

ческих навыков, необходимых для осуществления лечебного процесса.

5. В отношении наставничества мнения респондентов разделились. Молодые специалисты единогласно считают, что закрепление наставника за молодым специалистом необходимо. Это помогает им приобрести опыт коммуникации с пациентами наркологического профиля и определенный объем практических навыков и компетенций, необходимых в их профессиональной деятельности. Сотрудники, пришедшие из других медицинских организаций, считают, что закрепление наставника за ними не обязательно, т.к. они уже имеют определенный практический опыт работы в медицинской организации.

6. Большинство анкетированных респондентов считает, что закрепление наставника за новым сотрудником и молодым специалистом необходимо в среднем на 1 месяц. Это достаточный срок для адаптации сестринского персонала в медицинской организации.

7. В целом сестринский персонал не испытывал никаких трудностей в плане адаптации в коллективе. С коллегами и пациентами у сестринского персонала сложились доверительные взаимоотношения, что позволяет сократить адаптационные периоды.

8. В процессе адаптации сестринского персонала респонденты подчеркнули, что лучше адаптироваться к новым условиям работы им помогли лекции и практические семинары средних медицинских работников. Кроме того, сестринский персонал отмечает важную роль в процессе адаптации просмотра фильмов и презентаций, а также обзору специальной литературы.

#### Список литературы

1. Королев Н.Н. Особенности адаптации в начале трудовой деятельности молодого специалиста в сфере здравоохранения / Н.Н. Королев, Д.О.Ермолаев, Ю.Н. Ермолаева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2011. – № 3. – С. 33-35.
2. Новикова Л.А. Производственная адаптация и кадровая политика // Российские Аптеки. – 2008. – № 20. – С. 11-18.
3. Шахбазов А.А. Создание системы адаптации в бюджетном медицинском учреждении // Отдел кадров бюджетного учреждения. – 2008. – № 1. – С. 8-17.

### ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА И СОВРЕМЕННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Соина А.Ю., Касимовская Н.А.

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», Москва, e-mail: ann-soina@yandex.ru

В данной статье представлены результаты исследования по особенностям организации деятельности психоневрологического диспансера и реабилитации инвалидов с психическими расстройствами. Исследование проведено аналитическим и статистическим методами выпускницей факультета высшего сестринского образования и психолого-социальной работы Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Важная задача для организации психиатрической помощи – определение структуры помощи. Она должна располагать надёжными данными об истинном числе лиц, нуждающихся в психиатрической помощи, о социально-демографической и клинко-эпидемиологической структуре этих контингентов, дающих представление о видах и объёмах помощи. Особое внимание было уделено реабилитации инвалидов, вследствие психических расстройств, что, по мнению автора, поможет медицинским сестрам психиатрических учреждений профессионально грамотно и более качественно оказывать помощь пациентам, страдающим психическими расстройствами.

#### Введение

Специалисты большинства стран отмечают в течение последнего десятилетия все возрастающую актуальность проблемы психических расстройств. 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, по крайней мере, у каждого четвёртого человека. Показатели распространённости нарушений психического здоровья в Европейском регионе очень высоки. По данным ВОЗ (2006), из 870 млн. человек, проживающих в Европейском регионе, около 100 млн. испытывают состояние тревоги и депрессии; свыше 21 млн. страдают от расстройств, связанных с употреблением алкоголя; свыше 7 млн. – болезнью Альцгеймера и другими видами деменции; около 4 млн. – шизофренией; 4 млн. – биполярными аффективными расстройствами и 4 млн. – паническими расстройствами.

Психические расстройства являются одной из ведущих причин инвалидности в мире, занимая четвертое место, уступая лишь сердечнососудистым, злокачественным новообразованиям и травмам. Однако по длительности срока инвалидности психические заболевания занимают первое место. Большинство психических больных, утративших трудоспособность, становятся инвалидами в молодом и среднем возрасте (25% в возрасте до 29 лет, 70% – до 40 лет). Почти 95% инвалидов, признанных нетрудоспособными в связи с психическим заболеванием, остаются на пенсионном обеспечении пожизненно [3]. К тому же инвалидность по психическим заболеваниям характеризуется значительной тяжестью: 94,2% психически больных инвалидов имеют I или II группу.

В настоящее время крайне актуальной является проблема роста пограничных нервно-психических расстройств, психодезадаптационных состояний, суицидального, отклоняющегося поведения. Если уровень «больших» психических заболеваний (шизофренические расстройства) во все времена и у всех народов относительно одинаков и составляет 1-4%, то уровень «пограничной» психической патологии уверенно растёт с каждым годом и составляет до 80%. Проблемы «пограничных» нервно-психических расстройств, в том числе наркомании и алкоголизма, тесно связаны с низким уровнем адаптации индивида к быстро меняющимся условиям среды, что приводит к неудовлетворительному восприятию собственной жизни и окружающего мира и формирует неудовлетворительную оценку качества собственной жизни [5]. По данным ВОЗ, около 30% всех больных шизофренией как минимум один раз в жизни совершают суицидальные попытки, а около 10% больных – самоубийство.

Психоневрологические диспансеры – это важнейший элемент оказания специализированной медицинской помощи лицам, страдающим психическими расстройствами. Организация психиатрической помощи включает в себя обследование психического здоровья граждан по основаниям и в порядке, установленном законами Российской Федерации, диагностику психических расстройств, лечение, уход, а также медико-социальную реабилитацию пациентов, страдающих психическими расстройствами [6].

Современная реабилитация инвалидов с психическими расстройствами трудоспособного возраста изучена недостаточно, что определяет актуальность выбранного исследования.

Поэтому, для данного исследования была поставлена цель, изучить особенности современной органи-

зации психоневрологического диспансеров и современную реабилитацию инвалидов с психическими расстройствами.

**Методы**

Для решения поставленных цели и задач исследование проводилось аналитическим и статистическим методами на базе психоневрологического диспансера г. Москвы выпускницей 2013 года факультета высшего сестринского образования и психолого-социальной работы Первого МГМУ им. И.М. Сеченова заочной формы обучения.

**Результаты исследования**

При проведении анализа изученной нами литературы видно, что медицинская помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения оказывается в добровольном порядке, кроме случаев, регламентированных действующим законодательством Российской Федерации, и предусматривает выполнение необходимых профилактических, диагностических, лечебных и медико-реабилитационных мероприятий.

Психиатрическая служба в РФ располагает рядом организационных форм больничной и внебольничной помощи населению. Психиатрические стационары предназначены для лечения пациентов с психическими расстройствами психотического уровня [2]. Однако в современных условиях не все пациенты с психозами нуждаются в обязательной госпитализации в психиатрическую больницу (ПБ), многие из них могут получать лечение амбулаторно.

В последние годы в связи с достижениями психотерапии все большее распространение получают учреждения внебольничной помощи психически больным. К ним, кроме психоневрологических диспансеров, относятся дневные и ночные стационары, лечебно-трудовые мастерские, спецучастки или спеццеха на промышленных предприятиях, общежития для пациентов с психическими расстройствами.

Основными задачами психоневрологического диспансера являются: выявление лиц страдающих психическими расстройствами среди населения и активное наблюдение за ними (приглашение пациента

на прием и посещение его на дому); проведение всех видов амбулаторного лечения; их трудоустройство, оказание помощи в социально-бытовых и юридических вопросах; направление на стационарное лечение; проведение экспертиз; санитарно-просветительная и психогигиеническая работа [2].

Психоневрологический диспансер расположен на территории Восточного административного округа города Москвы. Мощность диспансера 465 посещений в смену. Прием пациентов осуществляется в две смены с соблюдением принципа участковости. Методическое руководство диспансера осуществляется организационно методическим отделом по психиатрии г. Москвы. Принципом работы данного учреждения является оказание внебольничной психиатрической помощи.

В диспансере имеются следующие структурные подразделения: участковая служба для обслуживания взрослого, подросткового и детского населения; дневной стационар на 100 мест; отделение интенсивного оказания психиатрической помощи; медико-реабилитационное отделение; отделение неотложной помощи взрослому населению; кабинет амбулаторного принудительного наблюдения и лечения пациентов с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния (АПНЛ); суицидологическая служба с кабинетом социально-психологической помощи при кризисных состояниях – «телефон доверия»; психотерапевтическая служба; кабинеты психологов, специалистов по социальной работе, медсестры по опеке; кабинет иглорефлексотерапии.

Обеспеченность диспансера медицинским персоналом представлена на рис. 1 – в среднем 90,5%, что считается хорошим уровнем, но некоторые должности не очень хорошо укомплектованы (врач-психиатр детский участковый, медсестра участковая и очень низкий уровень укомплектованности санитарками). Обеспеченность общедиспансерным немедицинским персоналом удовлетворительная, но значительно не хватает медицинских психологов и социальных работников (44% и 33% соответственно).

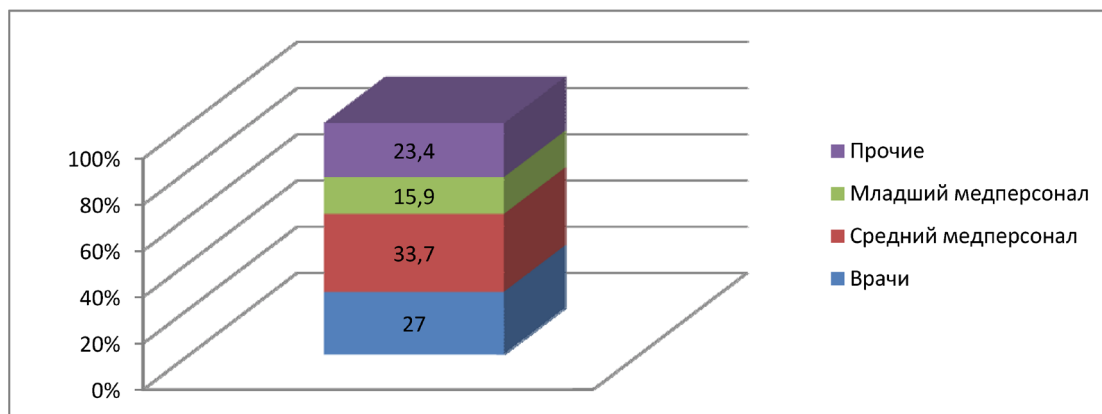


Рис. 1. Распределение персонала психоневрологического диспансера по профессиональным группам

Изучение литературных данных показало, что произошедшие в нашей стране политические и экономические изменения не могли не сказаться на состоянии психического здоровья населения. Большинство современных авторов отмечают увеличение числа пациентов с психическими заболеваниями среди детей и подростков. В структуре общей заболеваемости психические расстройства состав-

ляют небольшой удельный вес (около 3%), однако в их динамике сохраняются негативные тенденции, причем исследователями выявлены зоны России, в которых психические расстройства непсихотического характера встречаются у детей и подростков чаще.

Анализируя материалы ВОЗ, национальные статистические и клинико-эпидемиологические матери-

алы, О.И. Щепин еще в 1998 году выявил, что самые высокие уровни распространённости и показатели роста характерны для неврозов (выросли в 61,7 раза, или с 2,4 до 148,1 случаев на 1 тыс. человек) и алкоголизма (выросли в 58,2 раза, или с 0,6 до 34,9 случая на 1 тыс. человек).

Анализируя первичную заболеваемость в районе обслуживания диспансера по группам, мы видим, что у впервые обратившихся в диспансер, чаще всего устанавливаются диагнозы психического расстройства непсихотического характера. Полученные результаты представлены на рис. 2.

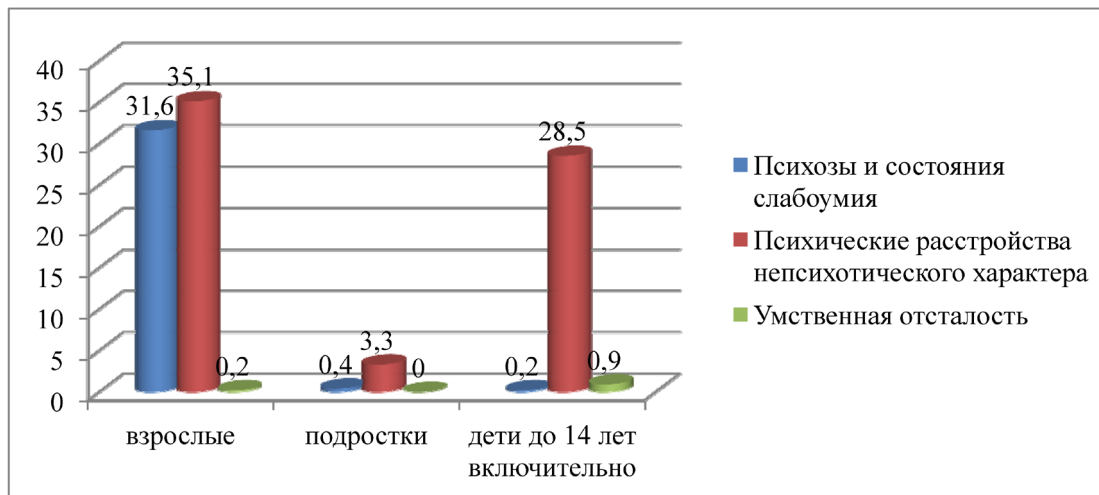


Рис. 2. Распространенность диагнозов у пациентов, впервые обратившихся в психоневрологический диспансер

Инвалидность – один из важных медико-социальных критериев общественного здоровья. Показатели инвалидности позволяют охарактеризовать уровень социально-экономического развития общества, состояние среды обитания, степень совершенства медицинской помощи и, в частности, качество проводимых лечебных и профилактических мероприятий [5]. Основной причиной выхода на инвалидность являются болезни системы кровообращения (на их долю приходится 51,2%

первичной инвалидности), а психические расстройства (3,3%) находятся в структуре заболеваний на 6 месте.

При анализе результатов исследования выявлено, что в диспансере 62% инвалидов имеют психические расстройства (шизофрения, шизоаффективные психозы, шизотипическое расстройство и др.), много инвалидов в связи с умственной отсталостью (19,8%). Структура болезней, у лиц признанных инвалидами показана на рис. 3.

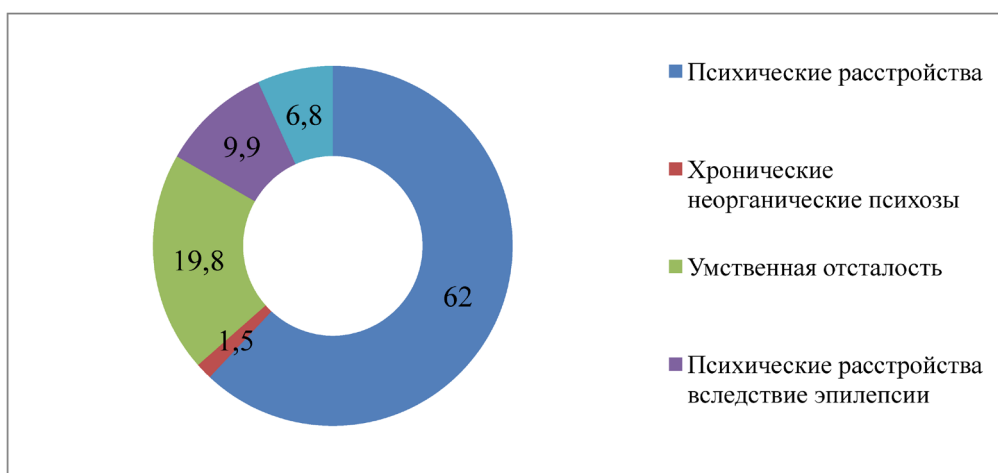


Рис. 3. Структура болезней, лиц признанных инвалидами в ПНД (в %)

Изучение возраста пациентов – инвалидов показало, что в возрасте от 18 до 19 лет их 1,6%, в возрасте 20-39 лет – 26,3%, в возрасте 40-59 лет – 43%, в возрасте 60 лет и старше – 29%.

На рис.4 показано, что среди пациентов-инвалидов с психическими расстройствами практически одинаково бывают как женщины (52%) так и мужчины (48%).

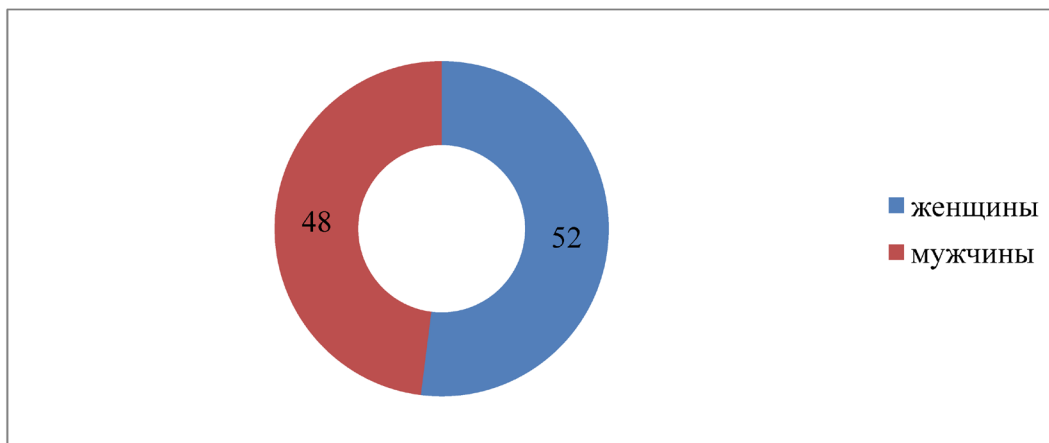


Рис. 4. Пациенты-инвалиды по полу (в %)

Мы изучили, сколько человек (инвалидов) трудоспособного возраста и где проходят трудовую реабилитацию (всего 1487 человек в 2012 г.). На рис. 5 показано (по данным диспансера), что ин-

валиды трудоспособного возраста проходят трудовую реабилитацию чаще на общем производстве (3,4%) и в ЛТМ (2,5%), реже в спеццехах (1,3%).

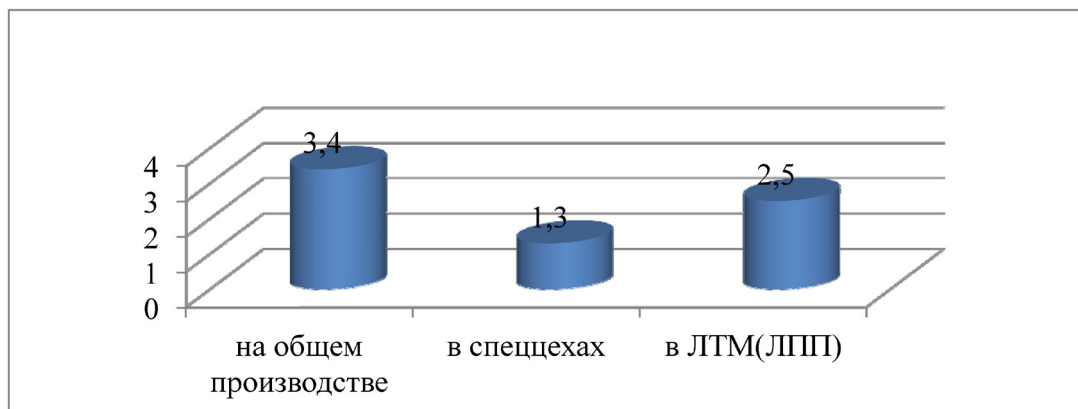


Рис. 5. Распределение инвалидов ПНД трудоспособного возраста, проходящих трудовую реабилитацию (в %)

В диспансере активно проводится внедрение в работу учреждения передовых технологий для оказания самых разных видов помощи, поддержки психически больных, защиты их прав и интересов. Важное место в деятельности медицинской сестры занимает просветительская работа среди пациентов, их родственников, населения. Она ведется в разных направлениях: издаются буклеты, информационные листки, памятки; печатаются пособия по правовым вопросам в форме ответов на вопросы в доступной форме; читаются лекции, проводятся беседы; применяется изобразительный (или наглядный) метод профилактической работы – фотографии, схемы, плакаты. Особого внимания заслуживают внедряемые в данное время в ПНД такие технологии медико-социальной реабилитации, как психологические, коммуникативные тренинги, тренинги социально-бытовых навыков и циклы психообразования.

Психологический тренинг – социально-психологическая услуга, заключающаяся в активном психологическом воздействии, направленном на снятие последствий психотравмирующих ситуаций, нервно-психической напряженности, формирование личностных предпосылок для адаптации к новым условиям. Коммуникативные тренинги ориентированы на

то, чтобы научиться общаться, легко вступать в контакт с людьми и, самое главное, перестать бояться незнакомых людей [4]. При применении технологии тренинга социально-бытовых навыков с пациентами проводятся обучающие занятия, начиная с обучения гигиеническим навыкам «Как правильно чистить зубы» и кончая обучением распределения пенсии.

Уже не один год в диспансере проводятся курсы «Основы психиатрической грамотности», где занятия проводят медицинская сестра и врач-психотерапевт. Создана и функционирует группа взаимной поддержки членов семей пациентов. Коллектив диспансера в 2010 году был награжден Дипломом 2 степени в номинации психообразование на Всероссийском конкурсе «За подвижность в области психического здоровья» имени академика РАМН Т.Б. Дмитриевой, а в 2011 году – Почетной грамотой участника этого же Всероссийского конкурса.

Медицинские сестры диспансера принимают активное участие в организации выставок, концертов, разных досуговых мероприятий, понимая, что это очень важно для наших пациентов и членов их семей.

Пациенты с психическими расстройствами представляют собой специфическую социальную группу, имеющую существенные особенности условий и об-

раза жизни. Лица с психическими расстройствами страдают не только по причине своей болезни, но и из-за отсутствия помощи, понимания со стороны окружающих. В повседневной жизни подобное отношение не дает таким людям возможности вновь стать полноценными членами общества, обрести нормальное жилище и работу, вести достойную общественную жизнь.

#### Обсуждение результатов исследования

Таким образом, для повышения качества оказания медицинской помощи населению, сестринской службе ПНД были даны следующие рекомендации:

1. Доукомплектовать психоневрологический диспансер медицинскими и немедицинским персоналом: медицинскими сестрами, санитарками, инструкторами по трудовому обучению, медицинскими психологами и социальными работниками.

2. Проводить профилактическую работу с детьми и подростками девиантного и делинквентного поведения.

3. Усилить реабилитацию инвалидов трудоспособного возраста в спеццехах (за счет увеличения количества инструкторов по трудовому обучению).

4. В работу медицинских сестер диспансера необходимо внедрить мероприятия по медико-социальной реабилитации (проведение индивидуальных и групповых занятий) для формирования социальной независимости, развития навыков общения у пациентов.

5. Мы считаем, что эти изменения могут быть распространены на все психоневрологические диспансеры с последующим обязательным анализом. Для последующего анализа необходимо анкетирование пациентов и членов их семей, а также мнение медицинских сестер.

#### Выводы

Проведенное нами исследование показало, что:

1. В психоневрологическом диспансере не доукомплектован медицинский и немедицинский персонал. Общедиспансерный медицинский персонал

в основном укомплектован на 100%, коэффициент совместительства в норме (от 1 до 1,2). Очень низкий уровень укомплектованности санитарками (48,8%), не хватает инструкторов по трудотерапии, медицинских психологов и социальных работников.

2. Люди стали меньше опасаться социальной стигматизации, связанной с обращением к психиатру, им стало легче получить необходимую помощь.

3. Среди пациентов психоневрологического диспансера больше всего доля лиц с психическими расстройствами непсихотического характера. Высокий уровень этих расстройств у детей и подростков.

4. Инвалидность устанавливается пациентам в основном в связи с психическими расстройствами (шизофрения, шизоаффективные психозы, шизотипическое расстройство и др.) и умственной отсталостью. Основным возрастом инвалидов от 40 до 59 лет – трудоспособный. Инвалидность получают практически в равной доле и женщины и мужчины.

5. Инвалиды трудоспособного возраста проходят трудовую реабилитацию в основном на общем производстве.

6. Пациенты нуждаются в эмоциональной поддержке, общении в виде индивидуальной и/или групповой работы, в том числе включение пациента в группу взаимной поддержки, в клубную работу, в досуговые программы.

#### Список литературы

- ГОСТ Р 52495-2005. Социальное обслуживание населения. Термины и определения.
- Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: Медпрактика. – 2004 – 492 с.
- Постановление Правительства Москвы от 08.04.2008 № 259-ПП о городской целевой среднесрочной программе развития здравоохранения «Столичное здравоохранение на 2008-2010 гг.».
- Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
- Ротштейн В.Г., Богдан М.Н. Основы психиатрической грамотности. – М.: ООО Изд. дом «Качество жизни». – 2008 – 92 с.
- ФЗ РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изм. от 10.01.2003).

### Секция «Состояние здоровья: медико-социальные аспекты», научный руководитель – Кохан С.Т., канд. мед. наук, доцент

#### ПРИВЕРЖЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Юртайкина Т.А., Дорофеев А.Л., Дубинина В.В.

Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск, e-mail: vandy\_1387@mail.ru

Здоровый образ жизни – образ жизни человека, направленный на профилактику болезней и укрепление здоровья. В настоящее время ЗОЖ рассматривается как глобальная социальная проблема, составная часть жизни общества в целом, хотя само понятие «здорового образа жизни» однозначно ещё не определено, но выделены следующие основные его составляющие: 1) воспитание с раннего детства здоровых привычек и навыков, 2) окружающая среда, 3) отказ от вредных привычек 4) здоровое питание, 5) физически активная жизнь, 6) личная и общественная гигиена.

Здоровый образ жизни должен относиться к базовым ценностям человека и, тем более, врача, так как этический и профессиональный статус врача предполагает обучение и формирование приверженности населения к ведению здорового образа жизни. И, конечно же, его психическое и физическое здоровье является ориентиром для человека. Процесс формирования образа жизни человека занимает всю жизнь,

но закладка основополагающих черт происходит в детстве и юношестве.

Целью работы является изучение и анализ приверженности студентов первого курса медицинского университета к здоровому образу жизни.

Объектом исследования стали студенты первого курса лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов.

Исследование проводилось на базе ГБОУ ВПО ДВГМУ. Всего проанкетирован 291 человек. Из них лиц мужского пола – 103 (35,4%), женского – 188 (64,6%).

Структура анкеты содержала следующие позиции: физически активная жизнь и занятие спортом, режим сна и бодрствования, «нездоровое» питание, вредные привычки.

Анализ данных опроса среди студентов 1-го курса медицинского университета показал, что: физически активную жизнь ведут 33% студентов (проходят пешком не менее 1000м в день), занимаются физической культурой (например, фитнесом не реже 2-х раз в неделю) – 63%. Режим сна в популяции студентов первокурсников нарушают (каждый день) – 80% и (не реже 2-х раз в неделю) – 18%. По результатам анкетирования, не выявлена высокая приверженность к fast food – всего лишь 17% респондентов ответили, что ежедневно выбирают такой вид питания, и 35% пита-