стаж свыше 20 лет (46,3%) ( $p < 0,05$ ). Этот факт можно, по-видимому, объяснить психологическим выгоранием, более старшим возрастом медсестер, имеющих большой стаж работы. Это предположение подтверждается также и тем фактом, что чувство психологического дискомфорта, не наблюдающееся у медицинских сестер со стажем до 5 лет, отмечается у 7,2% опрошенных, имеющих стаж работы свыше 20 лет.

Показатели качества работы среднего медицинского персонала зависят от мотивации их деятельности. Среди факторов мотивации опрошенных медсестер доминирующее место занимают должностные обязанности. Именно этим руководствуются в своей работе 91,6% опрошенных медсестер ( $p > 0,05$ ). Связь между стажем работы и сочувствием к инвалиду является статистически значимой ( $r = 0,451$ ;  $p < 0,05$ ).

Медико-социальная помощь инвалидам психоневрологического интерната осуществляется не только средним медицинским персоналом. Под руководством медицинских сестер работает младший медицинский персонал, который должен получать наставления, подлежать контролю со стороны дипломированных медицинских сестер.

Изучена деятельность медицинской сестры в работе с младшим медицинским персоналом. Наиболее важными разделами в условиях психоневрологического интерната является обучение принципам

медицинской этики и деонтологии, навыкам специфики ухода и наблюдения за лицами с психическими расстройствами и ухода за инвалидами, находящимися на постельном режиме.

Установлено, что 97,2% опрошенных медсестер осуществляют обучение младшего медперсонала навыкам специфики ухода и наблюдения за инвалидами вследствие психических расстройств; 75,5% медицинских сестер обучают младший медперсонал принципам медицинской этики и деонтологии и 74,1% – навыкам ухода за инвалидами, находящимися на постельном режиме (табл.16).

Анализ деятельности медицинских сестер в работе с младшим медперсоналом в зависимости от медицинского стажа позволил установить следующее: среди медицинских сестер, имеющих стаж работы до 5 лет в обучении персонала принципам медицинской этики и деонтологии участвовало 54,5% опрошенных, а среди медицинских сестер со стажем свыше 20 лет – 78,2% (различия в группах по стажу статистически не значимы –  $p > 0,05$ ). Аналогичные соотношения выявлены при анализе обучения младшего медицинского персонала навыкам ухода за инвалидами, находящимися на постельном режиме – 54,5% со стажем до 5 лет и 78,2% – со стажем свыше 20 лет (различия в группах по стажу статистически не значимы –  $p > 0,05$ ). Несколько иные показатели в обучении навыкам ухода и наблюдения за лицами с психическими расстройствами: 100,0% опрошенных со стажем до 5 лет и 97,1% со стажем свыше 20 лет ( $p > 0,05$ ).

Качество работы медицинских сестер психоневрологического интерната в значительной степени зависит от ряда объективных и субъективных факторов, которые могут оказывать как положительное воздействие, так и негативное влияние.

Таблица 16 – Распределение деятельности среднего медицинского персонала в работе с младшим медицинским персоналом с учетом стажа работы (абс., в % к итогу)

Деятельность медсестры по обучению:	Медицинский стаж												P
	До 5 лет		До 10 лет		До 15 лет		До 20 лет		Свыше 20 лет		Всего		
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
Принципам медицинской этики и деонтологии	6	54,5	17	77,2	12	75,0	19	76,0	54	78,2	108	75,5	>0,05
Навыкам ухода за инвалидами, находящимися на постельном режиме	6	54,5	15	68,1	14	87,5	17	68,0	54	78,2	106	74,1	
Навыкам специфики ухода и наблюдения за лицами с психическими расстройствами	11	100,0	22	100,0	16	100,0	23	92,0	67	97,1	139	97,2	
Всего	11	7,7	22	15,4	16	11,2	25	17,5	69	48,2	143	100,0	

Изучены факторы, делающие работу медицинской сестры привлекательной (табл.17). Анкетирование показало, что среди всех опрошенных 81,8% выделяют такой фактор, как возможность реализовать свои знания, умения; 74,8% – желание помочь инвалидам; 72,7% опрошенных большое значение придают уровню заработной платы. В меньшей степени к числу факторов, делающих работу медицинской сестры привлекательной, анкетирование позволило отнести такие, как дружеские отношения с коллегами (28,6%) и возможность профессионального роста (26,5%).

Анализ факторов, делающих работу медицинской сестры привлекательной, в зависимости от медицинского стажа позволил выявить следующее: фактор «желание помочь инвалидам» отмечен у 54,5% опрошенных с длительностью медицинского стажа до 5 лет, при этом



уровень данного показателя в группе медицинских сестер (82,6%) со стажем до 20 лет был статистически значимо выше, чем в других ( $r = 0,247$ ;  $p < 0,05$ ).

Таблица 17 – Наличие факторов, привлекающих к работе средний медицинский персонал в зависимости от стажа их работы (абс., в % к итогу)

Факторы, привлекающие к работе медсестер	Медицинский стаж												P
	До 5 лет		До 10 лет		До 15 лет		До 20 лет		Свыше 20 лет		Всего		
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
Желание помочь инвалиду	6	54,5	11	50,0	12	75,0	21	84,0	57	82,6	107	74,8	<0,05
Возможность реализовать свои знания, умения	6	54,5	14	63,6	14	87,5	21	84,0	62	89,8	117	81,8	
Дружеские отношения с коллегами	0	0	8	36,3	3	18,7	2	8,0	28	40,5	41	28,6	
Возможность профессионального роста	0	0	8	36,3	7	43,7	2	8,0	21	30,4	38	26,5	
Уровень заработной платы	9	81,8	15	68,1	12	75,0	10	40,0	58	84,0	104	72,7	
Всего	11	7,7	22	15,4	16	11,2	25	17,5	69	48,2	143	100,0	

Возможность реализовать свои знания выявлена у 54,5% опрошенных медицинских сестер со стажем до 5 лет. У медсестер, имеющих стаж работы свыше 20 лет уровень данного показателя в группе медицинских сестер (89,8%) был статистически значимо выше, чем в других ( $r = 0,266$ ;  $p < 0,05$ ). Фактор «уровень заработной платы» имеет незначительные различия: у 87,8% медицинских сестер со стажем работы до 5 лет и у 84,0% опрошенных со стажем работы свыше 20 лет ( $r = 0,14$ ;  $p < 0,05$ ). Связь между стажем работы и дружескими отношениями с коллегами и возможностью профессионального роста у медицинских сестер со стажем до 5 лет являются статистически значимыми ( $r = 0,211$ ;  $p < 0,05$ ).

Наряду с факторами привлекательного характера профессиональная деятельность связана и с факторами, негативно влияющими на качество работы медицинской сестры. Среди них большая нагрузка, низкая оценка

работы медсестры врачом и инвалидами, конфликтные отношения в коллективе.

Анкетирование показало, что первое ранговое место среди негативных факторов занимает большая нагрузка, он выявлен у 83,2% среди всех опрошенных (табл.18).

У 37% медсестер актуальным оказался такой фактор, как низкая оценка работы медицинской сестры врачом. У 10,4% выявлен в качестве негативного фактора уровень заработной платы.

Анализ негативно влияющих на профессиональную деятельность медицинских сестер факторов в зависимости от медицинского стажа позволил установить следующее: у всех опрошенных со стажем до 5 лет отмечена большая нагрузка. В то же время у медсестер со стажем свыше 20 лет он выявлен только у 75,3%. В целом нагрузка имела статистически значимую связь со стажем медицинских сестер ( $r = -0,213$ ;  $p > 0,05$ ). Низкая оценка работы медицинской сестры врачом отмечена у 27,2% опрошенных со стажем до 5 лет и у 49,2% у лиц с медицинским стажем свыше 20 лет. Связь между стажем и низкой оценкой работы врачом является статистически значимой ( $r = 0,238$ ;  $p < 0,05$ ). У опрошенных со стажем работы до 5 лет в 27,2% выявлены конфликтные отношения в коллективе, в то время, как у лиц со стажем свыше 20 лет они отмечались лишь у 4,3% ( $p < 0,05$ ).

Применительно к среднему медицинскому персоналу, работающему в психоневрологическом интернате и участвующему в комплексной реабилитации инвалидов вследствие психических расстройств, важной составляющей профессиональной характеристикой является степень информированности их о международных, федеральных и региональных документах в области инвалидности, реабилитации инвалидов, психиатрической помощи, социального обслуживания и сестринского дела.

Таблица 18 – Факторы, негативно влияющие на качество работы медицинской сестры в зависимости от стажа работы (абс., в % к итогу)

Негативные факторы	Медицинский стаж												P
	До 5 лет		До 10 лет		До 15 лет		До 20 лет		Свыше 20 лет		Всего		
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
Большая нагрузка	11	100,0	19	86,3	16	100,0	21	84,0	52	75,3	119	83,2	>0,05
Низкая оценка работы врачом, руководителем	3	27,2	7	31,8	0	0	9	36,0	34	49,2	53	37,0	<0,05
Низкая оценка работы пациентами	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4,3	3	2,0	>0,05
Конфликтные отношения в коллективе	3	27,2	0	0	0	0	0	0	3	4,3	6	4,1	<0,05
Уровень заработной платы	3	27,2	7	31,8	0	0	1	4,0	4	5,7	15	10,4	<0,05
Всего	11	7,7	22	15,4	16	11,2	25	17,5	69	48,2	143	100,0	

Анкетирование всех участвующих в исследовании медицинских сестер (143 чел.) показало (табл. 19), что наибольшая доля опрошенных (76,9%) использует в своей работе законодательные документы в области психиатрической помощи, т.е. ФЗ №3185-Ют 2 июля 1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Нормативную базу психоневрологического интерната (Устав, Положения, Инструктивные материалы) используют 73,4% респондентов. 66,4% из числа опрошенных пользуются нормативными документами в области сестринского дела (стандарты сестринского дела).

Несколько меньшая доля респондентов использует в своей практике такие документы, как Конституция РФ (60,8%), Законодательные акты федерального уровня в области социального обслуживания пожилых людей и инвалидов (60,8%), Этический кодекс медицинской сестры России (53,8%).

Значительно меньшая доля из числа опрошенных в отношении использования нормативных документов касается законодательного документа в области охраны здоровья граждан в Российской Федерации

(51,7%), законодательного документа регионального уровня – «Закон города Москвы о социальном обслуживании населения» (46,1 %) и Международного документа – «Конвенция о правах инвалидов» - (34,2 %).

Полученные данные свидетельствуют о недостаточном уровне знаний в области законодательно-правовой базы и использовании приведенных документов в сестринской практике, и указывает на необходимость обучения медицинских сестер в этой области.

Изучено состояние информированности медицинских сестер и использование в практической деятельности законодательно-правовых документов в зависимости от медицинского стажа (табл. 19). Проведено выборочное сравнительное изучение двух групп опрошенных: имеющих минимальный стаж до 5 лет и максимальный свыше 20 лет.

Таблица 19 – Перечень нормативно-правовых документов, используемых в работе медицинских сестер с учетом стажа работы (абс., в % к итогу)

Использование нормативно- правового документа в работе	Медицинский стаж												P
	До 5 лет		До 10 лет		До 15 лет		До 20 лет		Свыше 20 лет		Всего		
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
Конституция РФ	9	81,8	16	72,7	0	0	14	56,0	48	69,5	87	60,8	<0,05
Конвенция о правах инвалидов	6	54,5	16	72,7	0	0	6	24,0	21	30,4	49	34,2	<0,05
Законодательные документы федерального уровня в области социального обслуживания пожилых людей и инвалидов	6	54,5	12	54,5	14	87,5	18	72,0	37	53,6	87	60,8	>0,05
Законодательные документы регионального уровня в области социальной защиты населения	2	18,1	12	54,5	0	0	0	0	22	31,8	36	34,2	>0,05

Продолжение таблицы 19

Использование нормативно-	Медицинский стаж												P
	До 5 лет		До 10 лет		До 15 лет		До 20 лет		Свыше 20		Всего		

правового документа в работе									лет				
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
Законодательные документы в области психиатрической помощи	6	54,5	22	100,0	8	50,0	23	92,0	51	73,9	110	76,9	<0,05
Законодательные документы в сфере социального обслуживания населения города Москвы	2	18,1	12	54,5	6	37,5	6	24,0	40	57,9	66	46,1	<0,05
Законодательные документы в области охраны здоровья граждан в Российской Федерации	9	81,8	16	72,7	6	37,5	12	48,0	31	44,9	74	51,7	<0,05
Нормативные документы в области сестринского дела (стандартами сестринского дела)	0	0	16	72,7	14	87,5	18	72,0	47	68,1	95	66,4	<0,05
Этический кодекс медицинской сестры России	6	54,5	12	54,5	10	62,5	18	72,0	31	44,9	77	53,8	>0,05
Протокол ведения больных «пролежни»	2	18,1	10	45,4	0	0	0	0	21	30,4	33	23,0	<0,05
Протокол ведения больных «чесотка»	2	18,1	10	45,4	0	0	6	24,0	29	42,0	47	32,8	<0,05
Нормативная база психоневрологическ ого интерната	6	54,5	19	86,3	14	87,5	21	84,0	45	65,2	105	73,4	>0,05
Ничем из вышеперечисленного	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
Всего	11	7,7	22	15,4	16	11,2	25	17,5	69	48,2	143	100, 0	

Установлено, что наибольшие отличия показателей в пользу сестер с большим медицинским стажем касаются таких документов, как нормативные документы в области сестринского дела (в первой группе – 0%, во второй – 68,1%) ( $p < 0,05$ ). Среди законодательных документов в области психиатрической помощи: в первой группе – 54,5 %, во второй – 73,9%;

нормативная база психоневрологического интерната (54,5%, и 65,2% соответственно) ( $p>0,05$ ).

Несколько неожиданные данные получены при сравнении показателей знаний в двух группах медицинских сестер в ряде информированности и использования других документов. Конституция РФ в первой группе - 81,8%, во второй – 69,5% ( $p<0,05$ ); в области охраны здоровья граждан РФ в первой группе – 81,8%, во второй – 44,9% ( $p<0,05$ ); этический кодекс медицинской сестры России – (54,5% и 44,9% соответственно) ( $p>0,05$ ).

Приведенные данные, как нам представляется, можно объяснить тем, что медицинские сестры с большим медицинским стажем больше полагаются на свой многолетний опыт и недостаточно уделяют внимания законодательным и правовым документам. Это обстоятельство как нежелательное в профессиональной характеристике медицинских сестер должно быть учтено при приведении сертификационных циклов и при повышении квалификации их в психоневрологическом интернате.

Полученные данные отражают реальное состояние профессиональных качеств опрошенных медсестер, которые позволяют им оказывать медико-социальную, психиатрическую помощь и реабилитационные услуги инвалидам, свидетельствуют о недостаточном уровне знаний в области законодательно-правовой базы и использовании приведенных документов в сестринской практике, и указывает на необходимость обучения медицинских сестер в этой области.

Установлено, что из всех опрошенных медсестер 79,7% испытывает необходимость получения информации об острых неврологических осложнениях, возникающих при лечении нейролептиками (табл. 20).

У 59,4 % возникла потребность получения дополнительных сведений о делирии у инфекционных больных, у 51,0% опрошенных – о явлении абстиненции; 49,6% опрошенных испытывают потребность получения информации о психомоторном возбуждении, 48,2% о состояниях дисфории.

Таблица 20 – Необходимость дополнительных знаний среднего медицинского персонала с учетом стажа работы (абс., в % к итогу)

Необходимость дополнительных знаний среднего медперсоналам в осуществлении помощи при	Медицинский стаж												P
	До 5 лет		До 10 лет		До 15 лет		До 20 лет		Свыше 20 лет		Всего		
	абс	%	Абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
Психомоторном возбуждении	6	54,5	7	31,8	11	68,7	18	72,0	29	42,0	71	49,6	<0,05
Состояниях дисфории	6	54,5	9	40,9	11	68,7	18	72,0	25	36,2	69	48,2	<0,05
Депрессивном состоянии	6	54,5	9	40,9	11	68,7	18	72,0	32	46,3	50	34,9	>0,05
Психопатоподобном возбуждении	6	54,5	7	31,8	11	68,7	16	64,0	27	39,1	43	30,0	<0,05
Состоянии спутанности	8	72,7	7	31,8	11	68,7	14	56,0	32	46,3	72	50,3	>0,05
Делирии у инфекционных больных	6	54,5	13	59,0	8	50,0	20	80,0	38	55,0	85	59,4	>0,05
Алкогольном Делирии	8	72,7	9	40,9	8	50,0	12	48,0	34	49,2	71	49,6	>0,05
Абстиненции	8	72,7	11	50,0	8	50,0	14	56,0	32	46,3	73	51,0	>0,05
Острых неврологических осложнениях, возникающих при лечении нейролептиками	8	72,7	17	77,2	16	100,0	21	84,0	52	75,3	114	79,7	>0,05
Всего	11	7,7	22	15,4	16	11,2	25	17,5	69	48,2	143	100,0	

Наименьшая доля опрошенных (30,0%) нуждается в информации о психопатоподобном возбуждении.

Приведенные данные позволяют считать, что средний медицинский персонал, работающий в психоневрологическом интернате, нуждается в значительной информации для совершенствования профессионального мастерства.

В ходе исследования создан социально-демографический портрет медицинских сестер, участвующих в реабилитации инвалидов психоневрологического интерната № 30 г. Москвы.

Основные характеристики социально-демографического портрета следующие:

- преобладание женщин (92,3%);
- более половины (65%) опрошенных медсестер являются лицами трудоспособного возраста (31-50 лет)
- незначительная доля (7,0%) медицинских сестер старше 60 лет;
- наибольший медицинский стаж (53,7%) составляли медицинские сестры в возрасте от 41 до 50 лет;
- третья часть (32,9%) всех опрошенных имеют высшую квалификационную категорию;
- более чем у половины (55,9%) медицинских сестер отсутствует квалификационная категория;
- медицинские сестры со стажем свыше 20 лет (30,7%) не имеют квалификационной категории;
- все опрошенные владеют медицинскими знаниями и навыками по особенностям работы с инвалидами вследствие психических расстройств;
- большая часть медицинских сестер имеют навыки оказания помощи психически больным, находящимся в исключительном состоянии (психомоторное возбуждение, склонность к побегу, отказ от пищи);
- среди медицинских сестер со стажем свыше 20 лет большая часть обладает требовательностью, ответственностью;
- большая доля опрошенных медсестер со стажем работы свыше 20 лет обучают младший медицинский персонал принципам этики и деонтологии, навыкам ухода;
- наибольшая часть медицинских сестер руководствуется в своей работе нормативно-правовыми документами.



Анализ вопросов о социально-демографической и профессиональной характеристиках медицинских сестер, участвующих в комплексной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната, позволил сформулировать ряд обобщающих положений:

- в возрастном отношении среди опрошенных медицинских сестер более половины (65%) являются людьми возрастной категории 31-50 лет;

- у медсестер со стажем до 15 лет отмечаются полные знания по уходу и работе с пациентами с разными нозологическими формами психических расстройств

- из всего числа опрошенных только 47 человек (32,9%) имели высшую категорию, что ставит вопрос об их системном обучении и повышении квалификации для улучшения качества обслуживания пациентов психоневрологического интерната;

- все опрошенные медицинские сестры владеют навыками оказания помощи при психомоторном возбуждении;

- доля медицинских сестер со стажем 20 лет, имеющих удовлетворенность работой, несколько меньше по сравнению с категорией медсестер со стажем до 5 лет (46,3% и 54,5% соответственно), что можно объяснить психологическим выгоранием по мере увеличения стажа работы;

- среди опрошенных, имеющих медицинский стаж свыше 20 лет, доминирует фактор желания помочь инвалидам (82,6%) по сравнению с медицинскими сестрами со стажем до 5 лет, у которых он отмечен лишь в 54,5%;

- в числе негативно влияющих на качество работы медсестер факторов выявлены некоторые преобладания конфликтных отношений в коллективе у опрошенных со стажем до 5 лет (27,2 %) по сравнению с медицинскими сестрами со стажем свыше 20 лет, у которых он отмечен лишь у 4,3% ;

- выявлен недостаточный уровень знаний опрошенных в области законодательно-правовой базы, что должно быть учтено при проведении сертификационных циклов повышения квалификации;

- установлена потребность получения дополнительной информации об острых неврологических осложнениях, возникающих при психофармакотерапии.

Полученные данные позволяют организаторам медико-социальной помощи совершенствовать профессиональную деятельность среднего медицинского персонала, модернизировать систему их обучения, что позволит повысить качество оказания сестринской помощи инвалидам вследствие психических расстройств.

#### **4.2. Направления реабилитационного процесса среднего медицинского персонала в комплексной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната**

Психоневрологические интернаты относятся к учреждениям реабилитационного профиля системы социальной защиты. Состояние инвалидов вследствие психических расстройств, находящихся в психоневрологическом интернате №30, характеризуется наличием дефицитарных расстройств эндогенного, экзогенно-органического генеза и результатом интеллектуального недоразвития (умственной отсталости). Такая характеристика инвалидов может вызвать скептическое отношение к их реабилитации. Тем не менее, у части из них сохраняется реабилитационный потенциал, позволяющий предполагать возможность восстановления значительно утраченных психических функций и тем более, формирования социально-значимых навыков.

Медицинские сестры находятся с инвалидом в отделении в течение всей рабочей смены. Это дает им возможность создать детальный образ пациента, основанный как на формальных, так и на неформальных наблюдениях в разные периоды времени, которым они могут поделиться с теми членами полипрофессиональной бригады, которые проводят с инвалидами меньше времени.

Основными функциональными обязанностями среднего медицинского персонала психоневрологического интерната является

выполнение медицинской реабилитации инвалидов, которая включает в себя медикаментозное лечение (выполнение врачебных назначений, медицинских манипуляций: инъекций, перевязок и т.д., оказание неотложной доврачебной медицинской помощи), немедикаментозную терапию (организация проведения оздоровительно-реабилитационных мероприятий: физиотерапевтическое лечение, водолечение, массаж, ЛФК), а так же профилактическую деятельность (мероприятия по профилактике инфекционных и социально-значимых заболеваний).

Медицинская реабилитация направлена на полное или частичное восстановление психического здоровья или на возможное замедление развития заболевания, предупреждение обострений и рецидивов. Медицинская реабилитация является начальным звеном в системе общей реабилитации и может проходить параллельно с другими видами реабилитации.

Социальная реабилитация – комплекс социально-экономических, медицинских, психологических, педагогических, юридических и других мер, целью которых является наиболее полное восстановление утраченных человеком функций, личного и социального статуса. Основными принципами социальной реабилитации являются единство психосоциальных и биологических методов воздействия, индивидуальный подход, непрерывность, ступенчатость, преемственность и комплексность оказываемой помощи.

Проведен анализ собственных данных деятельности среднего медицинского персонала, участвующего в реабилитации инвалидов психоневрологического интерната, предполагающей необходимость руководствоваться этическими нормами и принципами. Для исследования были взяты крайние значения вариационного ряда по длительности стажа медицинских сестер. Было установлено (рис.11), что наиболее преферентными принципами для них являлись: медицинская этика и деонтология, ими руководствовались 95,8% опрошенных (а сестры со стажем

до 5 лет – в 100%) ( $p > 0,05$ ). Связь между стажем работы и гуманным отношением к пациенту является статистически значимой, оно выявлено у 87,4% ( $r = 0.345$ ;  $p < 0,05$ ); неразглашение медицинской тайны как существенный принцип в медицинской деятельности установлен в 81,8% случаев (у медсестер до 5 лет статистически значимо ниже – в 72,7%) ( $p < 0,05$ ); корректное отношение к родственникам инвалидов, им руководствовались 79,2% опрошенных (среди сестер со стажем до 5 лет – 81,8%) (различия в группах по стажу статистически не значимы –  $p > 0,05$ ).

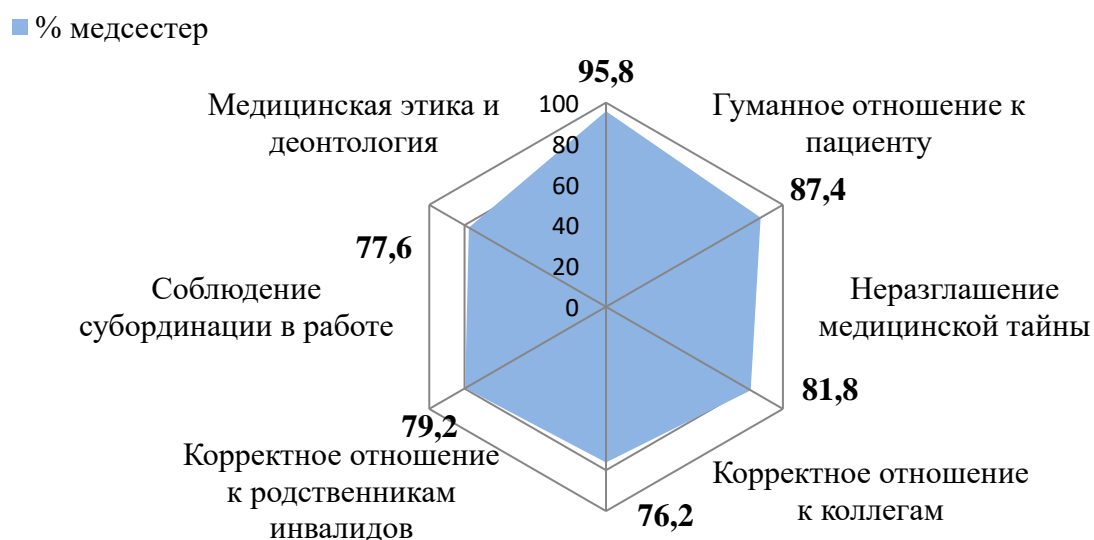


Рисунок 11 - Преферентные принципы в работе среднего медицинского персонала психоневрологического интерната (%)

Другие принципы, имеющие отношение к профессиональной деятельности медицинских сестер, также находили отражение в ответах. Среди них, статистически значимо – соблюдение субординации в работе – 77,6% ( $p < 0,05$ ) и корректное отношение к коллегам – 76,2% (различия в группах по стажу статистически не значимы –  $p > 0,05$ ).

Анализ зависимости используемых принципов от медицинского стажа показал уменьшение числа респондентов, руководствующихся принципом медицинской этики и деонтологии со 100,0%, имеющих 5-летний стаж до 94,2% со стажем свыше 20 лет. Это также отмечено при анализе данных в отношении принципов неразглашения медицинской тайны и субординации в

работе. Участие медицинских сестер в реабилитационном процессе предполагает знание ими сущности комплексной реабилитации, понимание их роли в реабилитации инвалидов.

В социологическом исследовании медицинским сестрам предъявлены вопросы, отражающие содержание комплексной реабилитации инвалидов: восстановление здоровья, восстановление социальных навыков, трудовых навыков, способности к общению и досуговой деятельности.

Из всего числа респондентов наибольшая доля – 95,8% в содержание реабилитации включила восстановление социальных навыков; 90,9% отдали предпочтение восстановлению трудовых навыков; 85,3% считали важным восстановление навыков инвалидов к общению; 80,4% отдали роль реабилитации восстановлению здоровья инвалидов; 79,0% считали важным восстановление способности инвалидов к досуговой деятельности.

Понимание приоритетности реабилитационного воздействия на инвалидов зависело от стажа работы. Было установлено, что если восстановлению здоровья отдали предпочтение 72,7% медицинских сестер с 5- летним стажем, то имеющие стаж более 20 лет – 79,7% (различия в группах по стажу статистически не значимы –  $p > 0,05$ ). Увеличилась доля респондентов, отвечающих на вопрос о восстановлении трудовых навыков: среди лиц с 5- летним стажем их было 72,7%, а с 20- летним стажем статистически значимо выше – 88,4% ( $p < 0,05$ ). Такие же соотношения выявлены в анализе предпочтений восстановления способности инвалидов к общению: если среди опрошенных с 5- летним стажем их доля составляла 72,7%, то среди медсестер с 20- летним стажем – 85,5% (различия в группах по стажу статистически не значимы –  $p > 0,05$ ); еще большие различия выявились при понимании медицинскими сестрами роли восстановления способности инвалидов к досуговой деятельности: в группе с 5- летним стажем их было 54,5%, а в группе с 20- летним стажем статистически значимо выше – 82,6% ( $p > 0,05$ ).

Полученные данные позволяют считать, что с увеличением стажа работы возрастает понимание медицинскими сестрами роли воздействия реабилитации на различные области жизнедеятельности инвалидов.

Деятельность медицинских сестер, участвующих в реабилитационном процессе в психоневрологическом интернате, сопряжена с необходимостью владения психологическими приемами воздействия на инвалидов: рациональная психотерапия, психокоррекция эмоций, психокоррекция поведения.

Из всего числа опрошенных медсестер 62,2% владели методом психокоррекции поведения ( $p > 0,05$ ), 49,6% - способом рациональной психотерапии ( $p < 0,05$ ), 46,8% - психокоррекцией эмоций ( $p < 0,05$ ).

В ходе исследования изучены способы участия медицинских сестер в реабилитационных мероприятиях в психоневрологическом интернате: в медикаментозном лечении, немедикаментозной терапии, в поддержании двигательной активности инвалидов, в содействии организации социально-бытовых, социально-средовых мероприятий, в содействии организации спортивных состязаний и досуговых мероприятий, в содействии трудоустройству инвалидов и их духовного воспитания.

Перечень способов участия медицинских сестер в мероприятиях, выходящих за пределы медицинской деятельности, их функциональных обязанностей отражает специфику реабилитационной работы, которая проводится в психоневрологическом интернате, и практически невозможна без участия медицинских сестер. Проведен анализ способов участия медсестер в реабилитации (рис.12).

■ % медсестер

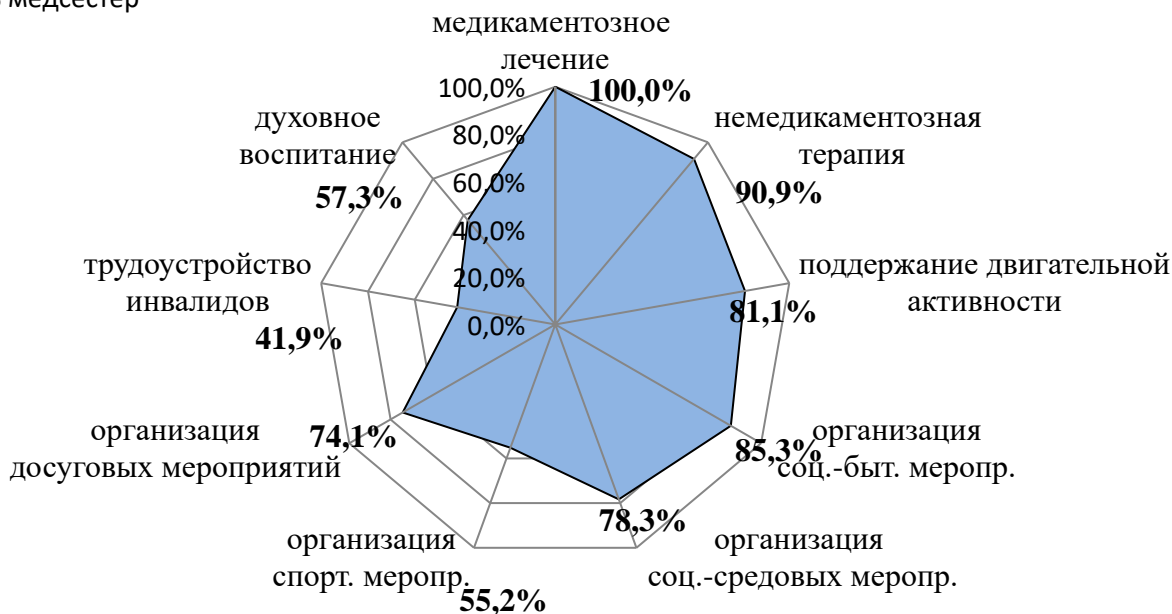


Рисунок 12 – Степень участия среднего медицинского персонала в реабилитационных мероприятиях в ПНИ (%)

Анализ показал, что приоритетные для них виды деятельности (медикаментозное лечение и немедикаментозная терапия) выявлены у 100,0% участвующих в социологическом исследовании. Значительная доля респондентов (81,1%) осуществляла поддержание двигательной активности инвалидов (различия в группах по стажу статистически не значимы -  $p > 0,05$ ). Несколько меньше опрошенных медсестер участвовали в содействии социально-бытовым (85,3%) и социально-средовым (78,3%) мероприятиям (различия в группах по стажу статистически не значимы –  $p > 0,05$ ).

Значительно меньшая доля респондентов (74,1%) принимала участие в содействии организации досуговых мероприятий (различия в группах по стажу статистически не значимы –  $p > 0,05$ ) и духовного воспитания статистически значимо ниже (57,3%) ( $p < 0,05$ ). Крайне мало оказалось медсестер, оказывающих содействие в трудоустройстве инвалидов (41,9%) ( $p < 0,05$ ).

При сравнительном анализе зависимости способов участия опрошенных медицинских сестер от их медицинского стажа установлено следующее: нарастало число респондентов, участвующих в

немедикаментозной терапии, в поддержании двигательной активности инвалидов, в содействии организации социально-бытовых и социально-средовых мероприятий с увеличением медицинского стажа и в то же время выявилось снижение числа опрошенных в таких мероприятиях, как содействие в организации спортивных состязаний и трудоустройстве инвалидов с большим медицинским стажем.

В содержание реабилитационной деятельности медицинских сестер психоневрологического интерната входит обучение инвалидов адекватному поведению, здоровому образу жизни, взаимодействию с лицами противоположного пола, важности участия их в трудовой и досуговой деятельности, физкультурно-оздоровительных мероприятиях.

Сравнительный анализ мероприятий обучающего характера в зависимости от стажа медицинских сестер позволил установить следующее: наибольшая доля опрошенных (97,2%) занималась просвещением инвалидов в отношении необходимости приема медикаментов; 91,6% сестер ориентировала инвалидов на соблюдение режима; 85,3% опрошенных на здоровый образ жизни (рис.13).

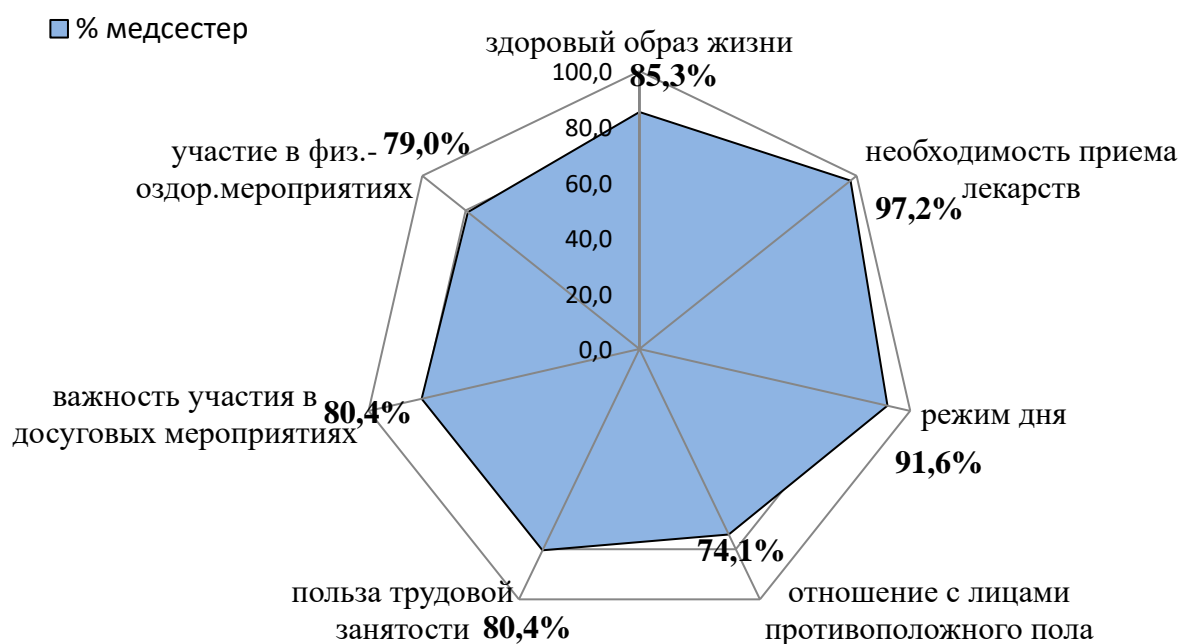


Рисунок 13 – Содержание проводимой санитарно-просветительской работы средним медицинским персоналом среди инвалидов (%)



Было установлено, что: обучению инвалидов соблюдению здорового образа жизни придавали значение 88,4% респондентов со стажем свыше 20 лет немного меньше – 81,8% с медицинским стажем до 5 лет ( $p > 0,05$ ); такие же соотношения в теме необходимости соблюдения режима дня (88,4% и 81,8% соответственно) (различия в группах по стажу статистически не значимы -  $p > 0,05$ ). При анализе содержания обучения инвалидов трудовой занятости установлено, что среди опрошенных со стажем свыше 20 лет этим занимались 86,0%, а со стажем до 5 лет статистически значимо реже 63,6% ( $r = 0,217$ ;  $p < 0,05$ ). Также большая доля медсестер участвовала в обучении инвалидов взаимодействию с лицами противоположного пола (79,7% со стажем свыше 20 лет и 63,6% со стажем до 5 лет) (различия в группах по стажу статистически не значимы –  $p > 0,05$ ). Большая часть опрошенных (84,0%) со стажем свыше 20 лет участвовала в обучении инвалидов физкультурно-оздоровительным мероприятиям и меньшая (63,6%) – с медицинским стажем до 5 лет (различия в группах по стажу статистически не значимы –  $p > 0,05$ ).

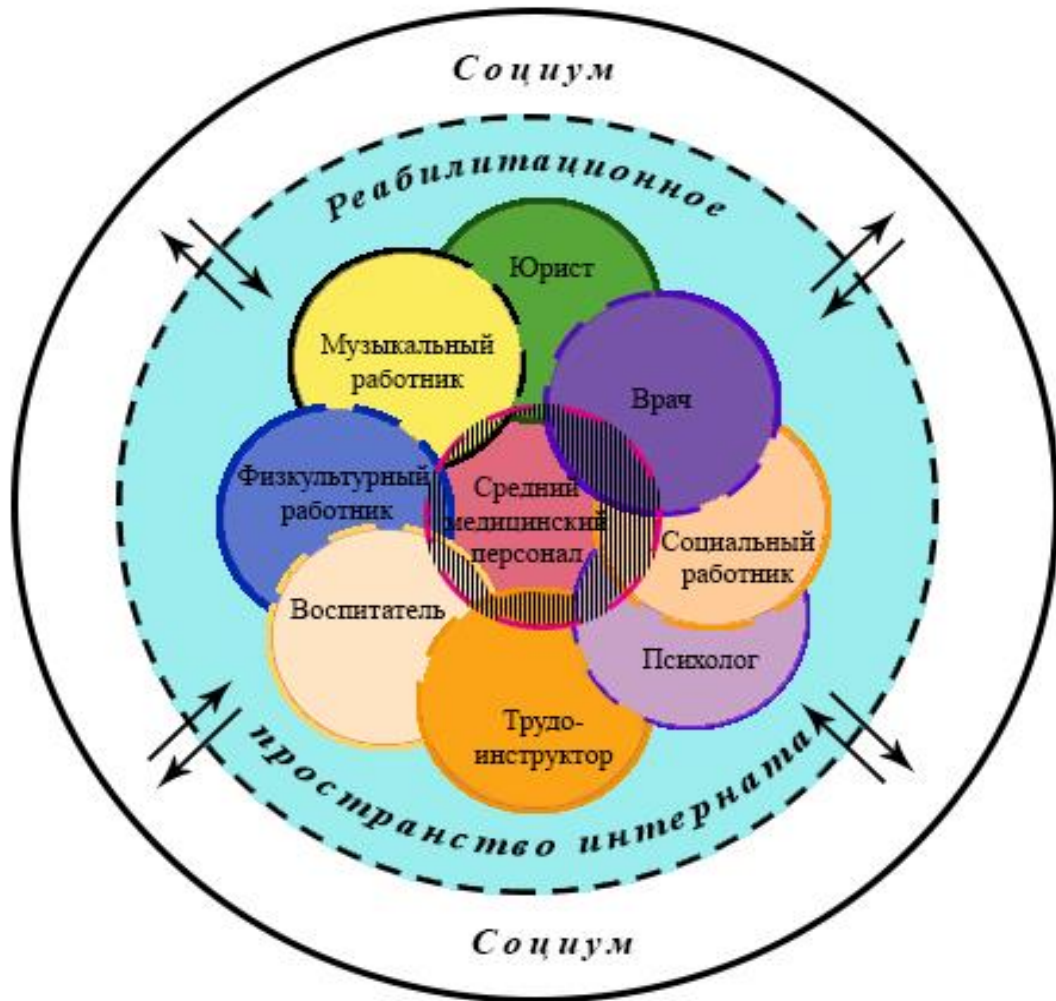
Полученные результаты позволяют утверждать, что круг функциональных обязанностей медицинских сестер психоневрологического интерната изменился за счет увеличения вектора социальных функций, что требует изменения и расширения должностных инструкций среднего звена медицинского персонала.

Известно, что инвалиды, находящиеся в психоневрологическом интернате, могут временно находиться в домашних условиях в случае отпускного периода родственников либо их выходных дней, а в редких случаях инвалиды могут быть выписаны. В связи с этим родственники должны иметь определенные знания об особенностях ухода за инвалидами, за проведением ряда реабилитационных мероприятий и потому нуждаются в обучении.

Обучение родственников, членов семьи навыкам ухода и реабилитации инвалидов также составляют раздел реабилитационной деятельности

медсестер психоневрологического интерната. Из всего числа опрошенных 68,5% обучали родственников способам ухода за инвалидами (различия в группах по стажу статистически не значимы –  $p > 0,05$ ), 52,4% – различным мерам реабилитации ( $p < 0,05$ ).

Реабилитационная деятельность медицинских сестер, работающих в психоневрологическом интернате №30, как было установлено, является многоплановой. Она может быть представлена в виде модели взаимодействия среднего медицинского персонала со специалистами полифункциональной бригады в реализации комплексной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната (рис.14), в которой помимо медицинской реабилитации, отражающей медикаментозное лечение и немедикаментозную терапию, значатся социально-бытовая, социально-средовая, спортивно-оздоровительная деятельность. В реабилитационную модель включены обучающая помощь инвалидам, их родственникам, трудовой и досуговой занятости инвалидов, а также обучение младшего медицинского персонала. Кроме того, реабилитационная модель охватывает создания комфортных условий проживания инвалидов.



Виды реабилитации



Область взаимодействия среднего медицинского персонала со специалистами психоневрологического интерната








- |   |                 |   |                              |
|---|-----------------|---|------------------------------|
|  | Медицинская     |  | Педагогическая               |
|  | Социальная      |  | Физкультурно-оздоровительная |
|  | Психологическая |  | Социо-культурная             |
|  | Трудовая        |  | Правовое сопровождение       |

Рисунок 14 – Модель взаимодействия среднего медицинского персонала со специалистами полифункциональной бригады в реализации комплексной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната

В сложившемся стереотипе структуры взаимодействия врача и медицинской сестры статус последний выстраивается как резко асимметричный к статусу врача и обозначается как дополнительный, вспомогательный (Засыпкина Е.В., 2013), вместе с тем не отрицается, что медицинские сестры являются полноправными участниками лечебного процесса.

Было установлено, что работа медицинской сестры в условиях психиатрического стационара осуществляется в структуре полипрофессиональной помощи, в частности, в ситуации первого психотического эпизода (Голенков А.В. с соавт., 2014), ведение которого включает в себя сотрудничество врачей, психолога, психотерапевта, специалиста по социальной работе, медицинских сестер. Сотрудничество подразумевает совместное определение видов деятельности, планирование, распределение сил и времени в процессе реабилитационных мероприятий на основе возможностей пациента, выработку комплайенса, формирования социальной активности.

Предполагается использование понятия врачебно-сестринская партнерская модель, предусматривающая взаимодействие и сотрудничество сестринского персонала с врачами и другими специалистами (Кузнецова Т.М., 2007).

В ходе настоящего исследования установлено, что реабилитационная деятельность медицинских сестер психоневрологического интерната осуществляется не только средним медицинским персоналом, а во взаимодействии с другими специалистами, что отражает ее комплексный характер, ее многоплановость в связи с задачами медико-социальной и психиатрической помощи инвалидам.

В реализации комплексной реабилитационной деятельности медицинская сестра психоневрологического интерната взаимодействует с другими членами полипрофессиональной бригады специалистов - врачом,

психологом, специалистом по социальной работе, трудоинструктором, юристом, культмассовым работником (рис. 15).

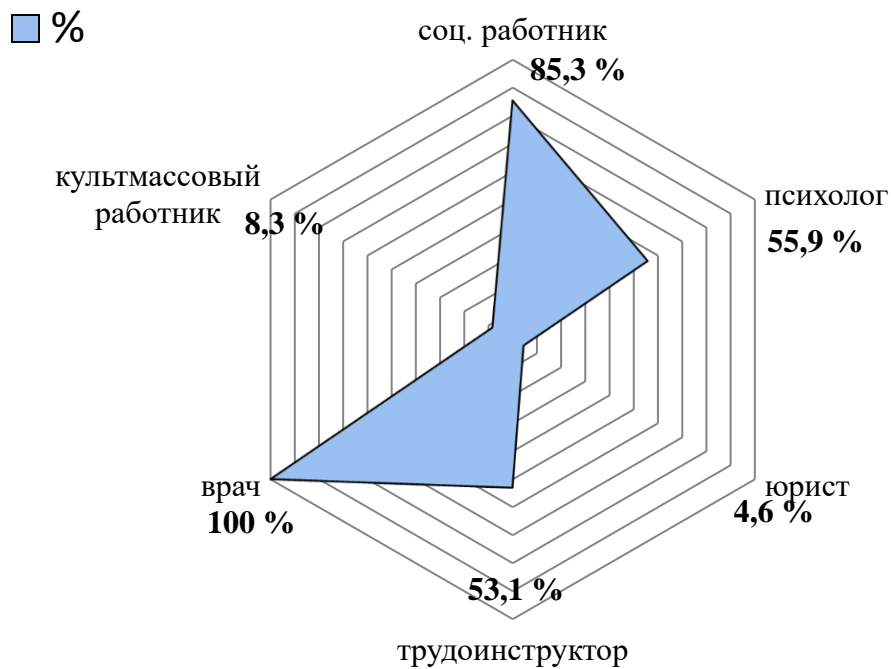


Рисунок 15 – Взаимодействие среднего медицинского персонала с различными специалистами ПНИ (%)

Результаты социологического исследования показали, что все опрошенные (100%) взаимодействуют с врачом; 85,3% – со специалистом по социальной работе; 55,9% – с психологом; 53,1% – с трудоинструктором; 8,3% – с культмассовым работником; 4,6% – с юристом (рис.15).

Медсестры со стажем до 5 лет осуществляют взаимодействие с психологом в 81,8% случаев (различия в группах по стажу статистически не значимы –  $p > 0,05$ ), с культмассовым работником и с трудоинструктором в 27,2% и 63,8% соответственно ( $p < 0,05$ ). В то же время, среди медсестер со стажем свыше 20 лет с психологом взаимодействует 60,8% опрошенных медсестер ( $p > 0,05$ ), с трудоинструктором – 53,6%, с культмассовым работником – 13,0% человек ( $p < 0,05$ ). Возможно, этот факт объясняется наличием большего практического опыта у медсестер со стажем свыше 20 лет, который позволяет им быть относительно автономными и часто не прибегать к взаимодействию с другими специалистами.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что реабилитационный процесс является комплексным, требующим тесных контактов между различными специалистами, включая и медицинских сестер. При этом следует отметить, что медицинская сестра выполняет реабилитационную деятельность самостоятельно, наравне с другими специалистами.

Взаимодействие медицинских сестер с другими специалистами может быть представлено следующей схемой (рис.16), в которой медицинская сестра осуществляет контакты с инвалидом как непосредственно, так и опосредованно (через других специалистов).



Рисунок 16 – Схема взаимодействия среднего медицинского персонала в реализации комплексной реабилитации инвалидов ПНИ

Схема взаимодействия медицинских сестер с различными специалистами психоневрологического интерната является отражением

мультидисциплинарного подхода с использованием полипрофессиональных бригад.

На основании анализа полученных в ходе исследования данных о направлениях реабилитационной деятельности медицинских сестер психоневрологического интерната можно сформулировать ряд обобщающих положений:

- медицинские сестры, осуществляющие реабилитационную деятельность, руководствовались преимущественно принципами медицинской этики и деонтологии, гуманным отношением к пациенту, неразглашением медицинской тайны;
- наибольшая доля медицинских сестер в воздействии реабилитации на инвалидов отдавала предпочтение восстановлению социальных навыков;
- установлены некоторые закономерности в предпочтении выявления реабилитационного воздействия на инвалидов в зависимости от медицинского стажа: с увеличением стажа работы возрастает понимание значимости воздействия реабилитации на различные области жизнедеятельности инвалидов;
- при анализе способов участия медицинских сестер в реабилитационных мероприятиях установлена приоритетность медицинских мероприятий (медикаментозного лечения и немедикаментозной терапии);
- реабилитационная деятельность медицинских сестер имеет широкий диапазон, она включает обучение инвалидов различным способам жизнедеятельности и умение жить с инвалидностью, обучение родственников инвалидов приемам ухода и реабилитации;
- разработанная в ходе исследования модель взаимодействия среднего медицинского персонала со специалистами полифункциональной бригады в реализации комплексной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната отражает многоаспектный характер участия их в реабилитационном процессе;

- реабилитационная деятельность медицинских сестер осуществляется во взаимодействии с другими специалистами психоневрологического интерната, что позволило разработать схему взаимодействия медицинской сестры в реализации реабилитационной деятельности;
- реабилитационная деятельность среднего медицинского персонала психоневрологического интерната является отражением новой организационной формы сестринской практики, повышающей престиж сестринского дела.



## ГЛАВА 5. МНОГОФАКТОРНАЯ ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ТРУДОВОЙ ЗНАЧИМОСТИ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКИ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ИНТЕРНАТЕ

В ходе исследования методом экспертных оценок разработана методика обобщенной оценки качества деятельности медицинских сестер. В основу оценки качества сестринской деятельности положены четыре критерия:

1. Оценка качества выполнения врачебных назначений
2. Оценка качества надзора за инвалидами, страдающими психическими расстройствами
3. Оценка качества ухода за инвалидами
4. Готовность оказания неотложной помощи лицам с психическими расстройствами

В соответствии с клинической и социальной значимостью каждому критерию экспертным путем присваивается балльная оценка:

- оценка качества выполнения врачебных назначений – 4
- оценка качества надзора за инвалидами, страдающими психическими расстройствами – 3,5
- оценка качества ухода за инвалидами – 4
- готовность оказания неотложной помощи лицам с психическими расстройствами – 8,5

Каждый из указанных критериев оценивается по 4 показателям по следующей шкале:

1 критерий – оценка качества выполнения врачебных назначений – имеет показатели:

- С – своевременное выполнение назначений врача – 1,0;
- П – полное выполнение назначений врача – 1,5;
- Т – точное выполнение назначений врача – 1,0;

Пр – обоснованные претензии инвалидов – 0,5.

Оптимальная оценка – 4 балла.

Подсчет осуществлялся по формуле:

$$OKBH = C + П + T + Пр, где$$

OKBH – оценка качества выполнения врачебных назначений.

2 критерий – оценка качества надзора за инвалидами, страдающими психическими расстройствами – имеет показатели:

ОН – общий надзор – 1,0;

СП – специальный надзор – 1,0;

ПСН – психосоматический надзор – 1,5.

Оптимальная оценка – 3,5 балла.

Подсчет осуществлялся по формуле:

$$OKH = OH + СП + ПСН, где$$

OKH – оценка качества надзора

ОН – общий надзор

СП – специальный надзор

ПСН – психосоматический надзор

3 критерий – оценка качества ухода за инвалидами – включает показатели:

ГС – гигиеническое содержание – 1,0;

ОП – организация питания – 1,0;

ПС – помощь в самообслуживании – 0,5;

Пр – обоснованные претензии инвалидов – 1,5.

Оптимальная оценка – 4 балла.

Подсчет осуществлялся по формуле:

$$OKY = ГС + ОП + ПС + Пр, где$$

OKY – оценка качества ухода

ГС – гигиеническое содержание

ОП – организация питания

ПС – помощь в самообслуживании

Пр – обоснованные претензии инвалидов

4 критерий – готовность оказания неотложной помощи лицам с психическими расстройствами – имеет показатели:

ЭП – готовность оказания неотложной помощи при эпилептическом приступе – 2,0;

ПВ – готовность оказания неотложной помощи при психомоторном возбуждении – 3,0;

СН – готовность оказания неотложной помощи при суицидальных намерениях – 3,5;

Оптимальная оценка – 8,5 балла.

Подсчет осуществлялся по формуле:

$$ГНП = ЭП + ПВ + СН, где$$

ГНП – готовность оказания неотложной помощи

ЭП – готовность оказания неотложной помощи при эпилептическом приступе

ПВ – готовность оказания неотложной помощи при психомоторном возбуждении

СН – готовность оказания неотложной помощи при суицидальных намерениях

Исходя из принятой нами балльной оценки критериев, отражающих основную, суммарную сестринскую деятельность, она определяется в 20 баллов и вычисляется по формуле:

$$СД = ОКВН + ОКН + ОКУ + ГНП = 4 + 3,5 + 4 + 8,5 = 20 \text{ баллов, где}$$

СД – сестринская деятельность

ОКВН – оценка качества выполнения врачебных назначений

ОКУ – оценка качества ухода

ОКН – оценка качества надзора

ГНП – готовность оказания неотложной помощи

В результате разработанной методики обобщенной оценки качества деятельности медицинских сестер получена шкала, на основе которой представлена итоговая оценка в результате градации – от 18 до 20 баллов – высокая оценка, от 16 до 18 баллов – умеренная и менее 16 баллов – низкая оценка.

Проведенная балльная оценка качества сестринской деятельности всех медицинских сестер, участвующих в реабилитации инвалидов психоневрологического интерната, позволила выделить 3 группы в зависимости от балльной градации сестринской деятельности (табл.21).

Таблица 21 – Средняя балльная оценка качества сестринской деятельности в психоневрологическом интернате №30

Характер балльной оценки	Критерии оценки качества сестринской деятельности					Кол-во медсестер с указанием балльной оценки
	оценка качества выполнения врачебных назначений ОКВН	оценка качества надзора ОКН	оценка качества ухода ОКУ	готовность оказания неотложной помощи ГНП	суммарная оценка	
Высокая	3,7	3,1	3,7	8,0	18,5	89 (62,3%)
Умеренная	3,6	3,0	3,4	7,6	17,6	42 (29,3%)
Низкая	3,0	2,5	3,0	6,9	15,4	12 (8,4%)

Выделены суммарные оценки качества сестринской деятельности: высокая, умеренная, низкая. Каждая из них имеет различные характеристики критериев сестринской деятельности. В результате анализа характера сестринской деятельности высокая составила – 18,5, умеренная – 17,6, а низкая – 15,4 балла.

Из всего числа медицинских сестер наибольшую долю – 89 человек (62,3%) составили медицинские сестры с высокой суммарной балльной оценкой качества сестринской деятельности. Во вторую группу с умеренной

балльной оценкой вошли 42 медсестры (29,3%). С низкой суммарной балльной оценкой оказались 12 (8,4%) медицинских сестер.

Преобладание медицинских сестер с высокой суммарной балльной оценкой сестринской деятельности – 62,3% – свидетельствует о достаточно высокой их квалификации из всего числа работающих в психоневрологическом интернате, позволяющее обеспечить качественную помощь инвалидам.

Сравнительный анализ критериев качества сестринской деятельности показал, что наибольшую балльную оценку получил критерий готовности оказания неотложной помощи лицам с психическими расстройствами, даже в случае низкой балльной оценки, т.е. 8,0 – 7,6 и 6,9 баллов (табл.21). Это может свидетельствовать о подготовленности медицинских сестер к работе в психоневрологическом интернате.

Помимо обобщенной оценки качества сестринской деятельности в связи с задачами исследования осуществлена оценка качества работы медицинских сестер инвалидами, проведен анализ взаимодействия медсестер с другими специалистами учреждения, а также самооценка медицинских сестер своей работы.

### **5.1. Оценка медико-социальной реабилитации на основе опроса инвалидов интерната**

В связи с задачами исследования проведен опрос инвалидов, получающих реабилитационные услуги в психоневрологическом интернате №30. Для изучения мнения пациентов о качестве работы медицинских сестер в социологическом исследовании участвовало 300 из 600 инвалидов (вследствие шизофрении 154 чел. и умственной отсталости, легкой и умеренной степени 146 чел.), подлежащих реабилитации. Из 300 инвалидов, включенных в социологическое исследование, 73,4% мужчины и 26,6% женщины. Возрастная характеристика опрошенных (табл.22) показала, что среди всех опрошенных большую долю составили инвалиды в возрасте от 31

до 40 лет – 27,3%. В группе мужчин эта возрастная категория также больше других и составила 29%.

Таблица 22 – Половозрастная характеристика инвалидов, получающих комплексную реабилитацию в ПНИ №30 г. Москвы (абс., в % к итогу)

Возраст	Пол		
	Мужской	Женский	Всего
	абс(%)	абс(%)	абс(%)
Менее 30 лет	36(16,4)	12(15,0)	48(16,0)
31-40 лет	64(29,0)	18(22,5)	82(27,3)
41-50 лет	40(18,2)	22(27,5)	62(20,7)
51-60 лет	52(23,7)	14(17,5)	66(22,0)
Старше 60 лет	28(12,7)	14(17,5)	42(14,0)
Итого опрошено	220(73,4)	80(26,6)	300(100,0)

В группе женщин наибольшая возрастная категория представлена инвалидами от 41 до 50 лет, т.е. 27,5%.

В группу опрошенных инвалидов вошли инвалиды вследствие шизофрении – 154 чел. (51,3%) и умственной отсталости, легкой и умеренной степени– 146 чел. (48,7%). Достоверно значимым является то, что из общего числа инвалидов вследствие шизофрении преобладающую группу составили лица в возрасте от 51 до 60 лет – 37,7%. Среди умственно отсталых доминировали инвалиды от 31 до 40 лет, они составили 42,5% ( $p < 0,05$ ).

Изучена длительность пребывания реабилитируемых инвалидов. Из числа инвалидов вследствие шизофрении наибольшую группу составили лица с длительностью пребывания в психоневрологическом интернате до 10 лет – 32,5%, до 15 лет – 31,2%. Из числа инвалидов вследствие умственной отсталости преобладали лица с длительностью пребывания в психоневрологическом интернате до 15 лет – 36,9%.

При обсуждении деятельности медицинских сестер в реализации реабилитационных мероприятий необходимо было изучение способности инвалидов к передвижению с точки зрения нуждаемости их в помощи медицинских сестер и потребности в использовании технических средств

реабилитации (ТСР). Установлено, что из всего числа опрошенных инвалидов 95,0% передвигаются самостоятельно, из них 92,2% – инвалиды вследствие шизофрении, 97,9% – вследствие умственной отсталости (табл.23).

Таблица 23 – Распределение инвалидов по способности к передвижению (абс., и в % к итогу)

Способность к передвижению	Психическое расстройство						Р
	Шизофрения		Умственная отсталость		Всего		
	абс	%	абс	%	абс	%	
Передвигается самостоятельно	142	92,2	143	97,9	285	95,0	<0,05
Передвигается с посторонней помощью	12	7,8	3	2,1	15	5,0	<0,05
Неспособен к передвижению	0	0	0	0	0	0	>0,05
Всего опрошено	154	100,0	146	100,0	300	100,0	

Из числа опрошенных 5,0% передвигаются с посторонней помощью, среди них 12 чел. (7,8%) инвалиды вследствие шизофрении, 3 чел. (2,1%) инвалиды вследствие умственной отсталости. Инвалидов, неспособных к передвижению, среди опрошенных не оказалось.

В целях изучения оценок инвалидами качества сестринской помощи в психоневрологическом интернате был предложен ряд вопросов, отражающих облик медсестер, их поведение, приемлемые личностные черты, обращение с инвалидами, уход, санитарно-просветительскую их деятельность.

Установлено, что среди личностных черт медицинской сестры инвалиды положительно оценивают преимущественно уравновешенность (62,0%), активность (26,6%) и требовательность (14,4%). Статистически значимых различий между группами инвалидов по данным оценкам не было ( $p > 0,05$ ).

При изучении оценки инвалидами возрастной характеристики медицинских сестер оказалось, что большая доля инвалидов – 70,0% предпочитает в обслуживании их сестер молодого возраста, и только 30,0% –

пожилых медсестер. Лица с умственной отсталостью предпочитают обслуживание молодыми сестрами статистически значимо выше (84,9%), чем лица с шизофренией (55,8%), а инвалиды, страдающие шизофренией (44,2%) статистически значимо выше в обслуживании предпочитают медсестер пожилого возраста, в сравнении с лицами с умственной отсталостью (15,1%) ( $p < 0,05$ ).

Среди инвалидов 94,0% предпочитает вежливо-сочувственное к ним отношение, при этом независимо от нозологической формы психического заболевания: 93,5% инвалидов вследствие шизофрении и 95,5% – вследствие умственной отсталости (различия в группах по нозологии статистически не значимы –  $p > 0,05$ ).

Изучена оценка инвалидами поведения среднего медицинского персонала при выполнении медицинских манипуляций (таблица 22). Выявлено, что значительная доля медсестер (83,3%) предстает как интересующаяся самочувствием инвалида, 14,0% выполняет процедуры безразлично, 2,7% медсестер проявляет негативное отношение.

Из общего числа инвалидов, страдающих шизофренией, 79,2% отмечают участливое отношение к себе медсестер; 16,9% – «молчаливое» отношение, 3,9% – замечают негативное поведение медсестер (табл.24).

Таблица 24 - Поведение среднего медицинского персонала с точки зрения инвалида при выполнении медицинских манипуляций (абс., в % к итогу)

Поведение медсестры во время медицинских манипуляций	Психическое расстройство						P
	Шизофрения		Умственная отсталость		всего		
	абс	%	абс	%	абс	%	
Интересуется самочувствием	122	79,2	128	87,7	250	83,3	<0,05
Выполняет молча	26	16,9	16	11,0	42	14,0	
Проявляет негативизм	6	3,9	2	1,3	8	2,7	
Всего опрошено	154	100,0	146	100,0	300	100,0	



Из числа инвалидов вследствие умственной отсталости 87,7% оценивают отношение к себе медсестер во время манипуляций как сочувственное, 11,0% – замечают равнодушно-молчаливое отношение, 1,3% – негативное ( $p < 0,05$ ).

Одним из основных видов деятельности медицинских сестер является уход и, в частности, выполнение гигиенических процедур. В оценке этой деятельности инвалиды различают бережное, формальное, либо с чувством отвращения выполнение.

При анализе этих показателей 90,7% отметили бережное выполнение гигиенических процедур, 8,0% – формальное, а 1,3% инвалидов оценили это выполнение со стороны медсестер как с чувством отвращения (табл.25).

Выявлены некоторые отличия оценок инвалидами выполнения сестрами гигиенических процедур в зависимости от возраста инвалидов (табл. 25). Из 48 инвалидов 30-летнего возраста 95,8% оценили выполнение этих процедур как бережное и, только 4,2% – как формальное.

Из 82 инвалидов в возрасте от 31 до 40 лет 95,1% признали выполнение гигиенических процедур как бережное, а 4,9% – как формальное.

Из 62 инвалидов в возрасте от 41 до 50 лет 93,5% оценили эту деятельность как бережную, а 6,5% – как формальную.

Из 66 инвалидов в возрасте от 51 до 60 лет оценили эту деятельность как бережную несколько меньше, т.е. 78,8%, при этом оценку как формальное выполнение гигиенических процедур дали 18,2% инвалидов, а как оценку «с чувством отвращения» – 3,0%.

Из 42 инвалидов в возрасте старше 60 лет 90,4% оценили выполнение этой деятельности как бережное, 4,8% – как формальное, 4,8% – как «с чувством отвращения».

Из приведенных оценок инвалидами выполнения гигиенических процедур медсестрами можно видеть, что чем старше инвалиды, тем менее доброжелательное чувство вызывают они у медсестер и это свидетельствует о недостаточном соблюдении ими принципов медицинской этики и

деонтологии. Связь возраста и отношения со стороны медсестер достоверно значимая ( $r=0,152$ ;  $p<0,05$ ).

Таблица 25 – Характер выполнения средним медицинским персоналом гигиенических процедур, ухода с точки зрения инвалида с учетом его возраста (абс., в % к итогу)

Характер выполнения гигиенических процедур, ухода	Возраст инвалидов												P
	До 30 лет		31-40 лет		41-50 лет		51-60 лет		Старше 60 лет		Всего		
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
Бережное	46	95,8	78	95,1	58	93,5	52	78,8	38	90,4	272	90,7	<0,05
Формальное	2	4,2	4	4,9	4	6,5	12	18,2	2	4,8	24	8,0	
С чувством отвращения	0	0	0	0	0	0	2	3,0	2	4,8	4	1,3	
Всего опрошено	48	100,0	82	100,0	62	100,0	66	100,0	42	100,0	300	100,0	

В ходе исследования изучена оценка инвалидами помощи медсестры при различных видах ухода в зависимости от нозологической принадлежности психического заболевания.

Обобщенная оценка ухода всеми инвалидами независимо от психического заболевания показала следующее (табл.26):

- помощь при передвижении в палате оценена 5% инвалидами.
- помощь при передвижении в пределах учреждения признана 30% инвалидами.
- помощь при приеме пищи оценена 32,0% инвалидами.
- помощь при санитарно-гигиенических процедурах оценена 50,6% инвалидами.
- помощь при смене белья оценена 54,0% инвалидами.
- 32,6% опрошенных не нуждались в указанных видах помощи.

Таблица 26 – Оценка инвалидом помощи среднего медицинского персонала при уходе за ним с учетом нозологии (абс., в % к итогу)

Оценка помощи при	Психическое расстройство						Р
	Шизофрения		Умственная отсталость		Всего		
	абс	%	абс	%	абс	%	
Передвижении в палате	12	7,8	3	2,0	15	5,0	<0,05
Передвижении в учреждении	52	33,7	38	26,0	90	30,0	>0,05
Приеме пищи	58	37,6	38	26,0	96	32,0	>0,05
Санитарно-гигиенических процедурах	90	58,4	62	42,4	152	50,6	<0,05
Смене белья	76	49,3	86	58,9	162	54,0	>0,05
Помощь не требуется	50	32,4	48	32,8	98	32,6	>0,05
Всего опрошено	154	100,0	146	100,0	300	100,0	

Выявлены некоторые отличия в оценках инвалидами указанных видов помощи при отдельных психических заболеваниях (табл.26):

- помощь при передвижении в палате оценили 7,8% инвалидов вследствие шизофрении и 2,0% вследствие умственной отсталости ( $p < 0,05$ );
- помощь при передвижении в пределах учреждения оценили 33,7% больных шизофренией и 26,0% лиц с умственной отсталостью ( $p > 0,05$ );
- помощь при приеме пищи оценили 37,6% больных шизофренией и 26,0% с умственной отсталостью ( $p > 0,05$ );
- помощь при санитарно-гигиенических процедурах оценили 58,4% больных шизофренией и 42,4% с умственной отсталостью ( $p < 0,05$ );
- помощь при смене белья оценили 49,3% больных шизофренией и 58,9% лиц с умственной отсталостью ( $p > 0,05$ ).

Сравнительный анализ приведенных данных показал, что инвалиды вследствие умственной отсталости дают более низкую оценку помощи

медицинской сестре, чем больные шизофренией, что может объясняться недостаточным пониманием роли медсестры в уходе.

Деятельность медицинской сестры психоневрологического интерната помимо собственно профессиональной, медицинской сферы включает также и санитарно-просветительскую область, особенно это значимо для лиц с психическими расстройствами, проходящими реабилитацию. Наиболее важными для инвалидов темами являются: о здоровом образе жизни, о погоде, о необходимости принимать лекарства, о правильном питании, о пользе труда, о поведении с окружающими.

71,3% опрошенных инвалидов оценили беседы о здоровом образе жизни; 69,3% – беседы о необходимости принимать лекарства; 66,0% – о правильном питании; 59,3% – о правильном поведении в окружающей обстановке (табл.27).

Таблица 27 – Оценка инвалидами санитарно-просветительной деятельности среднего медицинского персонала с учетом возраста инвалидов (абс., в % к итогу)

Санитарно-просветительные темы	Возраст инвалидов												P
	До 30 лет		31-40 лет		41-50 лет		51-60 лет		Старше 60 лет		Всего		
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
О здоровом образе жизни	38	79,1	72	87,8	42	67,7	42	63,6	20	41,6	214	71,3	<0,05
О погоде	16	33,3	30	36,5	16	25,8	18	27,2	14	33,3	94	31,3	>0,05
О необходимости принимать лекарства	28	58,3	52	63,4	50	80,6	50	75,7	28	66,6	208	69,3	<0,05
О правильном питании	30	62,5	50	60,9	38	61,2	46	69,6	34	80,9	198	66,0	>0,05
О пользе труда	14	29,1	40	48,7	24	38,7	36	54,5	14	33,3	128	42,6	>0,05
Как вести себя в окружающей обстановке	30	62,5	62	75,6	38	61,2	34	51,5	14	33,3	178	59,3	<0,05
Не проводит с Вами беседы	4	8,3	0	0	2	3,2	0	0	4	9,5	10	3,3	>0,05
Всего опрошено	48	100,0	82	100,0	62	100,0	66	100,0	42	100,0	300	100,0	

Оценка санитарно-просветительской деятельности среднего медицинского персонала несколько отличалась в различных возрастных категориях инвалидов (табл.27):

- из 48 инвалидов до 30 лет преобладающей оценкой пользовались беседы о здоровом образе жизни (79,1%), второе место занимали беседы о правильном питании (62,5%) и о поведении в окружающей обстановке (62,5%);
- из 82 инвалидов в возрасте от 31 до 40 лет также высоко оценивались беседы о здоровом образе жизни (87,8%), о поведении в окружающей обстановке (75,6%) и о необходимости принимать лекарства (63,4%);
- из 62 инвалидов в возрасте от 41 до 50 лет наиболее высокую оценку получили беседы о необходимости принимать лекарства (80,6%), о здоровом образе жизни (67,7%), о правильном питании (61,2%), о поведении в окружающей обстановке (61,2%);
- из 66 инвалидов в возрасте от 51 до 60 лет высоко оценили беседы о необходимости принимать лекарства (75,7%), о правильном питании (69,6%), о здоровом образе жизни (63,6%);
- из 42 инвалидов в возрасте старше 60 лет высоко оценили беседы о правильном питании (80,9%), о необходимости принимать лекарства (66,6%), о здоровом образе жизни (41,6%).

Корреляционный анализ оценок инвалидами сестринской санитарно-просветительской деятельности в различных возрастных категориях позволил отметить, что наибольшие доли инвалидов оценивали основополагающие темы: о здоровом образе жизни, о необходимости принимать лекарства, о правильном питании. В более старшем возрасте (после 40 лет) у инвалидов, страдающих шизофренией, наиболее статистически значимой связью была в необходимости приема лекарств и правильное питание ( $r = 0,36$ ;  $p < 0,05$ ). В более молодом возрасте (до 40 лет) у лиц с умственной отсталостью статистически значимой была связь между возрастом и проведением тем о здоровом образе жизни ( $r = -0,217$ ;  $p < 0,05$ ).

Связь между лицами с умственной отсталостью и беседами о том, как вести себя с окружающими является статистически значимой ( $r = -0,192$ ;  $p < 0,05$ ).

В ходе исследования изучена удовлетворенность инвалидов уходом за ними как обобщенная оценка деятельности медицинских сестер психоневрологического интерната, представленная в виде положительной и отрицательной оценки.

Установлено, что из всего числа опрошенных инвалидов (табл.28) удовлетворено уходом 94,7%, не удовлетворено – 5,3% ( $p > 0,05$ ).

Таблица 28 – Удовлетворенность инвалидов с различными психическими расстройствами уходом за ними средним медицинским персоналом в ПНИ (абс., в % к итогу)

Удовлетворенность ухода медицинской сестрой	Психическое расстройство						P
	Шизофрения		Умственная отсталость		Всего		
	абс	%	абс	%	абс	%	
Да	144	93,5	140	95,8	284	94,7	>0,05
Нет	10	6,5	6	4,2	16	5,3	
Всего опрошено	154	100,0	146	100,0	300	100,0	

Анализ показателя удовлетворенности уходом инвалидами позволил выявить следующее:

- из 154 инвалидов вследствие шизофрении удовлетворено уходом 93,5%, не удовлетворено – 6,5%;

- из 146 инвалидов вследствие умственной отсталости удовлетворено уходом 95,8%, не удовлетворено – 4,2%.

При незначительных отличиях показателей удовлетворенности, тем не менее, можно отметить несколько большую удовлетворенность уходом инвалидами вследствие умственной отсталости. Можно предположить, что преобладание инвалидов, менее удовлетворенных уходом среди инвалидов вследствие шизофрении объясняется их личностными особенностями, недоверчивостью и болезненной предубежденностью.

Проведенный анализ оценки инвалидами целостной деятельности медицинских сестер психоневрологического интерната свидетельствует о том, что:

- в социологическом исследовании участвовало 73,4% мужчин и 26,6% женщин;
- 27,3% опрошенных инвалидов в возрасте от 31 до 40 лет;
- из всех категорий инвалидов в исследуемую группу включены инвалиды вследствие шизофрении – 154 чел. (51,3%) и умственной отсталости – 146 чел. (48,7%), как имеющие потенциальные способности;
- большая доля инвалидов (62,0%) оценивают такие личностные характеристики медсестер, как уравновешенность;
- 83,3% инвалидов оценивают отношение медсестер как сочувствующее;
- 90,7% инвалидов оценивают деятельность медицинских сестер при выполнении гигиенических процедур как бережное;
- среди положительных оценок санитарно-просветительской деятельности медицинских сестер наиболее предпочтительными оказались темы о здоровом образе жизни, о необходимости принимать лекарства и о правильном питании;
- большинство инвалидов (94,7%) удовлетворено качеством ухода;
- выделенные в отдельных мнениях инвалидов негативные черты поведения медицинских сестер (безразличие, формализм, безучастность, чувство отвращения, неприязненное отношение) свидетельствует о необходимости работы с медицинскими сестрами на основе принципов медицинской этики и деонтологии.

## **5.2. Профессиональная оценка сестринской практики в психоневрологическом интернате участниками реабилитационного процесса (по результатам опроса специалистов)**

В штате учреждения числится 42 специалиста, участвующих в реабилитационном процессе. Из них 88,1% (37 чел.) – женщины, остальные 11,9% (5 чел.) – мужчины. В возрастном отношении в общем контингенте

специалистов в равных долях – 28,6% специалисты в возрасте от 31 до 40 лет и от 51 до 60 лет, 16,6% составляют специалисты в возрасте от 41 до 50 лет, 14,3% – специалисты старше 60 лет, 11,9% – до 30 лет (табл.29).

Таблица 29 – Возрастная характеристика специалистов психоневрологического интерната №30(абс, в % к итогу)

Специалисты	Возраст											
	До 30 лет		31-40 лет		41-50 лет		51-60 лет		Старше60 лет		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Врач	3	7,1	6	14,3	5	11,8	5	11,95	2	4,8	21	50,0
Соц. работник	1	2,4	0	0	2	4,8	2	4,8	0	0	5	11,9
Психолог	1	2,4	3	7,15	0	0	0	0	0	0	4	9,5
Трудоинструктор	0	0	0	0	0	0	1	2,35	3	7,1	4	9,5
Муз. Работник	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,4	1	2,4
Физкульт. Работник	0	0	1	2,35	0	0	1	2,35	0	0	2	4,8
Юрист	0	0	0	0	0	0	1	2,35	0	0	1	2,4
Воспитатель	0	0	2	4,8	0	0	2	4,8	0	0	4	9,5
Всего	5	11,9	12	28,6	7	16,6	12	28,6	6	14,3	42	100,0

Оценка качества сестринской помощи врачами-специалистами учреждения носила экспертный характер. В социологическом опросе врачам-специалистам были поставлены вопросы оценки качества деятельности медицинских сестер обобщающего характера и в то же время предлагалось дать дифференцированную оценку работы медсестер с учетом характера их деятельности. Показателями оценок служили категории: высокая, удовлетворительная, низкая.

Сотрудникам немедицинских специальностей предлагалось высказать мнение о социальных аспектах деятельности медицинских сестер и оценить уровень своего взаимодействия с ними в рамках реабилитационного процесса в психоневрологическом интернате.

Анализ обобщающей оценки качества сестринской помощи показал, что высокая оценка деятельности медицинских сестер, сделанная врачами, составила 52,7%. Удовлетворительную оценку качества сестринской помощи поставили 47,3% врачей (рис.17).



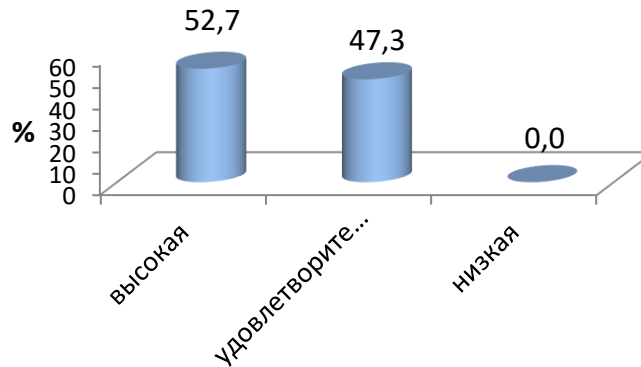


Рисунок 17 – Оценка качества сестринской реабилитационной деятельности врачами-специалистами психоневрологического интерната №30 (%)

В структуре дифференцированных оценок деятельности среднего медицинского персонала выделены:

- качество ухода за инвалидами;
- качество ведения медицинской документации;
- качество выполнения специальных назначений;
- уровень владения медсестрами техническими средствами реабилитации;
- уровень профессиональных знаний;
- распределение времени медицинской сестры в комплексной реабилитации;
- взаимодействие медицинских сестер с другими специалистами;
- оценка знаний медсестер по вопросам реабилитации;
- отношение медицинских сестер к специалистам;
- отношение медицинских сестер к инвалидам;
- качество санитарно-просветительской работы, проводимой медицинскими сестрами;
- знания медицинскими сестрами принципов медицинской этики и деонтологии;
- место и роль медицинской сестры в реабилитационном процессе.

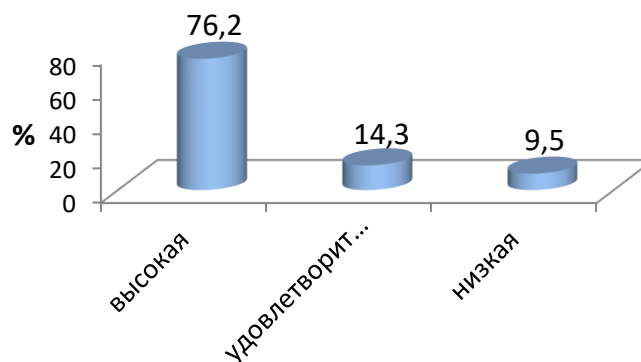


Рисунок 18 – Оценка качества ухода средним медицинским персоналом за инвалидами врачами-специалистами Психоневрологического интерната №30 (%)

На рисунке 18 представлены результаты дифференцированной оценки деятельности среднего медицинского персонала, т.е. при выполнении конкретных видов работ, врачами-специалистами интерната. Высокую оценку качеству ухода за инвалидами (76,2%) дали врачи, однако 14,3% врачей оценили эту деятельность медсестер как удовлетворительную.

Качество ведения медицинской документации было высоко оценено врачами – 33,3%. Однако, и удовлетворительно эта деятельность медсестер была отмечена также большим количеством врачей (62,0%). Это свидетельствует о необходимости совершенствования ведения документации медицинскими сестрами (рис.19).

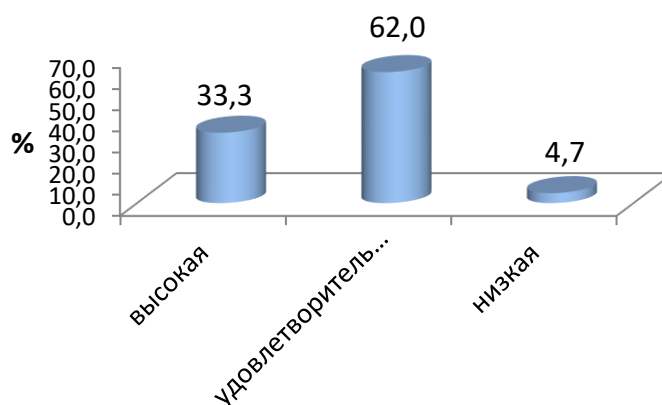


Рисунок 19 – Оценка качества ведения документации средним медицинским персоналом врачами-специалистами Психоневрологического интерната №30 (%)

При оценке качества выполнения специальных назначений (не только медицинских) оказалось, что преобладающую долю составляет не высокая, а удовлетворительная оценка (52,4%), сделанная врачами. Это обстоятельство отражает недостаточно высокое качество выполнения назначений медсестрами и требует вмешательства руководства учреждения (рис.20).

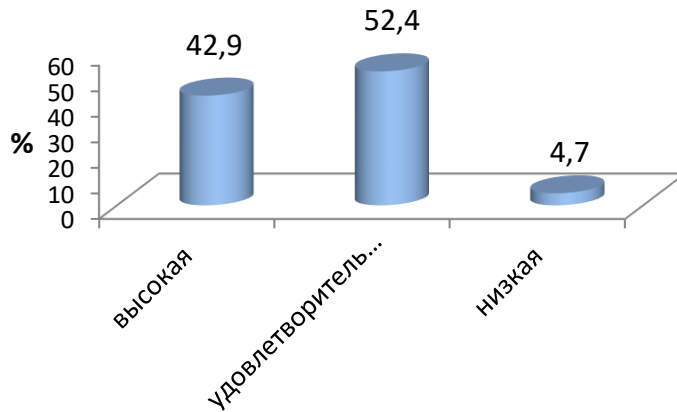


Рисунок 20 – Оценка качества выполнения специальных назначений средним медицинским персоналом врачами-специалистами психоневрологического интерната №30 (%)

При анализе оценки уровня владения медицинскими сестрами техническими средствами реабилитации удовлетворительная оценка, сделанная врачами, составила 42,9%, высокая оценка – 57,1% (рис. 21).

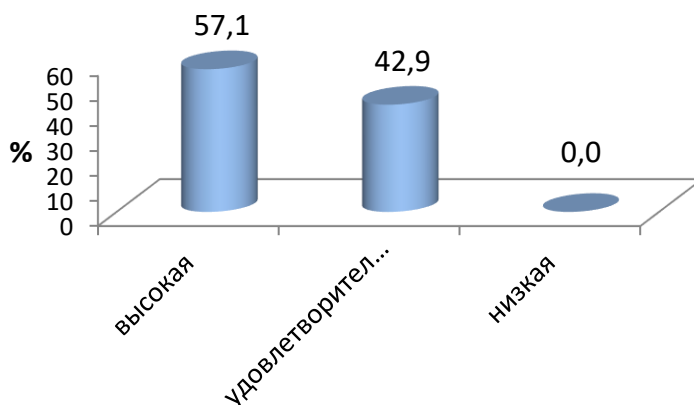


Рисунок 21 – оценка уровня владения средним медицинским персоналом техническими средствами реабилитации врачами-специалистами психоневрологического интерната №30(%)

Существенно важное значение при оценке деятельности качества сестринской деятельности приобретает уровень их профессиональных знаний, который 66,7% врачей оценили, как удовлетворительный (рис. 22). Вместе с тем, и высокую оценку профессиональных знаний медицинских сестер дали 33,3% врачей.

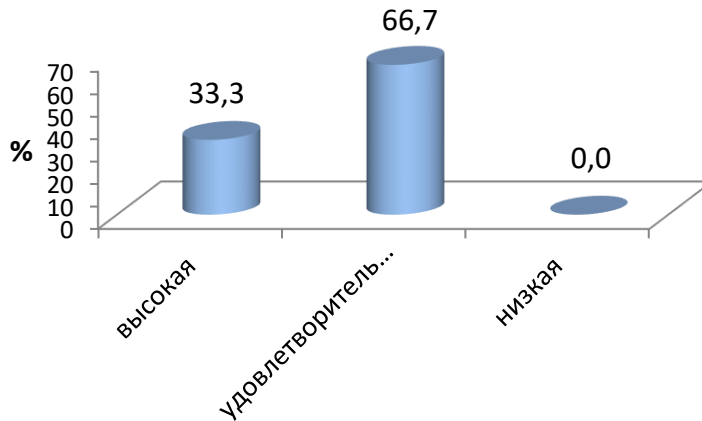


Рисунок 22 – Оценка уровня профессиональных знаний среднего медицинского персонала врачами-специалистами психоневрологического интерната №30 (%)

В связи с задачами исследования выявлена оценка врачами-специалистами качества санитарно-просветительской работы, проводимой медицинскими сестрами (рис.23). 47,6% врачей дали удовлетворительную оценку этой деятельности, 38,1% – высокую.

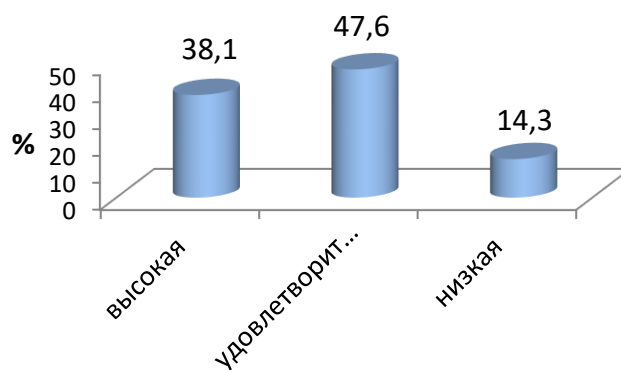


Рисунок 23 – Оценка врачами-специалистами качества санитарно-просветительской работы, проводимой средним медицинским персоналом среди инвалидов психоневрологического интерната №30 (%)

Для характеристики профессиональной деятельности медсестер важное значение приобретает оценка их отношения к инвалидам. Установлено, что преобладающим является формальное отношение, как свидетельствует оценка 47,6% врачей. Однако 38,1% врачей оценили их отношение как сочувственное (рис.24).

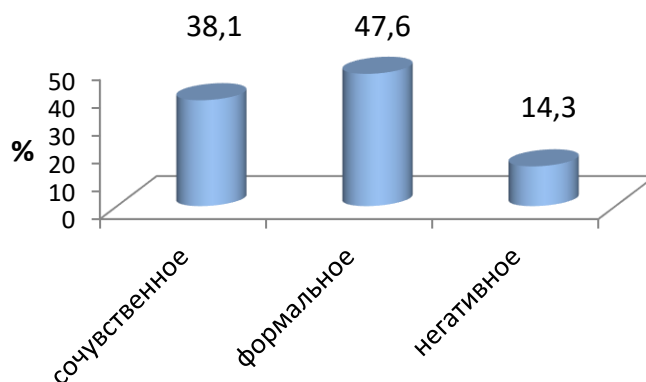


Рисунок 24 – Оценка врачами-специалистами отношения среднего медицинского персонала к инвалидам психоневрологического интерната №30 (%)

В деятельности медицинской сестры существенную роль играет знание и пользование принципами медицинской этики и деонтологии. По мнению 47,6% врачей, эти знания были оценены высоко, 28,6% указали на средний уровень знаний медсестрами этики и деонтологии (рис.25).

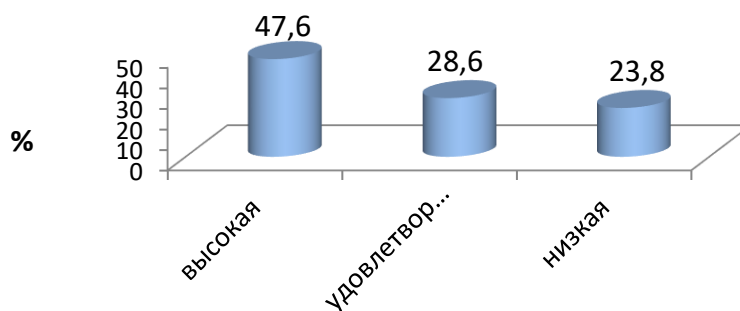


Рисунок 25 – Оценка врачами-специалистами знаний средним медицинским персоналом принципов этики и деонтологии (%)

В современных условиях развития здравоохранения дискуссионным является вопрос о месте и роли медицинской сестры в реабилитационном процессе, в частности, в психоневрологическом интернате.

Социологический опрос всех специалистов учреждения, участвующих в реабилитационном процессе, показал разброс оценок места и роли медицинской сестры психоневрологического интерната №30 (табл.30). Особенно это касается оценок врачей. Среди них 87,5% считают медсестру исполнителем; 63,6% – помощником; 50,0% – коллегой; 28,6% – равноправным участником реабилитационного процесса. Мнения других специалистов тоже разнятся.

Выявленные факторы требуют коррекции, тем более, что в современных условиях медицинская сестра должна значиться в полипрофессиональной бригаде, где ей должна быть отведена роль равнозначного специалиста.

Таблица 30 – Оценка специалистами места и роли медицинской сестры в реабилитационном процессе ПНИ №30 (абс., в % к итогу)

Специалисты	Выбор места и роли медсестры							
	коллега		исполнитель		помощник врача		равнозначный участник РП	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Врач	1	50,0	7	87,5	7	63,6	6	28,6
Соц. работник	0	0	1	12,5	1	9,1	3	14,3
Психолог	0	0	0	0	1	9,1	3	14,3
Трудоинструктор	0	0	0	0	1	9,1	3	14,3
Музработник	1	50,0	0	0	0	0	0	0
Физкульт. Работник	0	0	0	0	0	0	2	9,4
Юрист	0	0	0	0	0	0	1	4,8
Воспитатель	0	0	0	0	1	9,1	3	14,3
Всего	2	100,0	8	100,0	11	100,0	21	100,0

В реабилитационном процессе медицинские сестры взаимодействуют с различными специалистами: врачом, психологом, социальным работником,

трудоинструктором, музыкальным работником, физкультурным работником, юристом, воспитателем.

Таблица 31– Оценка взаимодействия медицинских сестер со специалистами интерната (балльная оценка специалистов)

Специалист	Балльная оценка взаимодействия медсестры со специалистами ПНИ №30								Всего
	м/с с врачом	м/с с соц. раб.	м/с с психол.	м/с с трудоинс-тп	м/с с муз. раб.	м/с с физ. раб.	м/с с юристом	м/с с воспит.	
Врач	103	78	61	39	27	28	23	68	21
Соц. работник	25	17	17	10	9	9	9	15	5
Психолог	20	17	16	13	9	9	7	14	4
Трудоинструктор	18	15	14	16	10	11	5	10	4
Музработник	5	5	5	5	5	5	5	5	1
Физкульт. Работник	10	8	9	6	6	6	3	2	2
Юрист	4	3	4	0	0	0	0	3	1
Воспитатель	20	15	15	9	8	8	9	13	4
Всего баллов	205	158	141	98	74	76	61	130	42

В ходе исследования была определена оценка взаимодействия медицинской сестры с различными специалистами учреждения (табл.31).

При помощи ранжирования сумм баллов субъективных оценок специалистов ГБУ ПНИ №30 (n=42), было оценено взаимодействие медицинских сестер в повседневной деятельности со специалистами интерната.

Взаимодействию медицинских сестер с врачами интерната (205 баллов) был присужден 1 ранг, Взаимодействию медицинских сестер с социальными работниками интерната (158 баллов) был присужден 2 ранг,

взаимодействию медицинских сестер с психологами интерната (141 балл) был присужден 3 ранг, взаимодействию медицинских сестер с воспитателями интерната (130 баллов) был присужден 4 ранг,

взаимодействию медицинских сестер с трудоинструкторами интерната (98 баллов) был присужден 5 ранг,

взаимодействию медицинских сестер с физкультурным работником интерната (76 баллов) был присужден 6 ранг,

взаимодействию медицинских сестер с музыкальным работником интерната (74 балла) был присужден 7 ранг,

взаимодействию медицинских сестер с юристом интерната (61 балл) был присужден 8 ранг (рис.26).

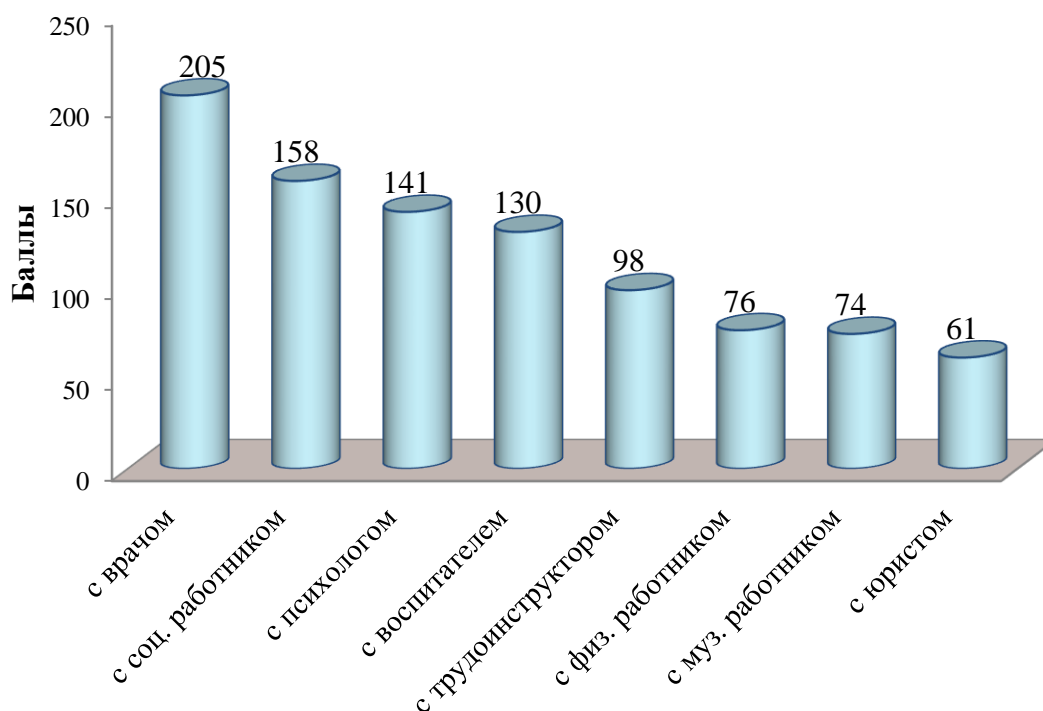


Рисунок 26 – Ранжирование взаимодействия среднего медицинского персонала со специалистами интерната

Таблица 32 – Самооценка взаимодействия среднего медицинского персонала со специалистами интерната (оценка медицинских сестер)

Специалист	Балльная оценка взаимодействия медсестры со специалистами ПНИ №30								Всего
	м/с с врачом	м/с с соц. раб.	м/с с психол.	м/с с трудоемким работником	м/с с муз. раб.	м/с с физ. раб.	м/с с юристом	м/с с воспит.	
медсестра	715	672	572	396	286	286	143	429	143
Всего баллов	715	672	572	396	286	286	143	429	



При помощи ранжирования сумм баллов субъективной самооценки медицинских сестер ГБУ ПНИ №30 (n=143), было оценено взаимодействие медицинских сестер в повседневной деятельности со специалистами интерната (рис.27).

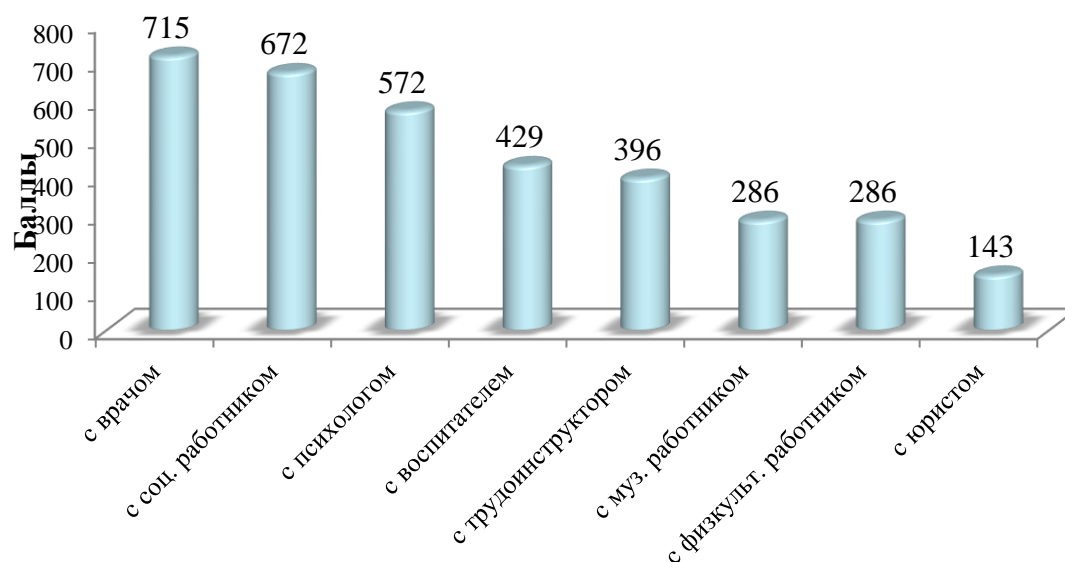


Рисунок 27– Ранжирование взаимодействия среднего медицинского персонала со специалистами интерната (самооценка медицинских сестер ГБУ ПНИ №30)

Взаимодействию медицинских сестер с врачами интерната (715 баллов) был присужден 1 ранг,

взаимодействию медицинских сестер с социальными работниками интерната (672 балла) был присужден 2 ранг,

взаимодействию медицинских сестер с психологами интерната (572 балла) был присужден 3 ранг,

взаимодействию медицинских сестер с воспитателями интерната (396 балла) был присужден 4 ранг,

взаимодействию медицинских сестер с трудоинструкторами интерната (396 баллов) был присужден 5 ранг,

взаимодействию медицинских сестер с физкультурным работником и с музыкальным работником интерната (286 баллов) был присужден 6 ранг,

взаимодействию медицинских сестер с юристом интерната (143 балл) был присужден 7 ранг.

На основании анализа оценки деятельности медицинских сестер специалистами можно сделать ряд обобщающих положений:

- высокую оценку получила деятельность медицинских сестер, оцененная врачами, связанная с уходом за инвалидами (59,3%), с соблюдением медицинской этики и деонтологии (60,0%);

- удовлетворительная оценка деятельности медицинских сестер врачами сделана по ведению медицинской документации (72,2%), выполнению специальных назначений (75,1%), по владению ТСП (56,2%), по уровню профессиональных знаний (56,0%), проведению санитарно-просветительской работы (47,6%).

Выявлен разброс мнений специалистов о месте и роли медицинских сестер в реабилитационном процессе (коллега, помощник, исполнитель, равноценный участник). Так, в оценке врачей медсестра признается исполнителем (87,5%), помощником (63,6%), коллегой (50,0%), равноценным участником (28,6%).

## **ГЛАВА 6. МЕРОПРИЯТИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА И ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ**

Медико-социальная помощь рассматривается как новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной не только на восстановление, но и на сохранение и укрепление здоровья лиц, страдающих психическими расстройствами. В условиях постоянно меняющейся внешней среды, ухудшения показателей здоровья населения возрастает объективная потребность решения взаимосвязанных задач медицинского и социального характера на качественно новом уровне. Потребность в высокопрофессиональных специалистах сестринского дела будет нарастать, поэтому руководители медико-социальных учреждений должны обеспечить сестринскому персоналу возможность непрерывного повышения своей профессиональной компетенции, что становится особенно актуальным при расширении полномочий медицинских сестер психоневрологического интерната.

Результаты проведенного исследования позволили разработать научно-обоснованный комплекс мероприятий по совершенствованию профессиональных компетенций среднего медицинского персонала психоневрологического интерната.

В ходе исследования была изучена потребность опрошенных медицинских сестер в знаниях по отдельным вопросам. Среди них потребность в информации о нормативно-правовой документации по медико-социальной и психиатрической помощи. Это согласуется с результатами, отражающими их недостаточную осведомленность в этой области.

Выявленные обстоятельства позволяют считать, что в целях совершенствования профессиональных компетенций среднего медицинского персонала психоневрологического интерната необходимо просвещение медицинских сестер в области нормативно-правовой сферы (приложение 4). Это следует учитывать при организации сертификационных циклов, ориентирующихся на федеральный и региональный уровень информации. В деятельности психоневрологических интернатов возможны изменения в нормативно-правовых документах регионального и местного (учрежденческого) уровня: постановления, распоряжения, другие документы. В связи с этим усвоение текущей нормативно-правовой документации может положительно сказаться на качестве сестринской помощи.

Среди других потребностей, выявленных у медицинских сестер психоневрологического интерната, значится нуждаемость в информации о побочном действии нейролептических препаратов. Это обстоятельство имеет прямое отношение к качеству сестринской помощи в психоневрологическом интернате.

Психологический аспект ухода – это использование бережных внешних приемов (прикосновение, поглаживание) и адекватного вербального сопровождения (умение ненавязчиво показать и передать свое соучастие в состоянии инвалида). В связи с этим медицинские сестры должны владеть психологическими приемами в рамках своей компетенции и поэтому быть обученными в этой области.

Компетентность медицинских сестер, участвующих в реабилитации инвалидов психоневрологического интерната расширяется за счет необходимости овладения ими и педагогическими приемами, включающими обучение инвалидов с целью восстановления социально-значимых навыков, а также обучения родственников приемам ухода и реабилитации инвалидов за пределами психоневрологического интерната.

Обучение медицинских сестер может осуществляться в различных формах. В ходе настоящего исследования проведено изучение вопроса о

предпочтительной форме обучения для повышения квалификации медицинских сестер. В анкету включено несколько вариантов повышения квалификации (табл.33, рис.28): чтение специальной литературы, посещение занятий в психоневрологическом интернате, участие в конференциях, проводимых в ПНИ, изучение нормативно-правовых документов, обмен опытом и прохождение сертификационных циклов, конкурсы профессионального мастерства.

Таблица 33 – Предпочтительная форма обучения для повышения квалификации среднего медицинского персонала по данным опроса (абс., в % к итогу)

Форма обучения Кол-во человек	Чтение специальной литературы	Посещение занятий в ПНИ	Участие в конференциях, проводимых в ПНИ	Изучение нормативных и методических документов	Обмен опытом	Учеба на рабочем месте	Прохождение сертификационных циклов	Обучение на углубленных курсах для медсестер	Конкурсы профессионального мастерства	Не обучаются	Всего обследовано
абс.	100	112	46	28	51	92	102	21	18	0	143
%	69,9	78,3	32,1	19,6	35,7	64,3	71,3	14,7	12,6	0	100,0

Оказалось, что из всего числа опрошенных потенциальная доля (78,3%) приходилась на посещение занятий в психоневрологическом интернате, как более доступных для посещения. Также значительная доля респондентов (71,3%) опрошенных предпочла обучение на сертификационных циклах, а 69,9% высказалась за чтение специальной литературы.

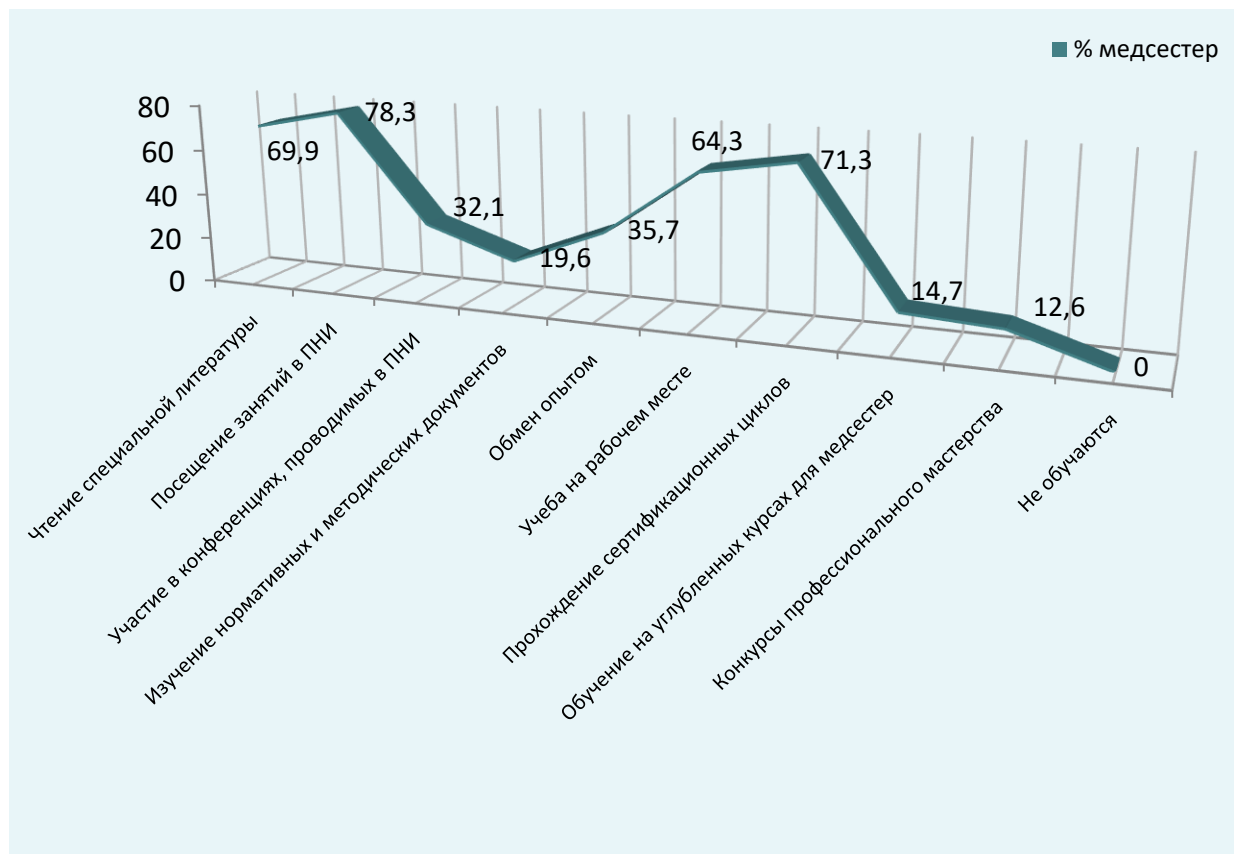


Рисунок 28 – Предпочтительная форма обучения среднего медицинского персонала ГБУ ПНИ №30 (%)

Сравнительный анализ ответов о предпочтительности форм обучения медицинских сестер в зависимости от их медицинского стажа позволил установить следующее:

- среди медицинских сестер со стажем до 5 лет сертификационные циклы предпочитает 51,5%, а из числа опрошенных со стажем свыше 20 лет статистически значимо выше – 73,9% ( $p < 0,05$ );

- анализ посещений занятий в психоневрологическом интернате также показал, что статистически значимо выше (88,4%) составляют опрошенные со стажем свыше 20 лет по сравнению с медицинскими сестрами со стажем 5 лет, среди них 81,8% ( $p < 0,05$ ).

Особенно заметны отличия в предпочтениях учебы на рабочем месте: среди опрошенных со стажем до 5 лет они составляют 51,5%, среди медсестер со стажем свыше 20 лет – 88,4%. Связь между стажем работы и

предпочтения учебы на рабочем месте является статистически значимой ( $r = 0,425$ ;  $p < 0,05$ ).

Полученные данные свидетельствуют о необходимости ориентироваться в целях совершенствования качества работы медицинских сестер на сертификационные циклы и занятия в психоневрологическом интернате.

В отношении предпочтительных форм обучения следует руководствоваться данными, полученными при анкетировании медсестер со стажем свыше 20 лет, как наиболее достоверными, отражающими результат многолетнего практического опыта: сертификационные циклы, учеба на рабочем месте, занятия в психоневрологическом интернате.

Повышение квалификации медицинских сестер как основа улучшения качества сестринского дела процесс непрерывный и многоплановый. Обеспечение непрерывного процесса обучения медицинских сестер возможно на основе учебно-методической работы в лечебно-профилактическом учреждении (Кузнецова Т.М., 2007), которая осуществляется учебно-методическим кабинетом (УМК) (Антипова И.М., Левина Л.Н., Марьяшина Н.А., 2007).

Основанием для его функционирования является приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 11.04.2011г. № 314 «О создании учебно-методических кабинетов (центров)». Направление созданных и функционирующих УМК в системе здравоохранения проявляется в организационно-аналитической деятельности в создании непрерывного образования сестринского персонала, в реализации программ «молодой специалист», «стажированный специалист», «школа резерва», а также в организации научно-исследовательской деятельности в области сестринского дела. Проведение обучающих циклов для медсестер на рабочих местах при правильной организации УМК способствует совершенствованию их профессиональной деятельности, оптимизации и интенсификации труда, а

отсюда и повышению качества оказываемой медицинской помощи (Тамкович Е.Г.с соавт., 2015).

Учитывая направления деятельности сестринского персонала в медицинских организациях и близость их к направлениям деятельности медицинских сестер психоневрологического интерната, в ГБУ ПНИ №30 в 2016 году было разработано Положение о создании учебно-методического кабинета. Обязанности на организацию работы УМК возлагаются на главную медицинскую сестру учреждения. К деятельности учебно-методического кабинета привлекается Совет медицинских сестер ГБУ ПНИ №30. Специалисты, привлекаемые к работе УМК, осуществляют методическую и консультативно-обучающую деятельность.

Основанием для открытия УМК стала потребность в «образовательной самостоятельности» учреждения, что определено Программой развития сестринского дела на период 2010-2020гг. Задачи УМК будут значительно шире, принимая во внимание специфику сестринского дела с учетом его реабилитационной направленности. Деятельность кабинета была самостоятельно обеспечена нормативно-правовой, материально-технической и учебно-методической базой. Была разработана «Программа по непрерывному профессиональному внутриорганизационному обучению медицинских сестер учреждения» (приложение 5) рассчитанная на год, что позволило максимально приблизить теоретические знания к практическому использованию, корректировать учебные мероприятия в зависимости от предъявляемых требований к стационарным учреждениям социальной защиты, связанных с нововведениями в лечении и реабилитации инвалидов, страдающих психическими расстройствами.

За период 2016-2018гг. по данной программе было обучено 102 медицинские сестры, что составляет 71,3% от всего числа. Для контроля знаний использовались тест-опросы, решения ситуационных задач, а также отработка практических навыков.



На начальном этапе непрерывного обучения было очень важно определить мотив для обучения. Мотивам для обучения стали как внешние факторы, так и внутренняя потребность. Мотивы в значительной степени носили добровольный и осознанный характер.

Внутриорганизационное обучение будет менять организацию профессиональной деятельности среднего медицинского персонала, что несомненно приведет к совершенствованию медико-социального обслуживания лиц с психическими расстройствами. Непрерывное медицинское обучение включает всю учебную деятельность, которая осуществляется на протяжении всей жизни с целью развития компетенций или повышения квалификации (Волков С.Р., Волкова М.М., 2015).

Необходимо учитывать также и то, что с развитием медико-социальной и психиатрической помощи возрастает поток информации, которая должна усваиваться сестринским персоналом и использоваться в повседневной практике. Учебно-методический кабинет, в связи с этим, приобретает особую значимость.

За период 2015-2018гг. в рамках реализации предложений данного исследования автором при участии Совета медицинских сестер психоневрологического интерната для совершенствования, координации и анализа деятельности среднего медицинского персонала с целью улучшения качества работы сестринской службы, организации труда, повышения квалификации медицинских сестер и младшего медицинского персонала разработан и подготовлен инструктивно-методический материал по профилактике внутрибольничных инфекций, инфекционной безопасности пациента и медицинского персонала, приказы и инструкции по фармацевтическому порядку, алгоритмы оказания доврачебной помощи при различных неотложных состояниях, стандарт оснащения процедурного, лекарственного кабинетов, изолятора, методические рекомендации по аттестации медицинского персонала. Для лучшей организации работы по обучению сестринского медицинского персонала проводились ежемесячные

обучающие конференции по уходу за больными с демонстрацией фильмов. Были прочитаны лекции по вопросам этики и деонтологии в сестринском деле, выполнению санитарно-эпидемиологического режима в отделениях, профилактики, лечения и реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами. Ежегодно проводились конкурсы профессионального мастерства на звание «Лучший по профессии» среди медицинских сестер и младшего медицинского персонала.

Модель организации технологии сестринского реабилитационного процесса психоневрологического интерната нашла отражение в пяти этапах сестринского процесса:

1. Обследование инвалида (физикальное, психологическое, социальное). Создание информационной базы данных в Карте сестринского наблюдения – формирование сестринской истории болезни (assessingphase).

2. Диагностирование состояния инвалида (выявление проблем, потребностей и постановка сестринского диагноза), (diagnosingphase).

3. Планирование реабилитационных мероприятий (формирование в Карте сестринского наблюдения целей и задач сестринского ухода, определение участия инвалида и его семьи в реабилитационном процессе, составление плана сестринского ухода, сроков их осуществления, объемов необходимых ресурсов, ожидаемых результатов (planningphase).

4. Выполнение плана комплексного воздействия полипрофессиональной бригады (осуществление сестринских вмешательств, ведение плана сестринского ухода), (implementingphase).

5. Оценка полученных результатов (изменение состояния инвалида, реакция пациента и его семьи на сестринский уход, качество оказанной помощи, подведение итогов - оценка эффективности сестринского процесса), (evaluatingphase).

Первый этап сестринского реабилитационного процесса – сестринское обследование – касается не только физических, но и психологических, социальных, духовных потребностей инвалида. Его цель – получение

информации об инвалиде. Различают субъективное и объективное обследование.

На втором этапе сестринского реабилитационного процесса анализируют полученные в ходе обследования данные и формулируют сестринский диагноз. Этот диагноз отличается от врачебного. Сестринский диагноз нацелен на выявление реакций организма в связи с болезнью. Сестринский диагноз может меняться ежедневно и даже в течение одного дня по мере изменений реакций организма на болезнь. Сестринский диагноз – вмешательство сестринского персонала в пределах его компетенций. Сестринский диагноз связан с представлениями инвалида о состоянии собственного здоровья, а не с возникающими патофизиологическими изменениями в организме, как при врачебном диагнозе.

Задача сестринского диагностирования – выявление всех настоящих или возможных в будущем проблем инвалида, определение того, что в настоящий момент его тяготит, формулировка сестринского диагноза и попытка в пределах своей компетенции спланировать мероприятия по сестринскому уходу и комплексной реабилитации.

На третьем этапе сестринского реабилитационного процесса для каждой первостепенной проблемы необходимо сформулировать цель и план сестринского ухода. Цели должны быть реальными, измеряемыми в пределах компетенции медицинской сестры, сроки достижения конкретными. План ухода – это письменное руководство по уходу за инвалидом, где отображены проблемы инвалида, предусмотрены цели и намечены действия по их реализации. В плане отображается динамика самочувствия инвалида, цели и объем оказанной сестринской помощи, предусматривающий виды сестринских вмешательств и реакцию пациента на уход. Это возможность научиться сопоставлять, объединять, формулировать, фиксировать и анализировать исследования в письменной форме. План ухода призван свидетельствовать о качестве работы и уровне компетенций сестринского персонала.

На четвертом этапе сестринского реабилитационного процесса выполняют намеченные планы. Сестринские вмешательства бывают зависимые, независимые и взаимозависимые. При зависимых вмешательствах медицинская сестра действует по требованию или под наблюдением врача. Медсестре не стоит делать все автоматически, она имеет право уточнить назначение, перепроверить, если ее что-то смущает. При независимом вмешательстве медсестра действует по собственной инициативе в рамках своих компетенций. Это может быть помощь в самообслуживании, поддержании двигательной активности, духовное воспитание, проведение социально-бытовых или досуговых мероприятий. При взаимозависимом вмешательстве сестринский персонал действует наравне с другими специалистами полипрофессиональной бригады.

На пятом этапе сестринского реабилитационного процесса оценивают достижение поставленной цели. Он заключается в определении эффективности проведенной работы самой медсестрой, инвалидом, его родственниками и членами полипрофессиональной бригады. При анализе результатов ухода и реабилитационных мероприятий оценивается психический, соматический и социальный статус инвалида. При необходимости пересматривается план сестринских мероприятий. Если цель не достигнута, анализируется формулировка сестринского диагноза, цели и планы сестринского ухода. Оценка эффективности позволяет не только оценить реакцию инвалида на предоставленный уход, но и выявить сильные и слабые стороны своей профессиональной деятельности.

В соответствии с этапами сестринского реабилитационного процесса были разработаны и внедрены в деятельность среднего медицинского персонала индивидуальный план сестринского ухода и «Карта сестринского наблюдения за инвалидом» (Приложение б), где отображаются все проблемы инвалида и соответствующие мероприятия, направленные на решение этих проблем. Карта сестринского наблюдения заводит на каждого инвалида. На ее основе обеспечивается индивидуальный подход к каждому инвалиду,

адресное предоставление медико-социальных услуг. Она отражает работу коллектива медицинских сестер, учитывая особенности и специфику инвалидов психоневрологического интерната. Фиксирование каждого действия сестры за конкретным инвалидом в карте сестринского наблюдения дает возможность определить объем и качество оказанных медико-социальных реабилитационных услуг, сравнить проведенные мероприятия со стандартами. Наличие данной документации, показывающей участие сестринского персонала в процессе ведения конкретного инвалида, повышает ответственность среднего медперсонала за свою деятельность.

Учитывая специфику инвалидов, находящихся в ГБУ ПНИ № 30, направления деятельности среднего медицинского персонала, членами Совета медицинских сестер была разработана и предложены к внедрению должностная инструкция палатной медицинской сестры психоневрологического интерната №30, в которой были расширены их должностные обязанности (с 28 до 33). В их состав вошли обязанности, касающиеся сопровождения инвалидов на всех этапах реабилитационного воздействия: обучению инвалидов социально-бытовым, социально-средовым навыкам, т.е. сделан акцент на социальную составляющую ее профессиональной деятельности. Это усиливает многоплановую роль медицинской сестры в составе полипрофессиональной бригады.

Для оценки профессиональной деятельности среднего медицинского персонала и внутреннего контроля качества их работы членами Совета медицинских сестер были разработаны и внедрены «Проверочные листы» (еженедельный административный обход отделения) (Приложение 7), результатом которых является соблюдения требований к качеству и безопасности сестринской деятельности.

На основе мероприятий по совершенствованию профессиональных компетенций медицинских сестер психоневрологического интерната были проанализированы следующие показатели: своевременность и полнота выполнения врачебных назначений (наличие осложнений), соблюдение

технологий и алгоритмов выполнения медико-социальных услуг (согласно стандартам), соблюдение санитарно-эпидемиологического режима и инфекционной безопасности, выполнение фармацевтического порядка, гигиеническое содержание пациента (наличие пролежней), а также число повторных госпитализаций инвалидов в психиатрические больницы за период 2014-2018гг. (табл. 34).

Таблица 34 – Анализ показателей оценки деятельности среднего медицинского персонала ГБУ ПНИ № 30 за 2014-2018гг.

Показатели	Количество случаев выявленных нарушений в течение года				
	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год
несвоевременность и не полное выполнения врачебных назначений (наличие осложнений)	18	15	11	5	1
несоблюдение технологий и алгоритмов выполнения манипуляций (согласно стандартам)	31	28	13	0	0
несоблюдение санитарно-эпидемиологического режима и инфекционной безопасности	48	49	27	13	4
невыполнение фармацевтического порядка	37	35	19	9	4
гигиеническое содержание пациента (наличие пролежней)	29	18	11	1	1

Из таблицы видно, что количество случаев несвоевременности и неполноты выполнения врачебных назначений (наличие осложнений) в 2018 году снизилось на 94% по сравнению с 2014 годом. Случаев нарушения соблюдения технологий и алгоритмов выполнения манипуляций (согласно стандартам) в 2017-2018гг. выявлено не было, за 2014-2016гг. отмечено снижение данного показателя в 2,4 раза (с 31 до 13). Количество случаев несоблюдения санитарно-эпидемиологического режима и инфекционной безопасности снизилось с 2018 года на 91,7% по сравнению с 2014 годом, нарушения при выполнении фармацевтического порядка и гигиеническом

содержании пациента (наличие пролежней) снизилось в 2018 году на 89,2% и 96,5% соответственно.

Ежегодно на курсах повышения квалификации проходят обучение около 30-35 медицинских сестер. Сертификационные курсы являются обязательными, проходят один раз в пять лет. Повышение квалификации проходит на базе ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России с обязательным получением сертификата. Тематика курсов полностью соответствует специальности «медицинская сестра палатная» в стационарных учреждениях социальной защиты. Обучение проводят высококвалифицированные преподаватели.

Важным критерием профессиональной деятельности медицинской сестры является наличие квалификационной категории (высшая, первая, вторая). Всего в учреждении работают 143 медицинские сестры. Мы проанализировали данный критерий (наличие квалификационной категории) за период 2014-2018гг. В 2014 году высшую квалификационную категорию имели 47 чел. (32,9%), в 2018г – 69 чел. (48,2%), первую квалификационную категорию в 2014 году имели 15 чел. (10,6%), а в 2018г. уже 19 чел. (13,3%), вторую квалификационную категорию в 2014 году имела 1 (0,6%) медсестра, а в 2018г – 4 (2,8%) медицинские сестры.

Также из числа старших медицинских сестер (9чел.), за указанный период 5 человек дополнительно повысили свой уровень квалификации в Высшей медицинской школе и получили сертификат по специальности «Организация сестринского дела».

Анализ количества повторных случаев госпитализации вследствие обострения основного заболевания показал, что число повторных госпитализаций инвалидов в психиатрические больницы за период 2014-2018 гг. снизилось на 57,9% (табл. 35). В 2014 г. количество случаев госпитализации составило 76, а в последующие годы постоянно снижалось до 61 случая в 2015-2016гг. (-19,8%), до 49 случаев в 2017г. (-15,7%), до 32

случаев в 2018 г. (-22,4%). Показатель наглядности в 2018 году по отношению к 2014г., принятому за 100,0% равен 42,1%.

Таблица 35 – Количество случаев повторных госпитализаций инвалидов ПНИ №30 в психиатрические больницы за 2014-2018гг. (абс.)

Годы	Количество случаев повторных госпитализаций		
	И.П.	П.Н.	Темп роста/убыли, %
2014	76	100,0	-
2015	61	80,2	-19,8
2016	61	80,2	0
2017	49	64,5	-15,7
2018	32	42,1	-22,4

Число обоснованных жалоб со стороны инвалидов и их родственников по медико-социальному обслуживанию инвалидов ПНИ №30 за период 2014-2018 гг. сократилось в 2,3 раза (табл.36). В 2014 г. количество обоснованных жалоб составило 74, а в последующие годы постоянно снижалось до 72 жалоб в 2015г. (-2,7%), до 69 в 2016гг. (-4,1%), до 58 жалоб в 2017г. (-14,8%), до 32 случаев в 2018 г. (-35,2%). Показатель наглядности в 2018 году по отношению к 2014г., принятому за 100,0% равен 43,2%.

Таблица 36 – Количество обоснованных жалоб со стороны инвалидов и их родственников по медико-социальному обслуживанию ПНИ №30 за 2014-2018 гг. (абс.)

Годы	Количество обоснованных жалоб		
	И.П.	П.Н.	Темп роста/убыли, %
2014	74	100,0	-
2015	72	97,3	-2,7
2016	69	93,2	-4,1
2017	58	78,4	-14,8
2018	32	43,2	-35,2



Приведенная информация позволяет сформулировать ряд обобщающих положений, отражающих мероприятия по совершенствованию качества работы медицинских сестер, участвующих в реабилитации инвалидов психоневрологического интерната:

- в целях улучшения качества работы сестринского персонала психоневрологического интерната необходимо включение в программу их обучения в рамках сертификационных циклов и на базе психоневрологического интерната информационно-основных законодательных и нормативно-правовых документов;

- для повышения профессионального мастерства и качественного обеспечения реабилитационной деятельности медицинских сестер считать необходимым введение в программу обучения информации об осложнениях при проведении нейрорепитической терапии;

- в целях повышения качества реабилитационной деятельности медицинских сестер, расширения функциональных обязанностей за счет социальной составляющей (с 28 до 33), необходимо совершенствование их компетентности за счет овладения ими приемами психологического и педагогического воздействия на инвалидов и их родственников, обучение социально-бытовым, социально-средовым навыкам;

- изучение предпочтительных форм обучения медицинских сестер позволяет считать наиболее преферентными сертификационные циклы и занятия в психоневрологическом интернате;

- для осуществления непрерывного процесса обучения медицинских сестер с учетом постоянно обновляющейся информации в области медико-социальной и психиатрической помощи целесообразно создание учебно-методического кабинета, разработать и ввести в действие «Программу по непрерывному профессиональному внутриорганизационному обучению медицинских сестер учреждения»;

- в рамках сестринского реабилитационного процесса с целью индивидуального подхода в осуществлении медико-социальных услуг необходимо использовать «Карту сестринского наблюдения за инвалидом»;

- для своевременной оценки качества работы среднего медицинского персонала использовать «Проверочные листы» (еженедельный административный обход отделения), «Экран качества работы медицинской сестры» с целью оценки эффективности выполнения основных показателей работы среднего медицинского персонала.

- отмечено снижение показателя несвоевременного и неполного выполнения врачебных назначений в 18 раз. Количество случаев несоблюдения санитарно-эпидемиологического режима и инфекционной безопасности снизилось в 12 раз, гигиенического содержания пациента - в 29 раз.

- выявлено сокращение количества повторных госпитализаций инвалидов ПНИ №30 в психиатрические стационары на 57,9% за период с 2014г. по 2018г.

- за период 2014-2018гг. количество жалоб со стороны инвалидов и их родственников сократилось в 2,3 раза.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность исследования основана на широком использовании сестринской помощи в различных учреждениях здравоохранения и системы социальной защиты. От качества сестринской помощи зависят конечные результаты медицинского вмешательства, медикаментозного и немедикаментозного воздействия на больных и инвалидов, диагностики и профилактики заболеваний. В последние десятилетия сестринская помощь широко используется в учреждениях восстановительного лечения, реабилитационных центрах.

В научных публикациях широко обсуждается место и роль медицинской сестры в комплексном восстановительном лечении, характер ее взаимодействия с различными специалистами медицинских и медико-социальных учреждений.

Данное исследование представляет собой комплексное социально-гигиеническое, реабилитационно-экспертное, социологическое исследование. В нем на основе системного подхода и использования современных статистических, прямого наблюдения, аналитического и социологического методов проведен анализ деятельности среднего медицинского персонала, участвующего в реализации комплексной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната №30 города Москвы.

В ходе работы социологическому исследованию подверглись все медицинские сестры (143 чел.), все специалисты (42 чел.) и 300 инвалидов (из 600 чел., находящихся на реабилитации) – выборка репрезентативна.

Изучена половозрастная характеристика медицинских сестер (преобладают женщины – 92,3%), их навыки по оказанию сестринской помощи при различных психических расстройствах, особенности личностных черт медсестер, оказывающих влияние на качество медицинской помощи, выявлены факторы, способствующие успешному выполнению всех видов работы и негативно отражающиеся на качестве сестринской деятельности при реализации комплексной реабилитации инвалидов. Изучен

уровень знаний среднего медицинского персонала нормативно-правовой документации, выявлен недостаток этих знаний и потребность в их восполнении. Установлена необходимость получения информации об острых неврологических состояниях, возникающих при психофармакотерапии.

В ходе исследования изучены направления деятельности среднего медицинского персонала в реализации комплексной реабилитации инвалидов интерната, при анализе которых установлена приоритетность медицинских мероприятий. Выявлен широкий диапазон реабилитационной деятельности среднего медицинского персонала, которая включает обучение инвалидов различным способам жизнедеятельности, умению жить с инвалидностью, обучение родственников приемам ухода и реабилитации инвалидов, что усиливает роль среднего медицинского персонала как полноправного участника реабилитационного процесса в полипрофессиональной бригаде специалистов.

Разработана модель взаимодействия среднего медицинского персонала со специалистами полипрофессиональной бригады в реализации комплексной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната, отражающая многоаспектный характер его участия в реабилитационном процессе. Показано, что реабилитационная деятельность среднего медицинского персонала является отражением новой организационной формы сестринской практики, повышающей престиж сестринского дела.

В ходе исследования разработана методика обобщенной оценки деятельности среднего медицинского персонала, в основу которой положены четыре критерия: оценка качества выполнения врачебных назначений, качества наблюдения за инвалидами, страдающими психическими расстройствами, качества ухода за инвалидами, готовность оказания неотложной психиатрической помощи. Каждый из указанных критериев оценивался по четырем балльным показателям, имеющим определенное содержание. В результате суммарной оценки качества деятельности среднего медицинского персонала установлено, что 62,3% медицинских сестер имеют

высокую (18,5 баллов) оценку, 29,3% – умеренную (17,6 баллов) и 8,4% – низкую (15,4 баллов), что свидетельствует о достаточно высокой их квалификации, позволяющей обеспечить качественную сестринскую помощь инвалидам.

В связи с задачами исследования проведена оценка деятельности среднего медицинского персонала на основе интервьюирования инвалидов интерната, получающих реабилитационные услуги. Представлена медико-социальная характеристика инвалидов и их оценка сестринской помощи. Оказалось, что среди положительных оценок наиболее предпочтительны личностные характеристики медицинских сестер (уравновешенность, сочувствие, бережное отношение), а также удовлетворенность уходом.

По результатам анкетирования специалистов реабилитационного процесса 52,7% врачей отметили высокую оценку качества сестринской помощи. Вместе с тем, и удовлетворительные оценки – 47,8% сделаны врачами. Низких оценок качества сестринской помощи не высказано ни одним специалистом. В структуре дифференцированных оценок выделены такие, как качество ухода, ведение медицинской документации, выполнение специальных назначений, уровень профессиональных знаний, владение техническими средствами реабилитации, распределение рабочего времени, взаимодействие медицинских сестер с другими специалистами, уровень знаний по реабилитации. При этом высокая оценка качества ухода, ведения медицинской документации сделана врачами. В отношении оценок качества выполнения специальных назначений и владения техническими средствами реабилитации преобладают удовлетворительные оценки, что свидетельствует о необходимости улучшения этой работы и контроля со стороны непосредственных руководителей. Удовлетворительная оценка преобладает и при выявлении профессиональных знаний медицинских сестер и их отношения к инвалидам за счет формального. Высокая оценка медицинским сестрам дана врачами знаниям медицинской этики и деонтологии.

В отношении места и роли (коллега, исполнитель, помощник, равнозначный участник) среднего медицинского персонала в реализации комплексной реабилитации инвалидов выявлен разброс оценок, особенно это касается оценки врачей. Установленные факты нуждаются в коррекции, т.к. в современных условиях организации медико-социальной помощи, когда создаются полипрофессиональные бригады, среднему медицинскому персоналу должна быть отведена роль равнозначного участника.

Изучено взаимодействие среднего медицинского персонала и специалистов - экспертов с точки зрения самих специалистов и самооценки медицинских сестер. Посредством ранжирования сумм баллов субъективных оценок специалистов учреждения, каждому взаимодействию присвоен собственный ранг. Наибольшая степень взаимодействия среднего медицинского персонала (1 ранг) выявлена во взаимодействии с врачами, 2 и 3 ранг – с социальными работниками и психологами (соответственно). Полученные данные совпадают с самооценкой среднего медицинского персонала психоневрологического интерната.

В связи с задачами исследования разработаны мероприятия по совершенствованию профессиональных компетенций среднего медицинского персонала в реализации комплексной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната.

На основании выявленной недостаточности правовой информированности среднего медицинского персонала сформулировано предложение об усилении просвещения медицинских сестер в области нормативно-правовой документации, составлен и рекомендован перечень основных нормативно-правовых актов в сфере социальной защиты, социального обслуживания и реабилитации инвалидов.

В ходе исследования была выявлена потребность среднего медицинского персонала в информации о побочном действии нейрорепрессивных препаратов, в связи с чем было рекомендовано включение данной информации в тематику сертификационных циклов.

С учетом опыта работы учреждений здравоохранения и на основании приказа Департамента здравоохранения города Москвы «О создании учебно-методических кабинетов (центров)» в психоневрологическом интернате №30 создан учебно-методический кабинет с целью непрерывного внутриорганизационного образования среднего медицинского персонала.

На основе изучения потребностей среднего медицинского персонала в предпочтительных формах повышения квалификации была разработана «Программа по непрерывному профессиональному внутриорганизационному обучению медицинских сестер учреждения» и введена в действие. Также рекомендовано ориентироваться на циклы повышения квалификации (сертификационные циклы). В результате внедрения данных мероприятий увеличилось количество среднего медицинского персонала, имеющего высшую квалификационную категорию с 32,9% в 2014г. до 48,2% в 2018г. (15,3%), количество людей, имеющих первую квалификационную категорию, увеличилось на 2,7%, вторую – на 2,2% соответственно.

Учитывая специфику инвалидов, находящихся в ГБУ ПНИ № 30, направления деятельности среднего медицинского персонала, распределения рабочего времени на выполнение медико-социальных услуг, членами Совета медицинских сестер была разработана и предложены к внедрению должностная инструкция палатной медицинской сестры психоневрологического интерната №30, в которой были расширены их должностные обязанности (с 28 до 33).

В соответствии с этапами сестринского реабилитационного процесса были разработаны и внедрены в деятельность среднего медицинского персонала индивидуальный план сестринского ухода и «Карта сестринского наблюдения за инвалидом», которая дает возможность планировать, осуществлять и оценивать уход, отвечающий потребностям отдельного инвалида.

Для своевременной оценки качества и эффективности выполнения основных показателей работы среднего медицинского персонала

рекомендовано использовать «Проверочные листы» (еженедельный административный обход отделения) и «Экран качества работы медицинской сестры».

Проведена оценка эффективности разработанных мероприятий. Разработанная и апробированная в рамках сестринского реабилитационного процесса «Карта сестринского наблюдения за инвалидом» оценена как эффективная, что позволяет среднему медицинскому персоналу усилить адресность оказываемых услуг и совершенствовать их профессиональные компетенции.

Разработанные мероприятия по совершенствованию деятельности среднего медицинского персонала психоневрологического интерната повышают эффективность профессиональных компетенций, что способствует профилактике развития обострений основного психического расстройства инвалидов, сократив случаи повторных госпитализаций в психиатрические стационары на 57,9% за период исследования.

Количество жалоб со стороны инвалидов и их родственников за период исследования снизилось более чем в 2,3 раза (56,8%), что показывает положительный эффект разработанных и проведенных мероприятий.

Таким образом, разработанные мероприятия по совершенствованию профессиональных компетенций среднего медицинского персонала в реализации комплексной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната дали положительный эффект и показали высокую медицинскую и социальную эффективность и могут быть использованы для широкого внедрения в практику.



## ВЫВОДЫ

1. Динамика инвалидности вследствие болезней класса психических расстройств и расстройств поведения в Российской Федерации в период 2005-2018 гг. характеризовалась уменьшением общего числа инвалидов (с 55 тыс. до 31 тыс. человек). Уровень инвалидности составил 2,7 на 10 тыс. взрослого населения. В структуре первичной инвалидности по возрасту преобладали лица молодого (44,8% от общего числа ВПИ) и пожилого (38,6%) возраста, тогда как ВПИ среднего возраста было меньше (20,9%). Превалировали инвалиды II группы, на долю которых приходилось 41,2% от общего числа ВПИ (ВПИ I группы – 32,7%, ВПИ III группы – 26,1%). В Приволжском (40,0%), Уральском (36,4%), Сибирском (37,6%) и Дальневосточном (36,9%) федеральных округах доля ВПИ I группы в структуре первичной инвалидности была выше среднероссийского показателя (32,7%).

2. В структуре повторной инвалидности вследствие болезней класса психических расстройств и расстройств поведения в Российской Федерации преобладали лица молодого возраста (69,8% от общего числа ППИ), инвалидов среднего и пожилого возраста было меньше (23,0% и 8,4% соответственно). Динамика структуры повторной инвалидности вследствие психических расстройств у лиц пожилого возраста характеризовалась преобладанием ППИ I группы (53,0% от общего числа ППИ) с тенденцией роста (49,4% – 55,6%).

3. За период 2005-2018 гг. число психоневрологических интернатов в РФ увеличилось на 19,5% (с 442 до 528), число проживающих в них инвалидов – на 25,9% (с 128 тыс. до 161,2 тыс.). Отмечается рост доли пожилых и инвалидов, состоящих на очереди для помещения в стационарные учреждения социального обслуживания более одного года с 36,5% до 45%. Среди проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов мужчины составили 53,1%, женщины – 46,9%.

4. Социально-демографическая характеристика среднего медицинского персонала характеризуется преобладанием женщин (92,3%), более половины которых относятся к средней возрастной категории (65% в возрасте 31-50 лет). Наибольший стаж имеют медицинские сестры в возрасте 41-50 лет (53,7%).

5. Средний медицинский персонал со стажем до 15 лет имеет наиболее полные (100%) знания в области особенностей медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие психических расстройств и расстройств поведения ( $p < 0,05$ ). В то же время недостаточный уровень знаний в области законодательно-правовой базы выявлен у значительного числа среднего медицинского персонала со стажем свыше 20-ти лет (73,9%) по сравнению с опрошенными со стажем до 5-ти лет (54,5%) ( $p < 0,05$ ). Первое ранговое место среди негативных факторов занимает такой фактор, как большая психоэмоциональная нагрузка (83,2% всех опрошенных) ( $r = -0,213$ ;  $p > 0,05$ ).

6. Направления реабилитационного процесса среднего медицинского персонала психоневрологического интерната носят многоаспектный характер. Помимо медицинской реабилитации (медикаментозное лечение, немедикаментозная терапия и профилактика), увеличился вектор социальной направленности. Содействие в социально-бытовых и социально-средовых мероприятиях оказывали соответственно 85,3% и 78,3% опрошенных; 74,1% респондентов принимали участие в содействии организации досуговых мероприятий, 57,3% в духовном воспитании, 41,9% – в трудоустройстве инвалидов в зависимости от медицинского стажа. Степень вовлеченности медицинских сестер в социальное содействие инвалидам статистически значимо коррелировала с их медицинским стажем ( $p < 0,05$ ).

7. Внедрение разработанных критериев качества деятельности среднего медицинского персонала на основе балльной системы оценки их профессиональных компетенций позволило проводить оценку качества медико-социальной реабилитации и выделить 3 группы медсестер: с высоким

(62,3%), умеренным (29,3%) и низким уровнем осуществления сестринской реабилитационной деятельности (8,4%).

8. В результате социологического опроса (анкетирования) специалистов учреждения показано, что квалифицированный средний медицинский персонал обладает функциональным уровнем специалиста комплексной полифункциональной бригады. Наибольшая степень коллаборации (1 ранг взаимодействия) среднего медицинского персонала имеет место с врачами, тогда как уровень взаимодействия с социальными работниками и психологами ниже (2 и 3 ранг соответственно). Степень удовлетворенности инвалидов качеством медико-социальной реабилитации была высокой (94,7%).

9. Реализация разработанных и внедренных мероприятий по совершенствованию организации работы среднего медицинского персонала за 5 лет проведения научного исследования демонстрирует свою эффективность в аспекте расширения профессиональных компетенций (до 33 против исходных 28), увеличение показателя своевременного и полного выполнения врачебных назначений (в 18 раз), снижения числа случаев несоблюдения санитарно-эпидемиологического режима и инфекционной безопасности (в 12 раз), ненадлежащего гигиенического содержания пациента (в 29 раз). Частота повторных госпитализаций инвалидов из психоневрологического интерната в психиатрические больницы сократилась на 57,9%.

10. Активное использование возможностей системы непрерывного внутриорганизационного обучения на рабочем месте позволило расширить профессиональные компетенции, повысить функциональную роль и квалификационную категорию (с 32,9% в 2014г. до 48,2% в 2018г.), улучшить качество медико-социальной реабилитации. Количество жалоб со стороны инвалидов и их родственников за период научного исследования снизилось более чем в 2,3 раза (на 56,8%).

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Сформированный банк данных показателей первичной и повторной инвалидности вследствие класса болезней психических расстройств и расстройств поведения целесообразно использовать медицинским организациям министерства здравоохранения и учреждениям министерства труда и социальной защиты населения в качестве научной информационной базы для проведения мониторинга и определения нуждаемости в реабилитационных технологиях.
2. Методические материалы по совершенствованию профессиональной деятельности среднего медицинского персонала психоневрологического интерната рекомендуются для практического использования стационарными учреждениями социальной защиты населения субъектов Российской Федерации с целью организации медико-социальной реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами и расстройствами поведения.
3. Руководителям учреждений стационарного социального обслуживания целесообразна разработка Положения о создании учебно-методического кабинета и его организация в учреждении с целью осуществления непрерывного внутриорганизационного образовательного процесса для среднего медицинского персонала. Следует уделить особое внимание повышению уровня знаний в области нормативных правовых актов в сфере социальной защиты, социального обслуживания и медико-социальной реабилитации с акцентом на геронтопсихиатрические аспекты.
4. Руководителям учреждений стационарного социального обслуживания рекомендуется для повышения качества и обеспечения комплексного подхода к осуществлению медико-социальной реабилитации инвалидов внедрение в рамках сестринского реабилитационного процесса «Карты сестринского наблюдения за инвалидом», «Проверочных листов еженедельных административных обходов».

5. Руководителям сестринских служб стационарных учреждений социальной защиты для формирования объективного суждения о качестве профессиональной деятельности среднего медицинского персонала необходимо проводить постоянный мониторинг мнения участников реабилитационного процесса (врачей, психологов, социальных работников, инвалидов). С этой целью могут быть использованы анкеты, разработанные в данном научном исследовании.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Аббясов, И.Х. Основы сестринского дела: учебник для студентов средних профессиональных учебных заведений / И.Х. Аббясов, С.И. Двойников, Л.А. Карасева; под общ. ред. С.И. Двойникова. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 336с.
2. Авдеева, Г.А. Роль руководителей сестринского персонала в организации и совершенствовании работы медицинских сестер отделения сестринского ухода для больных психиатрического профиля / Г.А. Авдеева, Ю.В. Вурманчева // Главная медицинская сестра. – 2008. – № 7. – С.33 – 42.
3. Алексеева, Е.Е. Социальный портрет специалиста со средним медицинским образованием в современном здравоохранении / Е.Е.Алексеева, И.Г. Новокрещенова, В.В. Чунакова, И.В. Новокрещенов // Саратовский научно-медицинский журнал. –2015. – Т. 11. – № 3. – С. 237 – 242.
4. Антипова, И.Н. Обоснование и опыт создания учебно-методического кабинета по сестринскому делу в ведомственной поликлинике / И.Н. Антипова, Л.Н. Левина, Н.А. Марьяшина // Главная медицинская сестра. – 2007. – №.12 – С.117 – 125.
5. Антюшко, Т.Д. Уход за пациентом – сестринские компетентности / Т.Д. Антюшко // Матер. всеросс. форума мед. сестер «Будущее профессии создадим вместе: открытость, доступность, информированность» 11–13 октября 2012г. – С-Пб., 2012. – С. 86 – 87.
6. Афолина, М.А. Традиции милосердия в отечественной медицине /М.А. Афолина, С.П. Глянцев // Матер. секции «Сестринское дело: история и современность» в рамках научной конференции с международным участием «Наследие Пирогова: прошлое, настоящее, будущее», посвященной 200-летию со дня рождения Н.И.Пирогова. – М., 2010. – С.21 – 26.

7. Афолина, М.А. Научно обоснованные подходы к обеспечению качества сестринской помощи в кардиохирургическом стационаре: автореф. дис. ...канд. мед. наук:14.02.03/ Афолина Мария Александровна.– М., 2013. – 26с.
8. Ачкасов, Е.Е. Психологические аспекты медицинской реабилитации /Е.Е. Ачкасов, Н.Д. Творогова, Е.В. Машковский.– М.: «ГОЭТАР-Медиа», 2018. – 352с.
9. Ачкасов, Е.Е. Технические средства реабилитации инвалидов и безбарьерная среда. Учебное пособие /Е.Е. Ачкасов, С.Н. Пузин, Е.В. Машковский.– М.: «ГОЭТАР-Медиа», 2019. – 128с.
10. Айвазян, С.А. Прикладная статистика. Исследование зависимостей /С.А. Айвазян, И.С. Енюков, Л.Д. Мешалкин. – М.: Финансы и статистика 1985. – 480 с.
11. Бахтина, И.С. Оценка качества сестринской реабилитационной помощи пациентам с пограничными расстройствами психики / И.С. Бахтина, С.А. Калинина, Е.Е. Герцек // Курортная медицина. –2016. – № 2. – С. 103.
12. Беспалова, Г.Н. Опыт введения должности медицинской сестры-координатора психосоциальной работы в психиатрической больнице / Г.Н. Беспалова // Главная медицинская сестра. – 2008. – № 7. – С.61 – 77.
13. Барашина, Л.В. Современные подходы к оценке качества сестринской помощи / Л.В. Барашина // Курсовая работа по административно-управленческому направлению Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова, факультет высшего сестринского образования, кафедра управления сестринской деятельностью. – М., 2009. – 22с.
14. Бирюкова, Н.А. Современный подход к оценке качества сестринской помощи / Н.А. Бирюкова // Матер. всеросс. форума мед. сестер «Будущее профессии создадим вместе: открытость, доступность,

- информированность» 11–13 октября 2012г. – С-Пб., 2012. – С. 120 – 124.
15. Бокерия, Л.А. Милосердие как этическая составляющая сестринского ухода за больными в России/ Л.А. Бокерия, С.П. Глянцев, М.А. Афонина // Бюлл. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания. Пятнадцатый всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов». – М., 2010. – т.11.– № 6. – С.39 – 46.
16. Вавилычев, А.С. Проблемы и направления оптимизации кадрового обеспечения системы здравоохранения Российской Федерации/А.С. Вавилычев, И.В. Подушкина, В.О. Смирнов, В.Б. Абдалов // В сборнике: Актуальные проблемы управления здоровьем населения Юбилейный сборник научных трудов; под общ. ред. И.А. Камаева, В.М. Леванова. – Нижний Новгород. – 2017. – С. 238 – 241.
17. Васильева, А.З. Инновационные методы подготовки специалистов здравоохранения среднего звена для обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи / А.З. Васильева // Главная медицинская сестра. – 2010. – № 9. – С. 139 – 145.
18. Верткин, А.Л. Коморбидность – новая патология. Технологии её профилактики и лечения / А.Л. Верткин, Н.О. Ховасова // Архив внутренней медицины.– 2013. – № 4. (12). – С. 68 – 72.
19. Виноградов, С.В. Сестринское дело в психиатрии и состояние психиатрической службы: актуальные вопросы и пути решения / С.В. Виноградов // Матер. всеросс. форума мед. сестер «Будущее профессии создадим вместе: открытость, доступность, информированность» 11–13 октября 2012г. – С-Пб., 2012. – С.163 – 166.
20. Волков, С.Р. Формирование толерантного взаимодействия медицинских сестер как задача руководителя сестринской службы / С.Р. Волков, М.М. Волкова //Главная медицинская сестра. –2014.– № 7. – С.33 – 51.



21. Волков, С.Р. Обеспечение непрерывного образования и профессионального развития специалистов сестринского дела как один из важнейших ресурсов повышения качества медицинской помощи / С.Р. Волков, М.М. Волкова // Главная медицинская сестра. – 2015. – № 8. – С. 106 – 119.
22. Волков, С.Р. Статистика здравоохранения: показатели деятельности специализированных служб и организаций здравоохранения и методика их расчета. Статистика психоневрологических диспансеров (Лекция 16) / С.Р. Волков // Главная медицинская сестра. – 2016. – № 3. – С. 89 – 102.
23. Вурманчева, Ю.В. Организация работы отделения сестринского ухода в психиатрическом стационаре / Ю.В. Вурманчева, Э.Х. Халиулина, Т.В. Петрова // Главная медицинская сестра. – 2012. – № 2. – С.20 – 33.
24. Габоян, Я.С. Контроль и оценка деятельности сестринского персонала лечебных отделений больницы: автореф. дис. ...канд. мед.наук: 14.02.03 / Габоян Яна Сергеевна. – М., 2010. – 26с.
25. Гаврилова, С.И. Болезнь Альцгеймера: современные представления о диагностике и терапии / С.И. Гаврилова. – М.: Авторская Академия, 2012. – 79с.
26. Гебель, К. М. Медико-реабилитационное отделение с общежитием для больных в структуре психиатрического стационара / К.М. Гебель // Психиатрия. – 2019. – №. 79. – С. 44 – 50.
27. Гнатюк, О.П. Медицинская помощь лицам пожилого и старческого возраста. Проблемы и механизмы реализации стратегии на региональном уровне / О.П. Гнатюк // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – №4. – С. 25 – 30.
28. Голева, О.П. Мотивирующие факторы в повышении качества сестринской помощи / О.П. Голева, Г.В. Федорова, З.Б. Тасова, Е.Ю. Смержаник, И.В. Дулева, Т.М. Черникова //Здравоохранение РФ. – 2015. –№4. – С. 38 – 41.

29. Голенков, А.В. Особенности работы медицинского персонала скорой психиатрической помощи при обслуживании психически больных с агрессивными тенденциями / А.В. Голенков, Д.А. Ундеров, А.В. Аверин // Главная медицинская сестра. – 2014.– № 9. – С.113 – 127.
30. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: [Постановление Правительства Российской Федерации №294 от 15 апреля 2014 [Электронный ресурс]] //Консультант Плюс. Правовая информационная система. Режим доступа: <http://base.consultant.ru>, (дата обращения 17.02.2013).
31. Грицанчук, А.М. Многофакторная оценка качества работы медицинских сестер при оказании медицинской помощи пожилым пациентам / А.М. Грицанчук // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – №. 4 (68).
32. Губарева, Е.А. Реабилитация в условиях психоневрологического интерната // Молодой ученый. — 2016. — №9. — С. 988 – 991. — URL <https://moluch.ru/archive/113/29000/> (дата обращения: 11.06.2019).
33. Гузенко, О.А. Факторы напряженности трудового процесса в профессиональной деятельности психиатрической медицинской сестры/ О.А Гузенко // Матер. всеросс. форума мед. сестер «Будущее профессии создадим вместе: открытость, доступность, информированность» 11–13 октября 2012г. – С-Пб., 2012. – С. 166 – 168.
34. Гурович, И.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Я.А. Сторожакова. – М.: Медпрактика, 2004. – 492с.
35. Дамулин, И.В. Деменция и заболевания мелких церебральных сосудов/ И.В. Дамулин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014 (114). – №8. – С.105 – 109.
36. Двойников, С.И. Оптимизация системы сестринского образования – путь к эффективному кадровому менеджменту в здравоохранении / С.И.

- Двойников, С.Л. Гусева, Е.В. Зорина // Главная медицинская сестра. – 2014. – № 2. – С.13 – 18.
37. Двойников, С.И. В сестринском деле грядут существенные изменения / С.И. Двойников // Главная медицинская сестра. – 2015.– № 3. – С.13 – 20.
38. Дегтерев, В. А. К вопросу о системе непрерывного профессионального образования /В.А. Дегтерев //Успехи современного естествознания. – 2014. –№ 92. –С. 175–180.
39. Дементьева, Н.Ф. Психосоциальная реабилитация инвалидов /Н.Ф. Дементьева, Б.А. Сырникова, В.С. Ларионова // Вестник Всеросс. общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2008. – №4. – С.55 – 57.
40. Дементьева, Н.Ф. Реабилитация психически больных в стационарных учреждениях социальной защиты / Н.Ф. Дементьева, Н.П. Жигарева, Т.Ф. Мурзина. – С.Пб.: «Айсинг», 2012. – 280с.
41. Дементьева, Н.Ф. Изучение некоторых аспектов деятельности медицинских сестер, участвующих в реабилитации инвалидов с психоневрологическими заболеваниями / Н.Ф. Дементьева, Н.В. Филаткина // Главная медицинская сестра. – 2015.– №2. – С.110 – 124.
42. Дерягина, О.В. Организация работы медицинских сестер по реабилитации молодых умственно отсталых пациентов / О.В. Дерягина // Главная медицинская сестра. – 2007.– № 12. – С.10 – 13.
43. Добрынина, Е.А. Научные исследования в сестринском деле/Е.А. Добрынина, Л.А. Титова, В.В. Кабанова // Наука, образование, общество: тенденции и перспективы развития. Материалы III Междунар. науч.-практ. конф. в 2 т.; редкол.: О.Н. Широков [и др.] – Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс». – 2016. –1т. – С. 76 – 78.
44. Дымочка, М.А. Особенности динамики показателей инвалидности среди взрослого и детского населения Российской Федерации /А.М.

- Дымочка, Л.П. Гришина, З.М. Волкова // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2017. – № 3. – С. 8 – 16.
45. Емелин, А.Ю. Когнитивные нарушения при цереброваскулярной болезни/ А.Ю. Емелин // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – №4. – С.11 – 18.
46. Жигарева, Н.П. Комплексная реабилитация инвалидов в учреждениях социальной защиты: учебно-практическое пособие / Н.П. Жигарева. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2017. 2-е изд. – 208с.
47. Жигарева, Н.П. Деятельность мультифункциональных бригад в реализации программ реабилитации. Концепция этапных предпочтений интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья / Н.П. Жигарева, А.В. Мишин, Ю.А. Решетняк // Вестник Всеросс. общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. –2009. – №3. – С.10 – 13.
48. Засыпкина, Е.В. Социальный статус и профессиональная роль медицинской сестры в процессе реформы отечественного здравоохранения: автореф. дисс. ...канд. мед. наук: 14.02.05 / Засыпкина Елена Викторовна. – Волгоград, 2013. – 26с.
49. Засыпкина, Е.В. Роль сестринского персонала в оказании медико-социальной помощи пациентам третьего возраста / Е.В. Засыпкина, Р.Ю. Девличарова // Мировоззренческие и поведенческие стратегии разных возрастных групп в российском обществе: Матер. всерос. науч. конф. –Саратов, 2010. – С. 123 – 125.
50. Иванюшкин, А.Я. Этика сестринского дела / А.Я. Иванюшкин. – М.: ГРАНТЬ, 2003. – 168с.
51. Ильницкий, А. Н. Медсестра и реабилитация в гериатрии / А.Н. Ильницкий // Медицинская сестра. –2017. – №5. – С.4 – 7.
52. Индейкин, Е.Н. Оценка качества сестринской деятельности (сестринский аудит): опыт больниц Великобритании /Е.Н.Индейкин //

- Вопросы экспертизы качества медицинской помощи. – 2008. – № 11. – С. 19 – 26.
53. Казаковцев, Б.А. Первичная инвалидность и первичная заболеваемость как критерии психиатрической профилактики / Б.А. Казаковцев // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2016. – Т. 1. – № 2 (13). – С. 49 – 52.
54. Кашафутдинова, Г.Т. Современное состояние сестринского дела в развитых странах: расширение сестринской практики / Г.Т. Кашафутдинова, В.Ю. Байсугурова // Вестник КАЗМУ. – 2013. – №3. – С.8 – 11.
55. Квачахия, Л.Л. О достоинствах и недостатках модели непрерывного медицинского образования /Л.Л. Квачахия, В.Н. Мишустин // Карельский научный журнал. – 2017. – Т. 6. – № 3 (20). –С. 34 – 38.
56. Кекелидзе, З.И. Стратегии в отношении психического здоровья граждан позднего возраста / З.И. Кекелидзе, Л.Е. Пищикова, Ю.И. Полицук // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – №4. – С.9 – 14.
57. Кирюхин, О.Л. Проблема оценки качества медицинской помощи: ориентация на пациента (аналитический обзор анкет и опросников 1979-2017 годов) / О.Л.Кирюхин, В.И. Бузынин // Центральный научный вестник. –2017. – Т. 2. –№ 21 (38). – С. 7 – 10.
58. Климентова, И.В. Толерантность как фактор профессионализации медицинских сестер в психиатрии / И.В. Климентова, Е.А. Андриянова // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). –2015. – № 11. – С. 25 – 34.
59. Климентова, И.В. Медицинские сестры психиатрической службы как особая профессиональная группа / И.В. Климентова, Е.А. Андриянова, Е.В. Чернышкова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2016. – Т. 12. – № 2. – С. 199 – 202.

60. Комаров, Ю.М. Качество медицинской помощи: ожидания и действительность / Ю.М. Комаров // *Здравоохранение*. – 2013. – № 5. – С. 19 – 28.
61. Комаров, Ю.М. О подготовке врачебных кадров в Российской Федерации / Ю.М. Комаров // *Медицина*. – 2015. – №3. – С. 1 – 11.
62. Кондратова, Н.В. Роль медицинской сестры в обеспечении безопасности пациентов группы высокого риска падений в стационаре / Н.В. Кондратова // *Главная медицинская сестра*. – Дайджест журнала. – 2016. – С. 2 – 10.
63. Консон, К. Анализ профессиональной компетенции сестринского персонала, работающего с пожилыми пациентами / К. Консон, Е.В. Фролова // *Медицинская сестра*. – 2018. – №1. – С.45 – 48.
64. Коробов, М.В. Особенности инвалидности граждан пенсионного возраста Санкт-Петербурга / М.В. Коробов, О.В. Хорькова // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. – 2015. – № 4. – С. 7 – 12.
65. Криворучко, Ю.Д. Инвалидность взрослого населения вследствие психических расстройств и расстройств поведения и аспекты медико-социальной реабилитации / Ю.Д. Криворучко, Н.В. Филаткина // *Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. – 2019. – №3. – С. 47 – 60.
66. Лаврова, Д.И. Динамика заболеваемости и инвалидности вследствие психических расстройств у взрослого населения в российской федерации / Д.И. Лаврова, О.В. Логвинова, А.А. Корнилов // *Научная дискуссия: инновации в современном мире*. – 2016. – № 4 – 2 (47). – С. 105 – 108.
67. Левин, О.С. Современные подходы к диагностике и лечению постинсультных когнитивных нарушений / О.С. Левин // *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. – 2014. – № 1. – С.40 – 46.

68. Лиманкин, О. В. Реабилитационные подходы в отечественной и зарубежной психиатрии: различия и общность проблем и решений / О.В.Лиманкин // Психиатрия. – 2019. – №. 79. – С. 30 – 36.
69. Линденбратен, А.Л. Вопросы управления инновационными процессами в здравоохранении / А.Л.Линденбратен, Н.К. Гришина // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 1. – С 97 – 100.
70. Логвинова, О.В. Пути организации непрерывного профессионального развития специалистов со средним медицинским образованием в лечебно-профилактическом учреждении / О.В. Логвинова // Главная медицинская сестра. –2009.– № 2. – С. 118 – 121.
71. Мартина, Л.В. Инновационные технологии в КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Эрдмана Ю.К.». Клиника первого психотического эпизода / Л.В.Мартина // Матер. всеросс. форума медсестер «Будущее профессии создадим вместе: открытость, доступность, информированность» 11 – 13 октября 2012г. – С-Пб., 2012. – С. 172 – 175.
72. Матвейчик, Т.В. Медицинская помощь и модели ее оказания медицинскими сестрами в современных условиях / Т.В. Матвейчик// Медицинские новости. – 2017. – № 3. – С. 22 – 27.
73. Матыцын, Н.О. Компоненты системы управления качеством медицинской помощи / Н.О. Матыцын, Э.М. Шпилянский, А.И. Баранов // Вестн. Росздравнадзора. – 2015. – № 6. – С.28 – 33.
74. Медик, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для вузов / В.А.Медик, В.К.Юрьев. – 2-ое изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 608с.
75. Михайлова, А.В. От профессионального конкурса по стандартам WorldSkills Russia к первичной аккредитации специалиста / А.В.Михайлова, А.П. Новикова // Система менеджмента качества: опыт и перспективы. – 2017. – № 6. – С. 146 – 150.

76. Моисеева, Е.Г. Исследования в сестринском деле: особенности деятельности медицинской сестры кардиологического отделения городской больницы святого великомученика Георгия / Е.Г. Моисеева // Матер. всеросс. форума мед. сестер «Будущее профессии создадим вместе: открытость, доступность, информированность» 11 – 13 октября 2012г. – С-Пб., 2012. – С. 295 – 297.
77. Москвичева, М.Г. Актуальные вопросы организации непрерывного медицинского образования. Справочные материалы / М.Г. Москвичева, Е.В. Шишкин // Непрерывное медицинское образование и наука. – 2017. – Т. 12. – № 2. – С. 3 – 10.
78. Мурашко, М.А. Качество медицинской помощи: пора меняться / М.А. Мурашко // Вестник Росздравнадзора. – 2017. – № 1. – С. 10 – 21.
79. Мышкина, Л.В. Обучающие сестринские технологии в практической деятельности медицинской сестры / Л.В. Мышкина, Г.И. Сулопарова // Матер. всеросс. форума мед. сестер «Будущее профессии создадим вместе: открытость, доступность, информированность» 11 – 13 октября 2012г. – С-Пб., 2012. – С. 301 – 304.
80. Мышкина, Л.В. Эффективность обучающих сестринских технологий в повышении качества жизни пациентов: автореф. дисс. канд. мед. наук: 14.02.33./ Л.В.Мышкина. – М., 2009. – 169 с.
81. Науменко, А.А. Болезнь Альцгеймера под маской инсульта / А.А. Науменко, Н.В. Вахнина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2016. – 8(2). – С.100 – 106.
82. Нечаев, Н.Д. Методологические аспекты оптимизации бригадной реабилитации пациентов психиатрического стационара / Н.Д. Нечаев // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2017.– № 2.– С. 100 – 103.
83. Новикова, С.В. Проблемы информированности медицинской сестры в вопросах нормативно-правовой базы в области реабилитации граждан



- пожилого возраста и инвалидов / С.В. Новикова, Е.К. Баталова, Л.Ю. Терешина // Главная медицинская сестра. – 2013. – № 10. – С.105 – 115.
84. Обуховец, Т.П. Основы сестринского дела / Т.П. Обуховец, О.В. Чернова. – М.: Феникс, 2011. – 608с.
85. О мерах физического стеснения при оказании психиатрической помощи:[ Письмо Минздрава России от 26 декабря 2002г. № 2510/12967-02-32[Электронный документ]]. – Режим доступа: <http://rudocor.net/medicine/bz-vw/med-smnaf.htm> (дата обращения 15.09.2014).
86. Орлов, Ф.В. Медсестра психосоматического отделения / Ф.В. Орлов, М.В. Григорьева // Медицинская сестра. – 2014.– № 6. – С. 7 – 10.
87. О реализации приказа Минздрава России от 10.02.2016 № 83н "Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием" [Письмо Министерства здравоохранения РФ от 29 марта 2016 г. № 16-5/10/2-1907 [Электронный документ]. – Режим доступа: <http://www.garant.ru> (дата обращения 24.04.2017).
88. Павлов, Ю.И. Современное состояние сестринского дела и роль медсестры-менеджера в оптимизации системы управления сестринской деятельностью / Ю.И. Павлов, С.В. Лапик // Главная медицинская сестра. –2009. – № 10. – С.20 – 36.
89. Пайбакова, Т.А. Принципы управления сестринским делом на региональном уровне: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.02.03/ Пайбакова Татьяна Александровна.– Ижевск. – 2013. – 24с.
90. Панычева, Л.Б. Работа медицинской сестры в детском психиатрическом отделении / Л.Б. Панычева // Матер. всеросс. форума мед. сестер «Будущее профессии создадим вместе: открытость, доступность, информированность» 11 – 13 октября 2012г. – С-Пб., 2012. – С.175 – 178.

91. Перечень острых состояний в психиатрической практике и оказание доврачебной помощи; составлен Советом медицинских сестер Шихазанской межрайонной психиатрической больницы // Главная медицинская сестра. – 2012. – № 5.– С.38 – 47.
92. Петрова, Н.Г. Теоретические аспекты контроля качества медицинской помощи применительно к сестринской практике / Н.Г. Петрова, С.Г. Погосян, Т.И. Миннуллин, В.Б. Брацлавский // Современные проблемы науки и образования. – Пенза: Академия Естествознания, 2015. – 205 с.
- Петрова, Н. Г. Роль медицинской сестры в мультидисциплинарной бригаде реабилитационного профиля / Н.Г.Петрова, С.А. Калинина, Т.И. Миннулин // Ученые записки СПбГМУ им. ИП Павлова. – 2016. – Т. 23. – №. 3. – С. 65 – 70.
94. Платникова, Т.В. Проблемы ухода за больными с ОНМК в раннем периоде реабилитации / Т.В. Платникова // Матер. всеросс. форума мед. сестер «Будущее профессии создадим вместе: открытость, доступность, информированность» 11 – 13 октября 2012г. – С-Пб., 2012. – С. 87 – 90.
95. Попова, Н.М. Совершенствование квалификации среднего медицинского персонала как важный фактор повышения качества оказания сестринской помощи в медицинской организации / Н.М. Попова, В.А. Салахутдинова // Главная медицинская сестра. – 2012.– № 9. – С.38 – 57.
96. Попова, С.М. Проблемы глобального старения населения: анализ документов и стратегии ООН / С.М. Попова, А.А. Яник // Международное право и международные организации. – 2014. – № 3. – С. 429 – 443.
97. Профессиональный стандарт «Медицинская сестра психиатрическая» [утв. решением экспертного совета Минтруда и социальной защиты 5 декабря 2013г.]. – 59с.
98. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей

- руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 25.08.2010 N 18247) (ред. от 09.04.2018г.) [Электронный ресурс] // Консультант Плюс. Правовая информационная система: [сайт]. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru>, свободный. – Загл. с экрана (дата обращения 17.02.2015).
99. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н (ред. от 01.08.2014) "Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников" (Зарегистрировано в Минюсте России 18.03.2013 N 27723) [Электронный ресурс] // Консультант Плюс. Правовая информационная система: [сайт]. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru>, свободный. – Загл. с экрана (дата обращения 10.06.2016).
100. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17.12.2015г. № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» [Электронный документ]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/71309914/>(дата обращения 28.03 2019).
101. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 08.10.2015г № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (в ред. от 15.06.2017г.). [Электронный документ]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru> (дата обращения 14.09 2017).
102. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы «О создании учебно-методических кабинетов (центров)» от 11.04.2011г. № 314 [Электронный документ]. – Режим доступа: <http://moscow-portal.info/2011/04/11/a26388.htm> (дата обращения 14.09 2014).

103. Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии № 1180-ст от 17 октября 2013 г. «ГОСТ Р 52143-2013 Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг»[Электронный документ]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/1200107237> (дата обращения:20.04.2016).
104. Приказ Департамента социальной защиты населения города Москвы «Об общественных (попечительских) советах в учреждениях социальной защиты населения» от 06.03.2014г. № [Электронный документ]. – Режим доступа: [http://www.dszn.ru/activities/podderzhka\\_detey\\_sirot/normative-base/orders-dspp/](http://www.dszn.ru/activities/podderzhka_detey_sirot/normative-base/orders-dspp/) (дата обращения 18.11.2014).
105. Приказ Минздрава России от 25.06.2014 N 309 "Об утверждении плана мероприятий («дорожная карта») по расширению функций специалистов со средним медицинским образованием» Положения об аккредитации специалистов" [Электронный документ]. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru> (дата обращения 10.06.2017).
106. Приказ Минздрава России от 02.06.2016 N 334н "Об утверждении Положения об аккредитации специалистов" (Зарегистрировано в Минюсте России 16.06.2016 N 42550[Электронный документ]). – Режим доступа: <http://base.consultant.ru> (дата обращения 10.06.2017).
107. Программа развития сестринского дела в России на 2010-2020гг. // Главная медицинская сестра. –2009. –№ 12. – С.25–49.
108. Пузин, С.Н. Медико-социальный аспект развития паллиативной помощи больным с деменцией/ С.Н.Пузин, Ю.Д. Криворучко.// Российский психиатрический журнал. - 2017.- № 4.- С. 13-22.
109. Пузин, С.Н. Актуальные вопросы медико-социальной реабилитации в амбулаторных условиях: пациенты, страдающие деменцией/С.Н. Пузин, М.А. Шургая, О.М. Торопова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2015. – № 1. – С.4 – 9.

110. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 5 февраля 2016 г. № 164 «Об утверждении Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года». [Электронный документ]. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru> (дата обращения 10.06.2017).
111. Ревская, И.А. Технологизация управления профессиональным развитием кадров медицинских организаций [Текст] / И.А. Ревская // Исследования и практика в медицине. – 2016. – Т 3. – № 1. – С.79 – 83.
112. Решетова, Т.В. Психологическая помощь пациенту с деменцией и его семье / Т.В. Решетова // Научно-практ. конф. «Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии» / Под ред. проф. Арьева А.Л. СПб. – 2011. – С.227 – 230.
113. Руженков, В.А. Современные подходы к оценке удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи лицам с психическими расстройствами/ В.А. Руженков, В.И. Трунов // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 5. – С. 4.
114. Руженская, Е.В. Вопросы непрерывного профессионального образования медицинского персонала психиатрии / Е.В. Руженская // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием "Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы" . – 2015. – С. 613.
115. Рябчикова, Т.В. Научные подходы к оптимизации трудовой мотивации медицинских сестер/ Т.В. Рябчикова, О.М. Фролова // Матер. всеросс. форума мед. сестер «Будущее профессии создадим вместе: открытость, доступность, информированность» 11-13 октября 2012г. – С-Пб., 2012. – С.297 – 300.
116. Рябчикова, Т.В. Мотивация к трудовой деятельности медицинских сестер психиатрического профиля/Т.В. Рябчикова, Э.С. Сергеева, Л.Н. Ласкарева, Л.А. Качанова // Матер. Юбилейной научно-

- практич. конф., посвященной 30-летию Института последипломного образования ИвГМА.- 2015.- С. 61-62.
117. Самойленко, В.В. Профессиональная деятельность медицинской сестры: структурное наполнение, законодательное регулирование, научно-обоснованная оценка / В.В. Самойленко // Матер. всеросс. форума мед. сестер «Будущее профессии создадим вместе: открытость, доступность, информированность» 11 – 13 октября 2012г. – С-Пб., 2012. – С. 81 – 85.
118. Селиверстова, Н.А. Специфика организации работы медицинских сестер в домах-интернатах в зависимости от социально-психологических особенностей проживающих в них лиц / Н.А. Селиверстова, И.Г. Греков // Главная медицинская сестра. – 2008. – № 5. – С.33 – 38.
119. Скобелева, О.А. Научно-исследовательские компетенции медсестер / О.А. Скобелева, И.В. Островская // Медицинская сестра. – 2015. – № 3. – С.39 – 44.
120. Сон, И.М. Предпосылки и условия внедрения инноваций в деятельность среднего медицинского персонала / И.М. Сон, А.В. Гажева // Всеросс. Научно-практической конф. «Новые технологии в деятельности специалистов со средним медицинским образованием». – Волгоград, 2013. Режим доступа: [http://mednet.ru/images/stories/files/news/gazheva\\_a\\_v\\_volgograd](http://mednet.ru/images/stories/files/news/gazheva_a_v_volgograd). свободный. – Загл. с экрана, (дата обращения: 11.02.2015).
121. Стандарты практической деятельности медицинской сестры. Приняты Ассоциацией медицинских сестер 10 июня 1998г. – М., 1998. – 108с.
122. Стародубов, В.И. Состояние здоровья населения и перспективы развития здравоохранения в России / В.И. Стародубов // [Электронный ресурс] // Инновационное развитие здравоохранения. – 2013. – С. 125 – 142.

123. Стародубов, В.И. Кадровое обеспечение медицинской деятельности. Материалы Всероссийской конференции «Управленческие кадры в здравоохранении Российской Федерации». Москва 2014г. [Электронный документ]. – Режим доступа: <http://mednet.ru> (дата выхода 10.03.2015).
124. Стасевич, Н.Ю. Организация сестринского процесса в гериатрическом учреждении / Н. Ю. Стасевич, С. М. Курдяев, О. Б. Щитикова // Медицинская сестра. – 2016. – №4. – С.3 – 6.
125. Стурчак, С.В. Система здравоохранения в Бельгии. Особенности работы главной медицинской сестры в крупном бельгийском госпитале / С.В. Стурчак // Главная медицинская сестра. – 2010. – № 8. – С. 120 – 128.
126. Тамкович, Е.Г. Совершенствование профессиональных знаний медицинских сестер через переподготовку и обучение на рабочем месте / Е.Г. Тамкович, Е.В. Зорина, Н.И. Воропаева, Л.А. Мудрова, О.П. Фатьянова, Л.Ю. Быстрова // Главная медицинская сестра. 2015. – № 6. – С. 113 – 117.
127. Титова, Л.А. Новые технологии для оптимизации работы среднего медицинского персонала / Л.А. Титова, Е.В. Токмачев, Е.А. Добрынина // Приоритетные направления развития науки и образования. – 2015. – №2 (5). – С. 108 – 110.
128. Ткачева, О. Н. Современная концепция развития гериатрической помощи в Российской Федерации / О.Н. Ткачева // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – № 4. – С 31 – 35.
129. Толкачева, И.В. Профессионально важные качества медицинской сестры (по результатам исследования) / И.В. Толкачева, А.С. Кулабухов, И.А. Николаева, Л.Н. Шульгина, Е.И. Богданова. // Матер. всеросс. форума мед. сестер «Будущее профессии создадим вместе: открытость, доступность, информированность» 11 – 13 октября 2012г. – С-Пб., 2012. – С. 321 – 323.

130. Федеральный закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 19.07.2018) "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании [Электронный документ]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/10136860/> (дата обращения 05.10.2018г.).
131. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Парламентская газета. – № 50. – 24.11 – 01.12.2011.
132. Федеральный закон РФ от 28.12.2013 № 442-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» [Электронный документ]. – Режим доступа: <https://rg.ru/2013/12/30/socialka-dok.html> (дата обращения 12.06.2018г.).
133. Федорова, Г.В. Научная медицинская литература о проблемах сестринского дела / Г.В. Федорова, О.П. Голева // Медицинская сестра. – 2015. – № 4. – С. 52– 54.
134. Федосеева, Л.С. Модель организации самостоятельной деятельности медицинских сестер на основе современных информационных технологий – шаг к повышению качества медицинской помощи / Л.С. Федосеева, Н.Г.Бохонко, С.И. Двойников, И.М. Назаркина, Л.Ю. Пудовинникова // Управление качеством медицинской помощи. – 2014. – № 1. – С. 36 – 43.
135. Филаткина, Н.В. Характеристика профессиональных качеств медицинских сестер, работающих в стационарных учреждениях социальной защиты реабилитационного профиля / Н.В.Филаткина, Д.В.Стороженко // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2014. – № 2. – С. 70 – 73.
136. Филаткина, Н.В. Особенности деятельности медицинских сестер в комплексной реабилитации инвалидов / Н.В. Филаткина // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2015. – № 1. – С. 19 – 22.



137. Филаткина, Н.В. Оценка деятельности медицинской сестры в уходе за пожилыми инвалидами психоневрологического интерната специалистами учреждения / Н.В. Филаткина // Клиническая геронтология. – 2016. – Т.22. – № 9 – 10. – С. 68 – 69.
138. Филаткина, Н.В. Оценка деятельности медсестер психоневрологического интерната пациентами / Н.В. Филаткина // Медицинская сестра. – 2018. – № 1, Т.20. – С. 16 – 19.
139. Филаткина, Н.В. Реабилитационная деятельность среднего медицинского персонала психоневрологического интерната / Н.В. Филаткина, Ю.Д. Криворучко // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 3. – С. 101 – 109.
140. Фурсова, Т.Н. Создание учебно-методического обеспечения процесса организации и проведения исследований в сестринском деле [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mma.ru/articles/67856/> (дата обращения: 08.12.2016).
141. Хмелева, Е.А. Больной с расстройствами психики в условиях соматического отделения. Особенности сестринского ухода / Е.А. Хмелева // Матер. всеросс. форума мед. сестер «Будущее профессии создадим вместе: открытость, доступность, информированность» 11 – 13 октября 2012г. – С-Пб., 2012. – С.170 – 172.
142. Хохлова, Л.Н. Российский Красный Крест: история и современность/ Л.Н. Хохлова, Р.С. Яцемирская. – М., 2013. – 558с.
143. Чельцова, А. А. Зарубежный опыт стандартизации сестринской деятельности/А.А. Чельцова // Медицинская сестра. – 2007. – № 8. – С. 20 – 22.
144. Чердак, М.А. Сосудистая деменция / М.А. Чердак, О.В. Успенская // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2010. – № 15(2). – С. 52 – 58.

145. Черемин, Р.А. Медицинская сестра-координатор как менеджер реабилитационных программ в отделении медико-социальной помощи / Р.А. Черемин, Г.Н. Беспалова, Н.С. Щербакова // Главная медицинская сестра. – 2012. – № 8. – С.14 – 25.
146. Чукаева, И.И. Возраст-ассоциированные состояния (гериатрические синдромы) в практике врача-терапевта поликлиники»/ И.И. Чукаева, В.Н. Ларина // Лечебное дело. – 2017. – №1. – С. 6 – 15.
147. Шляфер, С.И. Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста Российской Федерации/С.И. Шляфер // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2014. – 1. – С. 15 – 28.
148. Шляфер, С.И. Деятельность стационарных учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов в Российской Федерации/С.И. Шляфер // Медицина. – 2017. – № 3. – С. 8 – 22.
149. Шмонин, А. А. Мультидисциплинарная технология поиска цели реабилитации у пациентов с церебральным инсультом на основе Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья / А.А. Шмонин, М.Н. Мальцева, Е.В. Мельникова // Consilium Medicum. – 2019. – Т. 21. – №. 2. – С. 33 – 41.
150. Шургая, М.А. Нозологический спектр инвалидности пожилой категории населения в Российской Федерации и особенности реабилитационно-экспертной диагностики, реабилитации и абилитации/М.А. Шургая // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2017. – № 3. – С. 136 – 143.
151. Этический кодекс медицинской сестры России. Утв. решением правления РАМС от 24.06.2010 г. – С-Пб.: 2010. – 22с.
152. Babiloni C., Lizio R., Vecchio F., Frisoni G. B., Pievani M., Geroldi C., Claudia F., Ferri R., Lanuzza B., Rossini P. M. Reactivity of cortical alpha rhythms to eye opening in mild cognitive impairment and Alzheimer's

- disease: an EEG study. *Journal of Alzheimer's disease*. – 2010. – vol. 22. – №. 1 – pp. 1047–1064.
153. Balanska, P. Problems and trends in the training of professionals, providing care for older people, Bourgas, acad. Magazine Management and education. 2008, t. 4, 3; 76 – 80.
154. Barreto P. S., Greig C., Ferrandez A. M. Detecting and categorizing frailty status in older adults using a self-report screening instrument // *Arch. Geront. Geriat.* – 2012. – Vol. 54. – № 3. – P. 249 – 254.
155. Buchan, J. and Calman L. Skill – mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. – Paris: OESD. 2005. – 63p.
156. Chan, M. Global citizenship, global nursing business: reformation of nursing business for future needs of citizens /M. Chan //Greeting at the Conference of the International Council of Medical Nurses, Seoul, Republic of Korea. -2015.Режим доступа: <http://www.who.int>. (дата обращения 29.10.2016).
157. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet*. – 2014. – Nov № 5. – P.563 – 75. doi: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0746> PMID: 22869659.
158. Dawa T. et al. Rehabilitation Nurses' Knowledge, Attitudes, and Behaviors for Preventing Urinary Tract Infections From Intermittent Catheterization // *Rehabilitation Nursing Journal*. – 2019. – I. 44. – №. 3. – P. 171 – 180.
159. Fornaro M. et al. Prevalence and correlates of major depressive disorder, bipolar disorder and schizophrenia among nursing home residents without dementia: systematic review and meta-analysis // *The British Journal of Psychiatry*. – 2019. – I. 39. – P. 1 – 10.
160. Gerino E., Marino E. Quality of Life in the Third Age: A Research on Risk and Protective Factors // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2015. – Vol. 187. – P. 217 – 222. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.03.041.

161. Hida T., Harada A., Imagama S., Ishiguro N. Managing sarcopenia and its related-fractures to improve quality of life in geriatric populations // *Aging Dis.* – 2013. – Vol. 5. – № 4. – P. 226 – 237.
162. Hsieh, S.Y. A System for Using Patient Complaints as a Trigger to Improve Quality /S.Y. Hsieh // *Quality Management in Health Care.* – 2011. –Vol. 20(4). –P. 343 – 355.
163. Instruments to measure patient experience of health care quality in hospitals: a systematic review protocol /M. Beattie [et al.] // *Systematic reviews.* – 2014. – Vol. 3. – № 1. – P. 4.
164. Jackson, S. and C. Stevenson. What do people need psychiatric and mental health nurses for? *Journal of Advanced Nursing.* 2000. – p. 378 – 388.
165. Jan, R. Oyebode. Carers as partners in mental health services for older people // *Advances in Psychiatric Treatment.* 2005. – № 11. – P.297 – 304.
166. Karlberg, J. at all *Managing Chronic Conditions Experience in Fight Countries* // *Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.* 2008. – 181p.
167. Korner, Mirjam. Interprofessional teamwork in medical rehabilitation. A comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach /Mirjam Korner // *Clin. Rehabil.* – 2010. – № 24 (8). – S. 745 – 755.
168. Liopa F. D, Ahern K. What makes a quality therapeutic relationship in psychiatric/mental health nursing: a review of the research literature. // *Journal of Advanced Nursing Practice.* 2009. – p.1 – 19.
169. Liu Q., Xu X. Cognition of nurses in neurology department on rehabilitation nursing // *Translational Neuroscience.* – 2019. – I. 10. – №. 1. – P. 25 – 30.
170. Maier W, Barnikol UB. Neurokognitive Storungen im DSM-5. Durchgreifende Anderungen in der Demenzdiagnostik. *Nervenarzt.* – 2014. – 85. – № 5. – P. 64 – 570.

171. Marlies van Bommel, Rob Kenken, and Andre Pen. A concise Handbook of mental health nursing. – Neimeden. 2003. – 153p.
172. Nabavi S.F., Habtemariam S., Daglia M., Shafighi N., Barber A.J., Nabavi S.M. Anthocyanins as a potential therapy for diabetic retinopathy Current Medicinal Chemistry.-- 2015. -- Volume 22. -- № 1. -- P. 51 – 58.
173. National Healthcare Quality Report. U.S. Department of Health and Human Services. AHRQ Publication, No. 12-0005. –2012. – 230 p.
174. O'Brien L. Nurse client relationships: the experience of community psychiatric nurses. Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing. 2000. № 9. – p. 84 – 194.
175. Professionals' perceptions of factors affecting implementation and continuation of a physical activity promotion program in rehabilitation: A qualitative study/ F. Hoekstra, F. Hettinga, M. Breejen et al. // Journal of rehabilitation medicine. – 2017. – Vol. 49, N 5. – P. 385 – 394. [Электронный ресурс]/URL:187https://www.medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.2340/16501977-2220 (дата обращения 01.06.2017).
176. Rehabilitation: The health strategy of the 21st century/ G. Stucki, J. Bickenbach, C. Gutenbrunner et al. // Journal of rehabilitation medicine. – 2017. – Vol. 49, N 5.Special report [Электронный ресурс] / URL: https://www.medicaljournals.se/jrm/content/?doi=10.2340/16501977-2207 (дата обращения 01.06.2017).
177. Roehr S., Villringer A., Angermeyer M.C. Outcomes of stable and unstable patterns of subjective cognitive decline — results from the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+) // BMC Geriat. – 2016. – Vol. 16. – № 1. doi:10.1186/s12877-016-0353-8.
178. Sagna A, Gallo JJ, Pontone GM. Systematic review of factors associated with depression and anxiety disorders among older adults with Parkinson's disease. Parkinsonism Relat Disord. -- 2014. -- Vol. 20. -- № 7. -- P.708 – 15.

179. Sharma P., Chaudhary S. Community Psychiatry and Psychosocial Rehabilitation: Role of Nursing Personnel //Journal of Nursing Science & Practice. – 2019. – I. 4. – №. 3. – P. 30 – 34.
180. Siracusano A, Niolu C, Sacchetti L, Ribolsi M. Depression and anxiety. In: Nocenti U, Caltagirone, Tedeschi G. Neuropsychiatric Dysfunction in Multiple Sclerosis. Milan: Springer-Verlag Italia. -- 2012. -- P. 85 – 97.
181. Social inequalities in health among adolescents in a large southern European city /D. Duarte-Salles [et al.] // J. Epidemiol. Community Health. – 2011. –No 65. –P. 166 – 173.
182. Spahni S., Morselli D., Perrig-Chiello P., Bennett K. M. Patterns of Psychological Adaptation to Spousal Bereavement in Old Age. Gerontology. -- 2015. -- Vol. 61. -- № 5. -- P. 456-468.
183. Strengthening health-related rehabilitation services at national levels / C. Gu-tenbrunner, J. Bickenbach, J. Melvin et al. // Journal of rehabilitation medicine. – 2017. – Vol. 49, N 5. [Электронный ресурс] / URL: <https://www.medicaljournals.se/jrm/content/?doi=10.2340/16501977-2217> (дата обращения 01.06.2017).
184. The European compilation of best nursing and midwifery practice in support the implementation of Health 2020 © World Health Organization. - 2015. Режим доступа: <http://www.euro.who.int>, свободный (дата обращения 29.10.2016).
185. The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy. – Institute for Health Metrics and Evaluation. – Seattle. – WA: IHME. – 2013. – 50 p.
186. Toth, F. Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reform / F. Toth // Health Policy. – 2010. – Vol. 95. – P. 82 – 89.
187. Ward, Christopher D. Using systemic approaches, methods and techniques in rehabilitation medicine / Christopher D. Ward, Alison Smith,

- Helen James, Lesley Novelle, Mel. Bruder // Clin. Rehabil. – 2011. – № 25 (1). – S. 3 – 13.
188. Wilken P. Psychiatric and Mental Health Nursing: The craft of caring. – London: Arnold. 2003. – p. 26 – 33.
189. World Health Organization, World Bank. World Report on Disability. Geneva. WHO. – 2011.
190. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Department of Mental Health and Substance Abuse. – 2013. – 45 p. [www.who.int/mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/en/).
191. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases “Attaining the nine global non-communicable diseases targets; a shared responsibility”. Switzerland. – 2014. – 280 p.
192. World Health Organization. World report on ageing and health. WHO. – 2015.
193. World Health Organization. Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: global strategy and plan of action on ageing and health” (Document A69/17) Sixty-ninth world health assembly. – 2016. – 37 p. <http://www.who.int/en>.
194. World population prospects: the 2017 revision, UN Department of Economic and Social Affairs. – 2017. <http://www.whogis.com/en/>.
195. World Alzheimer Report 2018. The state of the art of dementia research: New frontiers. Alzheimer’s Disease International (ADI), London.– 2018. – 46p.
196. World Health Organization. European health report 2018. – Copenhagen. – 2018. – 159 p. <http://www.whogis.com/en/>.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- ВАК – Высшая аттестационная комиссия
- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
- ВПИ – впервые признанный инвалидом
- ГБУ – Государственное бюджетное учреждение
- ГНП – готовность оказания неотложной помощи
- ГОСТ – Государственный стандарт
- ГОУДПО – Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования
- ДТЭСЗН – Департамент труда и социальной защиты населения
- И.П. – исходный показатель
- ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение
- МЗ – Министерство здравоохранения
- НОКЦ – Научно-образовательный клинический центр
- ОКВН – оценка качества выполнения врачебных назначений
- ОКН – оценка качества надзора
- ОКУ – оценка качества ухода
- П.Н. – показатель наглядности
- ПНИ – психоневрологический интернат
- ППБ – полипрофессиональная бригада
- ППИ – повторно признанный инвалидом
- РАМС – Российская ассоциация медицинских сестер
- РФ – Российская Федерация
- ТСР – технические средства реабилитации
- УМК, УМЦ – учебно-методический кабинет, учебно-методический центр
- ФЗ – Федеральный закон
- ISO, International Organization for Standardization – международная организация по стандартизации



**ПРИЛОЖЕНИЯ**

## Приложение 1

**АНКЕТА ОПРОСА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ  
(анонимная)**

Уважаемый респондент!

Анкетирование медицинских сестер психоневрологического интерната проводится с целью совершенствования медико-социальной помощи и комплексной реабилитации инвалидов.

На каждый вопрос предложено несколько вариантов ответа. Выберите тот, который соответствует Вашему мнению.

1. Ваш пол

- женский
- мужской

2. Ваш возраст

- до 30 лет
- 31-40 лет
- 41-50 лет
- 51-60 лет
- свыше 60 лет

3. Ваша должность

- старшая медицинская сестра
- медицинская сестра палатная

4. Ваш медицинский стаж

- до 5 лет
- до 10 лет
- до 15 лет
- до 20 лет
- свыше 20 лет

5. Ваш стаж работы в ГБУ ПНИ

- 1 год
- до 5 лет
- до 10 лет
- свыше 10 лет

6. Имеете ли Вы квалификационную категорию по специальности?

- высшая
- первая

вторая

нет

7. Какой форме повышения квалификации Вы отдадите предпочтение?

чтение специальной литературы

участие в конференциях на базе ПНИ

изучение нормативно-правовой и методической документации

обмен опытом

учеба на рабочем месте (практические занятия, семинары, лекции)

прохождение сертификационных курсов

конкурсы профессионального мастерства

не считаю необходимым

8. Считаете ли Вы эффективным проведение в Вашем учреждении:

учебы на рабочем месте

участие в конференциях

участие в семинарах

конкурсов профессионального мастерства

9. Как Вы считаете, достаточно ли учебно-методического материала в учреждении для повышения уровня Вашего профессионального образования?

достаточно

недостаточно

не знаю

10. Свою работу Вы выполняете:

в соответствии с должностными обязанностями

с сочувствием инвалиду, как к больному человеку

с тягостным чувством необходимости оказания помощи

формально-равнодушно

11. Вас привлекает в работе:

желание помочь инвалиду

возможность реализовать свои знания и умения

дружеские отношения с коллегами

возможность профессионального роста

уровень заработной платы

12. Факторы, влияющие на снижение качества Вашей работы:

большая нагрузка

низкая оценка Вашей работы врачом, администрацией

низкая оценка Вашей работы пациентами

конфликтные отношения в коллективе

уровень заработной платы

13. Что Вам больше всего нравится в Вашей работе?

- организация рабочего места
- микроклимат в коллективе
- специальность
- уровень учреждения
- возможность психологической разгрузки

14. Какими принципами Вы руководствуетесь в работе?

- медицинской этики и деонтологии
- гуманного отношения к пациенту
- неразглашения медицинской тайны
- корректного отношения к коллегам
- корректного отношения к родственникам инвалидов
- соблюдения субординации в работе

15. Какими из нижеперечисленных нормативно-правовых документов Вы руководствуетесь в своей работе?

- Конституцией РФ
- Конвенцией о правах инвалидов
- Декларацией прав человека
- законодательными документами в области социальной защиты инвалидов
- законодательными документами федерального уровня в области социального обслуживания пожилых людей и инвалидов
- законодательными документами регионального уровня в области социальной защиты населения
- законодательными документами в сфере социального обслуживания населения города Москвы
- законодательными документами в области психиатрической помощи
- законодательными документами в области охраны здоровья граждан в Российской Федерации
- нормативными документами в области сестринского дела (стандартами сестринского дела)
- этическим кодексом медицинской сестры России
- протоколом ведения больных «пролежни»
- протоколом ведения больных «чесотка»
- Уставом психоневрологического интерната
- ничем из вышеперечисленного

16. Обладаете ли Вы необходимыми знаниями по уходу и наблюдению за лицами с:

- шизофренией
- эпилепсией
- умственной отсталостью
- органическим поражением головного мозга
- деменцией

17. Владете ли Вы навыками оказания сестринской помощи лицам, страдающими психическими расстройствами:

- при психомоторном возбуждении
- при суицидальном поведении
- при отказе от пищи
- при попытке к побегу
- при развитии судорожного приступа

18. Требуются ли Вам дополнительные знания по тактике поведения медицинской сестры при:

- психомоторном возбуждении
- дисфории (злобно-тоскливого настроения) у больных эпилепсией
- депрессивном состоянии
- возбуждении у психопатических личностей
- беспокойстве у стариков (спутанности)
- делирии при инфекционном заболевании
- алкогольном делирии
- абстиненции
- острых неврологических осложнениях, возникающих при лечении нейролептиками

19. Владете ли Вы сестринскими манипуляциями:

- выполнение различных инъекций
- постановка горчичников
- постановка различного рода клизм
- закапывание капель и наложение мазей
- измерение артериального давления и пульса
- взятие биоматериала для исследования
- подготовка пациента к инструментальным исследованиям
- термометрия
- обработка ран и наложение повязок

20. Имеете ли Вы необходимые навыки оказания неотложной доврачебной помощи:

- при гипертоническом кризе
- при стенокардии
- при инфаркте миокарда
- при приступе бронхиальной астмы
- при гипогликемической коме
- при гипергликемической коме
- при анафилактическом шоке
- при наружных и внутренних кровотечениях
- при ожогах
- при травмах

21. При уходе за инвалидом Вы оказываете помощь в:

- самообслуживании
- передвижении
- приеме пищи
- профилактике пролежней
- санитарно-гигиенических мероприятиях
- смене белья

22. Используете ли вы в работе современные сестринские технологии в уходе за больными (гигиенические средства, перевязочный материал, средства профилактики пролежней и др.)?

- да
- нет

23. Владеете ли Вы методами ведения медицинской документации?

- да
- нет

24. При работе с младшим медицинским персоналом Вы обучаете их:

- принципам медицинской этики и деонтологии
- навыкам ухода за инвалидами, находящимися на постельном режиме
- навыкам специфики ухода и наблюдения за лицами с психическими расстройствами

25. Каким на Ваш взгляд является уровень выполнения назначений врача?

- высокий
- средний
- низкий

26. Реабилитацию Вы понимаете как восстановление:

- здоровья
- социальных навыков
- трудовых навыков
- способности к общению
- способности к досуговой деятельности

27. В проведении каких рекомендованных ИПРА технологий медико-социальной реабилитации инвалидов Вы участвуете?

- медикаментозном лечении инвалидов
- немедикаментозной терапии
- поддержание двигательной активности инвалидов
- в социально-бытовой реабилитации
- в социально-средовой реабилитации
- в физкультурно-оздоровительной реабилитации

- в досуговых мероприятиях
- в трудоустройстве инвалидов
- в духовно-нравственном просвещении

28. Участвуете ли вы в мероприятиях по:

- поддержанию двигательной активности ослабленных инвалидов
- по осуществлению дыхательной гимнастики
- не участвую

29. Используете ли Вы в своей работе технические средства реабилитации инвалидов?

- да
- нет

30. Проводите ли Вы санитарно-просветительскую работу среди инвалидов?

- о здоровом образе жизни
- о необходимости приема лекарств и проведении медицинских манипуляций
- о режиме дня
- об отношении с лицами противоположного пола
- о пользе трудовой занятости
- о важности участия в досуговых мероприятиях
- об участии в физкультурно-оздоровительных мероприятиях

31. Владете ли Вы какими-либо психологическими приемами воздействия на инвалида?

- рациональная психотерапия
- психокоррекция эмоций
- психокоррекция поведения

32. Обучаете ли Вы родственников инвалидов способам ухода за больными?

- да
- нет

33. С кем из специалистов интерната Вам приходится чаще всего взаимодействовать при выполнении своей работы?

- с социальным работником
- с психологом
- с юристом
- с трудоенструктором (наставником)
- с врачом
- с музыкальным руководителем

34. Ваши характерологические особенности:

- спокойная, сдержанная, уравновешенная
- склонна к тревожным опасениям, тревожная
- склонна к конфликтам
- требовательная
- ответственная
- излишне эмоциональная

35. Ваше отношение к работе:

- способ заработка средств
- приносит удовлетворение
- моя работа – мое призвание

36. При выполнении должностных обязанностей Вы:

- равномерно распределяете силы в течение рабочей смены
- испытываете психологический дискомфорт
- быстро устаете

37. Сформулируйте предложения по улучшению качества сестринского процесса в ПНИ:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Спасибо за участие!**

**АНКЕТА ОПРОСА СПЕЦИАЛИСТА  
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА №30  
(анонимная)**

Уважаемый(ая) коллега!

В связи с необходимостью совершенствования сестринской помощи инвалидам ГБУ ПНИ, просим Вас дать оценку качества работы медицинских сестер.

На каждый вопрос предложено несколько вариантов ответа. Выберите тот, который соответствует Вашему мнению.

1. Ваш пол

- женский
- мужской

2. Ваш возраст

- до 30 лет
- 31-40 лет
- 41-50 лет
- 51-60 лет
- свыше 60 лет

3. Ваша специальность

- врач
- социальный работник
- психолог
- трудоинструктор
- музыкальный руководитель
- физкультурный работник
- юрист
- воспитатель

4. Ваш общий стаж по специальности

- до 5 лет
- до 10 лет
- до 15 лет
- до 20 лет
- свыше 20 лет

5. Ваш стаж работы в ГБУ ПНИ

- 1 год
- до 5 лет
- до 10 лет
- свыше 10 лет



6. Имеете ли Вы квалификационную категорию по специальности?

- высшая
- первая
- вторая
- нет

7. Вы оцениваете качество сестринской помощи в ПНИ как:

- высокое – 5
- среднее – 4
- низкое – 3

8. Вы оцениваете уровень профессиональных знаний медицинских сестер ПНИ как:

- высокий – 5
- средний – 4
- низкий – 3

9. Вы оцениваете качество ухода медицинскими сестрами за инвалидами ПНИ как:

- высокое – 5
- среднее – 4
- низкое – 3

10. Вы оцениваете качество ведения медицинской документации медсестрами ПНИ как:

- высокое – 5
- среднее – 4
- низкое – 3

11. Вы оцениваете выполнение врачебных назначений медсестрами ПНИ как:

- высокое – 5
- среднее – 4
- низкое – 3

12. Вы оцениваете владение техническими средствами реабилитации медицинскими сестрами ПНИ как:

- высокое – 5
- среднее – 4
- низкое – 3

13. Как Вы считаете, с кем из специалистов, работающих в интернате, медицинским сестрам приходится взаимодействовать при выполнении своей работы (поставьте в баллах от 1 до 5)?

- с врачом

- с социальным работником
- с психологом
- с юристом
- с трудоинструктором (наставником)
- с музыкальным руководителем
- с физкультурным работником

14. На Ваш взгляд в какой мере медицинские сестры ПНИ обладают знаниями по вопросам реабилитации инвалидов (поставьте в баллах от 1 до 5):

- медицинской
- трудовой
- социальной
- культурно – просветительной
- духовной
- юридической

15. Вы оцениваете отношение медицинских сестер ПНИ со специалистами интерната как:

- уважительные
- формальные
- пренебрежительные

16. Вы оцениваете отношение медицинских сестер ПНИ к инвалидам как:

- сочувственное
- формальное
- негативное

17. Вы оцениваете качество деятельности медицинских сестер по санитарно-просветительской работе среди инвалидов ПНИ как:

- высокое – 5
- среднее – 4
- низкое – 3

18. Как Вы считаете, какая доля медицинских сестер ПНИ (100%) в своей работе с инвалидами отдает предпочтение:

- обслуживанию пациентов \_\_\_\_\_%
- самообслуживанию пациентов \_\_\_\_\_%

19. Оцените знания принципов этики и деонтологии медицинскими сестрами ПНИ как:

- высокие – 5
- средние – 4
- низкие – 3

20. По Вашему мнению, медицинская сестра – это:

- коллега
- исполнитель
- помощник врача
- равноправный участник лечебно-диагностического процесса

**Спасибо за участие!**

**КАРТА ИССЛЕДОВАНИЯ ИНВАЛИДА  
медико-социальная характеристика инвалида ПНИ**

1. Пол

- женский
- мужской

2. Возраст

- до 30 лет
- 31-40 лет
- 41-50 лет
- 51-60 лет
- свыше 60 лет

3. Основной диагноз заболевания

- шизофрения
- умственная отсталость
- \_\_\_\_\_

4. Длительность пребывания в ПНИ

- до 5 лет
- до 10 лет
- до 15 лет
- до 20 лет
- свыше 20 лет

5. Способность к передвижению

- передвигается самостоятельно
- передвигается с посторонней помощью
- лежачий

Анкетирование инвалида психоневрологического интерната №30 проводится с целью определения удовлетворенности качеством работы медицинской сестры.

**АНКЕТА ИНВАЛИДА  
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА №30**

Уважаемый пациент!

На каждый вопрос предложено несколько вариантов ответа. Выберите тот, который соответствует Вашему мнению.

1. Какие медицинские сестры в отделении Вам нравятся больше?
  - активные
  - спокойные
  - требовательные
  
2. К какому медицинскому работнику Вам легче обратиться за помощью?
  - медбрату
  - медсестре
  
3. С какими медицинскими сестрами Вам легче в общении?
  - с молодыми медсестрами
  - с медсестрами в возрасте
  
4. Медицинская сестра обращается к Вам:
  - вежливо-сочувственно
  - формально-холодно
  - пренебрежительно
  
5. При измерении артериального давления, приеме лекарств и других манипуляциях медицинская сестра:
  - участливо спрашивает Вас о самочувствии
  - осуществляет манипуляции молча
  - проявляет негативное к Вам отношение
  
6. Контролирует ли медицинская сестра как Вы проводите гигиенические процедуры, как Вы питаетесь, с кем общаетесь?
  - да
  - нет
  
7. Медицинская сестра выполняет гигиенические процедуры и уход за Вами:
  - бережно
  - формально
  - с чувством отвращения
  
8. Во время оказания помощи Вам и в ситуации ухода за Вами медицинская сестра:

- предлагает Вам включиться в процесс ухода
- осуществляет все самостоятельно, молча, не вовлекая Вас в процесс ухода

9. Медицинская сестра при осуществлении ухода за Вами помогает Вам при:

- передвижении в отделении / такая помощь не требуется
- передвижении в интернате / такая помощь не требуется
- приеме пищи / такая помощь не требуется
- в санитарно-гигиенических мероприятиях / такая помощь не требуется
- смене белья/ такая помощь не требуется

10. На какие темы проводит с Вами беседы медицинская сестра?

- о здоровом образе жизни
- о погоде
- о необходимости принимать лекарства
- о правильном питании
- о пользе труда
- как вести себя с окружающими
- не проводит с Вами беседы

11. К кому Вы обращаетесь в первую очередь, когда плохо себя чувствуете?

- к юристу
- к психологу
- к социальному работнику
- к медицинской сестре
- к врачу
- к директору

12. Посещаете ли Вы:

- ЛТМ
- домовой храм
- кабинет социальной реабилитации
- спортивные мероприятия
- культурно-развлекательные мероприятия
- трудитесь на штатной должности
- ничего не посещаете

13. Жалуетесь ли Вы своим родственникам, врачам, директору на медицинских сестер?

- нет
- да

14. Хотите ли Вы, чтобы за Вами осуществляли уход другие медицинские сестры или Вас устраивают те, которые работают в отделении?

нет

да

15. Что бы Вы хотели увидеть нового у себя в отделении?

\_\_\_\_\_

**Спасибо за участие!**

**Основные нормативные правовые акты в сфере социальной защиты,  
социального обслуживания и реабилитации**

- Всеобщая декларация прав человека (1948г.)
- Конвенция о правах инвалидов (2006г.)
- Конституция Российской Федерации
- Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»
- Федеральный закон от 24.11.1995г. (в ред. от 29.12.2015г.) № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»
- Федеральный Закон от 2 июля 1992 г. № 3185-1 (ред. от 03.07.2016) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»
- Федеральный закон от 21.11.2011г. № 323-ФЗ (в ред. от 25.06.2012г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации
- Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 N 95(ред. от 21.06.2018)  
"О порядке и условиях признания лица инвалидом"
- Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2005 N 2347-р  
(ред. от 18.11.2017) «О федеральном перечне реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду»
- Закон г. Москвы от 26.10.2005 N 55(ред. от 16.12.2015)"О дополнительных мерах социальной поддержки инвалидов и других лиц с ограничениями жизнедеятельности в городе Москве"
- Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 13.06.2017г. № 486н «Об утверждении порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм»
- Этический кодекс медицинской сестры России от 24.06.2010г.



**Программа по непрерывному внутриорганизационному обучению для среднего медицинского персонала психоневрологического интерната**

*Цель программы:* совершенствование подготовки среднего медицинского персонала для работы в условиях психоневрологического интерната.

Теоретический курс проводится 1 раз в месяц в форме лекций, практический – непосредственно в отделении в процессе работы под руководством старшей медицинской сестры.

Теоретические занятия проводятся квалифицированными и опытными медицинскими кадрами как самого учреждения (1 врач – д.м.н., 3 – к.м.н., врачи и медицинские сестры высшей квалификационной категории), так и силами ведущих научных и образовательных центров Москвы (ФГБУ ФБМСЭ Минтруда России; ИПК ДСЗН г. Москвы, Медицинский колледж РАМН и др.).

*Программа занятий:*

1. Основные нормативные правовые акты в сфере социальной защиты, социального обслуживания и реабилитации.
2. Документация психоневрологического интерната и правила ее ведения.
3. Психопатологические симптомы и синдромы.
4. Вопросы частной психиатрии (нозологии).
5. Медикаментозная и немедикаментозная терапия психических расстройств.
6. Оказание первой доврачебной помощи при психических расстройствах.
7. Вопросы ухода и наблюдения за лицами, страдающими психическими расстройствами.
8. Комплексная реабилитация инвалидов (медицинская, социальная), ее адресная направленность.

В конце обучения, обучающиеся сдают экзамен. После окончания обучения отделение получает грамотного специалиста, который может организовать работу смены, принять необходимое решение в критической ситуации.

ГБУ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ № 30

**КАРТА СЕСТРИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА  
ИВАЛИДОМ**

Ф.И.О.

инвалида \_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Дееспособность \_\_\_\_\_

Группа инвалидности \_\_\_\_\_

Дата и время поступления \_\_\_\_\_

Дата и время выписки \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_ палата № \_\_\_\_\_

Переведен в отделение \_\_\_\_\_

**Вид транспортировки:** *на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть)*

Врачебный диагноз \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## СУБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

1. **Цель госпитализации:** *лечение, реабилитация (подчеркнуть)*

2. **Внешний вид пациента:** *опрятен, неопрятен (подчеркнуть)*

3. **Семейной положение:** *состоит в браке, (в разводе), вдовец,*  
 дети \_\_\_\_\_ внуки \_\_\_\_\_

4. **История жизни**

- **перенесенные заболевания:** *травмы, переломы, тяжелые инфекции, операции, инфаркт, инсульт (подчеркнуть), другое(написать) \_\_\_\_\_*

- **аллергические реакции:**

на лекарства \_\_\_\_\_

на пищу \_\_\_\_\_

другие \_\_\_\_\_

аллергены \_\_\_\_\_

- **наследственность** – наличие у родственников следующих заболеваний (*подчеркнуть*): *сахарный диабет, АГ, инфаркты, инсульты, ожирение, другое (написать) \_\_\_\_\_*

## ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Масса тела \_\_\_\_\_ кг; рост \_\_\_\_\_ см;  
 ИМТ ( $I = \frac{m}{h^2}$ ) \_\_\_\_\_

АД \_\_\_\_\_ мм.рт.ст. Пульс \_\_\_\_\_ в мин., ЧДД \_\_\_\_\_ в мин.

## СОЦИАЛЬНО – БЫТОВЫЕ ПОТРЕБНОСТИ

Потребность инвалида в адекватном питании и питье		
Аппетит: <i>хороший, снижен, отсутствует, избыточный (подчеркнуть)</i>	ДА	НЕТ
Требуется ли специальная диета?	ДА	НЕТ
Необходима ли помощь при принятии пищи и питья?	ДА	НЕТ
Пьет жидкости: <i>достаточно, недостаточно, много (подчеркнуть)</i>	ДА	НЕТ

Потребность инвалида в движении		
Режим активности: <i>общий, палатный, постельный, строгий постельный (подчеркнуть)</i>	ДА	НЕТ
Самообслуживание : <i>полное, частичное, отсутствует (подчеркнуть)</i>	ДА	НЕТ
Применяются ли приспособления при ходьбе?	ДА	НЕТ

<i>Ходунки, трость, костыли, протез верхних, нижних конечностей (подчеркнуть)</i>		
<b>Имеются ли сложности при ходьбе?</b> <i>Без посторонней помощи, с помощью 1 человека, с помощью 2 человек (подчеркнуть)</i>	ДА	НЕТ
<b>Используется ли кресло-каталка?</b>	ДА	НЕТ
<b>Прогулки</b> <i>если НЕТ, то причина- ухудшение соматического или психического состояния(подчеркнуть), другое(написать)</i>	ДА	НЕТ
<b>Прогулки в сопровождении, самостоятельно, на кресле-каталке (подчеркнуть), другое(написать)</b>	ДА	НЕТ

<b>Потребность инвалида во сне и отдыхе</b>		
<b>Требуется ли дневной сон?</b>	ДА	НЕТ
<b>Имеются ли нарушения сна и отдыха?</b>	ДА	НЕТ

## **СОЦИАЛЬНО – ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПОТРЕБНОСТИ**

<b>Потребность инвалида в физиологических отправлениях</b>		
<b>Функционирование мочевого пузыря:</b> <i>частота _____, в ночное время _____</i>		
<b>Функционирование кишечника:</b> <i>частота _____, привычное время дефекации _____</i>		
<b>Недержание мочи</b>	ДА	НЕТ
<b>Недержание кала</b>	ДА	НЕТ
<b>Наличие стомы:</b> <i>Кишечника, мочевого пузыря (подчеркнуть)</i> <b>Какие используются устройства? _____</b>	ДА	НЕТ
<b>Необходима ли помощь при мочеиспускании, дефекации?</b>	ДА	НЕТ
<b>Ежедневное измерение температуры (см. температурный лист)</b>	ДА	НЕТ

<b>Потребность инвалида в осуществлении личной гигиены, выборе одежды</b>		
<b>Способен ли к самообслуживанию при осуществлении личной гигиены?</b>	ДА	НЕТ
<b>Способен ли самостоятельно умываться, чистить зубы, бриться?</b>	ДА	НЕТ
<b>Способен ли самостоятельно ухаживать за волосами?</b>	ДА	НЕТ
<b>Способен ли самостоятельно мыться в ванной, под душем?</b>	ДА	НЕТ
<b>Способен ли самостоятельно ходить в туалетную комнату?</b>	ДА	НЕТ

Способен ли самостоятельно <i>одеваться, раздеваться?</i>	ДА	НЕТ
Заботится ли о своей внешности?	ДА	НЕТ
Состояние кожи: <i>Здоровая, сухая, влажная, опрелости, пролежни, язвы</i> <i>(подчеркнуть)</i> <i>При риске развития пролежней (см. лист ежедн. ухода)</i>	ДА	НЕТ

## СОЦИАЛЬНО – СРЕДОВЫЕ ПОТРЕБНОСТИ

Потребности инвалида в освоении навыков		
Освоение навыков <i>ориентации в интернате</i>	ДА	НЕТ
Освоение навыков <i>ориентации вне интерната</i>	ДА	НЕТ
Освоение навыков <i>пользования общественным транспортом</i>	ДА	НЕТ
Привлечение к культурно-массовым мероприятиям в интернате	ДА	НЕТ
Привлечение и к физкультурно-оздоровительным мероприятиям	ДА	НЕТ
Расширение круга интересов, знаний освоение новых практических навыков	ДА	НЕТ
Освоение навыков <i>ухода за жильем и одеждой</i>	ДА	НЕТ
Освоение навыков <i>пользования деньгами, планирования доходов и расходов, приобретения продуктов и одежды</i>	ДА	НЕТ
Освоение навыков <i>приготовления еды</i>	ДА	НЕТ
Освоение навыков <i>пользования бытовой техникой (часы, телевизор, пылесос, стиральная машина)</i>	ДА	НЕТ

## ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ТРУДОВЫЕ ПОТРЕБНОСТИ

Потребность инвалида в образовании		
Требуется ли освоение навыков <i>чтения</i>	ДА	НЕТ
Требуется ли освоение навыков <i>письма</i>	ДА	НЕТ
Требуется ли освоение навыков <i>счета</i>	ДА	НЕТ
Требуется ли обучение в школе	ДА	НЕТ
Потребность инвалида в труде		
Есть ли потребность в работе?	ДА	НЕТ
Приносит ли работа удовлетворение?	ДА	НЕТ

Есть ли возможность реализовать свои увлечения?	ДА	НЕТ
Формирование позитивной мотивации к труду	ДА	НЕТ
Привлечение к разовым поручениям в отделении	ДА	НЕТ
Трудотерапия в отделении	ДА	НЕТ
Трудотерапия в ЛТМ	ДА	НЕТ
Трудоустройство на штатной должности в интернате	ДА	НЕТ
Трудоустройство в городе	ДА	НЕТ

### **КОММУНИКАТИВНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ**

Потребность инвалида в общении		
Реакция пациента на заболевание: <i>адекватная, неадекватная (подчеркнуть)</i>	ДА	НЕТ
Имеются ли трудности при общении?	ДА	НЕТ
Имеются трудности со слухом? <i>Тугоухость, полная глухота (подчеркнуть)</i>	ДА	НЕТ
Используется ли слуховой аппарат?	ДА	НЕТ
Имеются ли трудности с речью? <i>отсутствует, нарушена (подчеркнуть), др.(написать)</i>	ДА	НЕТ
Имеются ли нарушения зрения? <i>Контактные линзы, очки (подчеркнуть)</i>	ДА	НЕТ
Занятия и тренинги по развитию речи (логопедические)	ДА	НЕТ
Занятия и тренинги по развитию навыков общения <i>(коммуникативное)</i>	ДА	НЕТ
Занятия и тренинги по освоению навыков обращения со средствами коммуникации (телефон, компьютер и пр.)	ДА	НЕТ

### **ПОТРЕБНОСТЬ В ПОДДЕРЖАНИИ БЕЗОПАСНОЙ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ**

Может ли самостоятельно поддерживать свою безопасность	ДА	НЕТ
Имеются ли двигательные или сенсорные отклонения (недостатки)?	ДА	НЕТ
Имеются ли какие-либо трудности в понимании?	ДА	НЕТ
Ориентирован ли во времени и пространстве?	ДА	НЕТ
Риск падения	ДА	НЕТ
Занятия и тренинги по формированию навыков бесконфликтного поведения	ДА	НЕТ
Психокоррекция и психотерапия поведенческих расстройств	ДА	НЕТ

**ПОТРЕБНОСТЬ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

<b>Медикаментозная терапия</b>		
<b>Поддерживающая лекарственная терапия</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕТ</b>
<b>Протезирование</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕТ</b>
<b>Средства технической реабилитации</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕТ</b>
<b>Вспомогательные средства по уходу</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕТ</b>
<b>Немедикаментозная терапия</b>		
<b>Лечебная физкультура</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕТ</b>
<b>Массаж</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕТ</b>
<b>Физиотерапевтические процедуры</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕТ</b>
<b>ОРК (галотерапия, водолечение)</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕТ</b>



**Проверочный лист  
(еженедельный административный обход отделения)**

(с целью осуществления внутреннего контроля качества медико-социальных услуг)

Корпус № \_\_\_\_\_ Этаж № \_\_\_\_\_ Отделение № \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_

Обход совершён в присутствии \_\_\_\_\_

№ п/п	Критерии оценки	Количество баллов					Примечание
		1	2	3	4	5	
1.	<b>Трудовая дисциплина в отделении (на этаже):</b> - работники находятся на рабочих местах, в процессе работы; - наличие чистой спец.одежды; - наличие бейджика; - наличие подписи в журнале передачи дежурств при приеме смены; - соответствие графику работы.						
2	<b>Внешний вид получателей социальных услуг:</b> - ухоженный внешний вид; - одежда чистая, без повреждений.						
3	Наличие (отсутствие) специфического запаха в отделении, комнатах.						
4	<b>Санитарное состояние отделения (этажа), (комнаты для проживания, холлы, коридор):</b> - чистые полы; - состояние мебели; - отсутствие пыли на подоконниках, мебели, предметах интерьера; - наличие изоляторов, готовых к приему инвалидов; - наличие у инвалидов мыла, зубной пасты, зубной щетки, шампуня, полотенца, туалетной бумаги, расчески.						

5	<p><b>Санитарные комнаты (санитарно-техническое состояние):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- наличие инструкций по использованию дезсредств,</li> <li>-наличие емкостей с соответствующей маркировкой;</li> <li>-наличие мыла на умывальниках;</li> <li>-исправность сантехники;</li> <li>-наличие уборочного инвентаря, его маркировка.</li> </ul>						
6	<p><b>Туалет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- знак курить запрещено (на двери);</li> <li>-санитарно-техническое состояние;</li> <li>-наличие сидений на унитазах;</li> <li>- наличие уборочного инвентаря и его маркировка.</li> </ul>						
7	<p><b>Ванная комната:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-санитарно-техническое состояние.</li> </ul>						
8	<p><b>Место для курения (курилка):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-санитарно-техническое состояние;</li> <li>- наличие воды, урны, графика курения, знака место для курения, присутствие персонала во время курения инвалидов).</li> </ul>						
9	<p><b>Бельевая:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-санитарно-техническое состояние.</li> </ul>						
10	<p><b>Буфетная-моечная:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-санитарно-техническое состояние;</li> <li>-наличие инструкций по мытью посуды;</li> <li>-маркировка моечных ванн;</li> <li>-состояние посуды;</li> <li>-наличие сменной спецодежды (халат для раздачи, для получения пищи, для мытья посуды);</li> <li>-уборочный инвентарь, его маркировка).</li> </ul>						
11	<p><b>Столовая (для получателей социальных услуг):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-санитарно-техническое состояние;</li> <li>-наличие меню, весов, сменная одежда для персонала с</li> </ul>						

	<p>маркировкой; -уборочный инвентарь с маркировкой. Проверка в холодильниках и шкафах для хранения продуктов получателей социальных услуг: сроки хранения, маркировка продуктов.</p>						
12	<p><b>Комната отдыха сотрудников:</b> - санитарно-техническое состояние помещения, холодильника и шкафов.</p>						
13	<p><b>Процедурный кабинет:</b> - санитарно-техническое состояние; - наличие емкостей с рабочими дез.растворами (концентрация, дата приготовления и годности, наличие инструкций по применению дезсредств, маркировка и хранение уборочного инвентаря;</p>						
14	<p><b>Лекарственный кабинет:</b> -санитарно-техническое состояние; -сроки годности лекарственных препаратов; -наличие емкостей с рабочими дез.растворами (концентрация, дата приготовления и годности, наличие инструкций по применению дезсредств; -маркировка и хранение уборочного инвентаря; -техническое состояние вытяжного шкафа; -лист температурного режима.</p>						
15	<p><b>Проверка знаний у работников должностных обязанностей.</b></p>						
16	<p><b>Пожарная безопасность:</b> - наличие и ведение журнала осмотра помещений по противопожарной безопасности; - наличие бирок в кабинетах ответственного лица за пожарную безопасность; - знание алгоритма действий при задымлении и возгорании (телефоны вызова пожарных подразделений, телефон</p>						

	<p>пожарного поста, телефон охраны КПП);</p> <p><b>Места расположения:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-огнетушителей;</li> <li>-пожарных кранов;</li> <li>-количество выходов с этажа;</li> <li>-СИЗ защитный капюшон (Шанс Е, ГДЗК, время нахождения в СИЗ);</li> <li>-наличие носилок, фонарей;</li> <li>-состояние путей эвакуации (наличие на путях эвакуации ковровых покрытий, мешающих эвакуации).</li> </ul>						
17	<p><b>Информационная открытость:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- наличие режима отделения в доступном для инвалидов и посетителей месте;</li> <li>- наличие книги отзывов в доступном для инвалидов и посетителей месте;</li> <li>- наличие условий для оформления письменных обращений (бумага, ручка, образцы заявлений);</li> <li>- наличие ящика для письменных обращений;</li> <li>- наличие стендов по правам инвалидов;</li> <li>- наличие указателей и графика работы на дверях служебных кабинетов.</li> </ul>						
18	<p><b>Эстетическое оформление отделения (этажа):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- наличие штор на окнах;</li> <li>- наличие ковров;</li> <li>- наличие картин и эстампов на стенах;</li> <li>- наличие телевизоров, аудиовидеотехники;</li> <li>- наличие цветов.</li> </ul>						
19	Всего баллов						

Должность

подпись

Ф.И.О.

№	Фамилия, имя, отчество	Должность м/с	баллы	Числа месяца																														
				1	2	3	4	5	6	7	3	9	10	11	12	13	14	15	16	17	13	19	20	21	22	23	24	25	26	27	23	29	30	31
	<b>Крюкова Е Ю.</b>																																	
1	Качество выполнения врачебных назначений		0-4																															
2	Качество надзора за инвалидами		0-3,5																															
3	Качество ухода за инвалидами		0-4																															
4	Оказание неотложной помощи инвалидам		0-8,5																															
20 баллов за 1 рабочий день (сутки) -100 %			подпись																															
	<b>Пантюхова А.С.</b>																																	
1	Качество выполнения врачебных назначений		0-4																															
2	Качество надзора за инвалидами		0-3,5																															
3	Качество ухода за инвалидами		0-4																															
4	Оказание неотложной помощи инвалидам		0-8,5																															
20 баллов за 1 рабочий день (сутки) -100 %			подпись																															
	<b>Сищенко М.В.</b>																																	
1	Качество выполнения врачебных назначений		0-4																															
2	Качество надзора за инвалидами		0-3,5																															
3	Качество ухода за инвалидами		0-4																															
4	Оказание неотложной помощи инвалидам		0-8,5																															
20 баллов за 1 рабочий день (сутки) -100 %			подпись																															

Заведующий отделением

Старшая медсестра

Медицинская сестра