

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2024

Никишина В.Б., Петраш Е.А., Симоненко И.А., Орлова Е.С.

Экспертная оценка компетенций межличностного взаимодействия специалистов, включённых в реализацию реабилитационного процесса

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, 117997, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Введение. Необходимость изучения взаимодействия специалистов, включённых в реализацию реабилитационного процесса (РП), обусловлена тем, что уже на начальных этапах РП эффективное межличностное взаимодействие (МЛВ) позволяет выявлять пациентов, подверженных риску возникновения медицинских осложнений и повторной госпитализации, а также позволяет определить объём необходимых вмешательств, которые будут сосредоточены на решении различного рода задач (медицинских, физических, когнитивных, эмоциональных, социальных, психологических), стоящих перед специалистами в РП.

Цель исследования — оценка компетенций МЛВ специалистов (медицинского и немедицинского профиля), включённых в реализацию РП.

Материалы и методы. Общий объём выборки составил 246 человек в возрасте 25–52 года (средний возраст $31,4 \pm 5,18$ года). Все участники исследования являлись сотрудниками реабилитационных центров и были разделены на две группы: специалисты медицинского профиля и специалисты немедицинского профиля. Исследование осуществлялось с использованием ассесмент-технологии и включало индивидуальную и групповую формы работы.

Результаты. Около 90% функционала современного специалиста как медицинского, так и немедицинского профиля, включённых в реализацию РП, составляет функционал, определяющийся организационными компетенциями и компетенциями МЛВ. В зависимости от реабилитационного случая объём функционально-компетентного содержания определяется индивидуально. Специалисты немедицинского профиля обладают более высоким уровнем сформированности компетенций МЛВ в сравнении со специалистами медицинского профиля.

Ограничения исследования. Исключались из участия в исследовании специалисты медицинского и немедицинского профиля, не являющиеся сотрудниками реабилитационных центров, а также сотрудники реабилитационных центров старше 55 лет.

Заключение. Необходимым условием функционирования реабилитационного направления в организации является увеличение доли специалистов медицинского и немедицинского профиля, участвующих в реализации РП, с высоким уровнем развития компетенций МЛВ и снижение доли демотивированных сотрудников с низким уровнем сформированности компетенций МЛВ.

Ключевые слова: компетенции межличностного взаимодействия; процесс реабилитации; специалисты медицинского профиля; специалисты немедицинского профиля

Соблюдение этических стандартов. Исследование проведено в соответствии с требованиями Основ законодательства «Об охране здоровья граждан»; все участники подписали информированное согласие на обследование (выписка из протокола заседания этического комитета № 217 от 18.04.2022).

Для цитирования: Никишина В.Б., Петраш Е.А., Симоненко И.А., Орлова Е.С. Экспертная оценка компетенций межличностного взаимодействия специалистов, включённых в реализацию реабилитационного процесса. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2024; 68(2): 139–146. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2024-68-2-139-146> <https://elibrary.ru/dgnyeh>

Для корреспонденции: Петраш Екатерина Анатольевна, доктор психол. наук, доцент, профессор каф. клинической психологии факультета клинической психологии и социальной работы ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, 117997, Москва. E-mail: petrash@mail.ru

Участие авторов: Никишина В.Б. — концепция и дизайн исследования, написание текста, редактирование, утверждение окончательного варианта статьи; Петраш Е.А. — написание текста, редактирование, ответственность за целостность всех частей статьи; Симоненко И.А. — сбор и обработка материала, статистическая обработка данных; Орлова Е.С. — сбор и обработка материала, статистическая обработка данных. Все соавторы — утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Vera B. Nikishina, Ekaterina A. Petrash, Irina A. Simonenko, Ekaterina S. Orlova

Expert assessment of the competencies of interpersonal interaction between specialists involved in the implementation of the rehabilitation process

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, 117997, Russian Federation

ABSTRACT

Introduction. The need to study the interaction between specialists involved in the implementation of the rehabilitation process is due to the fact that already at the initial stages of the rehabilitation process, effective interpersonal interaction allows identifying patients at risk for medical complications and readmission, and determining the amount of necessary interventions that will be focused on solving various tasks (medical, physical, cognitive, emotional, social, psychological) facing specialists in the process of rehabilitation.

Purpose of the study. Assessment of the competences of interpersonal interaction between specialists (medical and non-medical profile) included in the implementation of the rehabilitation process.

Materials and methods. The total sample size was two hundred forty six people aged of 25–52 years (mean age 31.4 ± 5.18 years). All study participants were employees of rehabilitation centers and were divided into two groups: medical specialists and non-medical specialists. The study was carried out using assessment technology and included individual and group forms of work.

Results. About 90% of the functionality of a modern specialist, both medical and non-medical, included in the implementation of the rehabilitation process, is functional, determined by managing competencies and competencies of interpersonal interaction. Depending on the rehabilitation case, the volume of functional and competence content is determined individually. Non-medical specialists have a higher level of formation of interpersonal interaction competencies in comparison with medical specialists.

Research limitations. Excluded from participation in the study were medical and non-medical specialists who were not employees of rehabilitation centers, as well as employees of rehabilitation centers over 55 years of age.

Conclusion. A necessary condition for the functioning of the rehabilitation direction in the management is an increase in the proportion of medical and non-medical specialists involved in the implementation of the rehabilitation process, with a high level of development of interpersonal interaction competencies and a decrease in the proportion of demotivated employees with a low level of formation of interpersonal interaction competencies.

Keywords: *competencies of interpersonal interaction; rehabilitation process; medical professionals; non-medical professionals*

Compliance with ethical standards. The study was conducted in accordance with the requirements of the Fundamentals of Legislation “On the Protection of the Health of Citizens”; all participants signed an informed consent for the examination (extract from the protocol of the meeting of the ethical committee No. 217 dated April 18, 2022).

For citation: Nikishina V.B., Petrash E.A., Simonenko I.A., Orlova E.S. Expert assessment of the competencies of interpersonal interaction between specialists involved in the implementation of the rehabilitation process. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii / Health Care of the Russian Federation, Russian journal.* 2024; 68(2): 139–146. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2024-68-2-139-146> <https://elibrary.ru/dgnyeh> (in Russian)

For correspondence: Ekaterina A. Petrash, MD, PhD, DSci., Associate Professor, Professor of the Department of Clinical Psychology, Faculty of Clinical Psychology and Social Work, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, 117997, Russian Federation. E-mail: petrash@mail.ru

Contribution of the authors: Nikishina V.B. — the concept and design of the study, writing the text, editing, approval of the final version of the article; Petrash E.A. — writing the text, editing, responsibility for the integrity of all parts of the article; Simonenko I.A. — collection and processing of material, statistical processing of data; Orlova E.S. — collection and processing of material, statistical processing of data. All authors are responsible for the integrity of all parts of the manuscript and approval of the manuscript final version.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received: March 3, 2023 / Revised: May 24, 2023 / Accepted: October 18, 2023 / Published: April 29, 2024

Введение

Необходимость изучения взаимодействия специалистов, включённых в реализацию реабилитационного процесса (РП), обусловлена тем, что оценка эффективности решения их профессиональных задач в совместной работе медицинских и немедицинских специалистов осуществляется по данным аттестационно-аккредитационных мероприятий [1]. Эффективное межличностное взаимодействие (МЛВ) позволяет уже на начальных этапах РП определить объём необходимых вмешательств, которые будут сосредоточены на решении различного рода задач (медицинских, физических, когнитивных, эмоциональных, социальных, психологических), стоящих перед специалистами в РП, и согласованности их действий [2].

Работ по изучению реабилитации со стороны МЛВ специалистов различного профиля, включённых в РП, нами не обнаружено. Существенная часть исследований сосредоточена на изучении практического опыта внедрения новой модели медицинской реабилитации в России [3];

анализе необходимых базовых практических навыков специалистов, включённых в РП [4–7]; возможности автоматизации деятельности мультидисциплинарной реабилитационной бригады и внедрения программных комплексов и информационных систем (например, «ICF WIZARD») в организации РП [8]; роли отдельных специалистов медицинского и немедицинского профиля в РП [9–13]. Однако, по сути, именно МЛВ специалистов, включённых в реализацию РП, обеспечивает эффективность реабилитации. РП регулируется нормативными правовыми актами.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), реабилитация представляет собой комплекс мероприятий, направленных на восстановление функциональных возможностей человека и снижение уровня инвалидности у лиц с нарушениями здоровья с учётом условий их проживания. Патологическими состояниями, при которых показана реабилитация, в мире страдает порядка 2,4 млрд человек [14]. Демографические изменения, а также изменения, происходящие в области

здравоохранения, приводят к увеличению потребности людей в реабилитации. Возникает противоречие: при увеличении потребностей в услугах реабилитации для большинства стран с низким и средним уровнем материального обеспечения нет возможности получения необходимых услуг по реабилитации. В условиях пандемии COVID-19 необходимость актуализации реабилитационных мероприятий приобретает особую значимость [14].

Подчёркивая необходимость усиления роли и развития реабилитации, ВОЗ в 2017 г. приступила к осуществлению инициативы по обеспечению услуг по реабилитации к 2030 г., привлекая специалистов из различных областей к решению ряда задач:

- совершенствование руководства и управления реабилитацией;
- формирование многопрофильных высокопрофессиональных трудовых ресурсов в области реабилитации;
- повышение объёма финансирования реабилитационных услуг;
- актуализация данных современных научных исследований по реабилитации.

В исследованиях в качестве критериев оценки эффективности работы специалистов, включённых в РП пациентов, указаны:

- число койко-дней;
- процент выписки пациентов;
- их потребность в разных видах ассистивных технологий после выписки [15].

Таким образом, реабилитация определяется как комплексная система восстановительных мер, а также мер первичной профилактики и укрепления здоровья населения.

Согласно приказу Минздрава России от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых», медицинская реабилитация на всех (трёх) этапах осуществляется мультидисциплинарной реабилитационной командой, которой руководит врач (врач по физической и реабилитационной медицине или врач по медицинской реабилитации). Состав специалистов определяется персонифицированно и, в соответствии с утверждённым Положением о мультидисциплинарной реабилитационной команде, включает врача по физической и реабилитационной медицине/врача по медицинской реабилитации, специалиста по физической реабилитации, специалиста по эргореабилитации, медицинского психолога/врача-психотерапевта, медицинского логопеда, медицинскую сестру по медицинской реабилитации, медицинскую сестру палатную.

Другие виды реабилитации (социальной, психологической, социально-бытовой), целевые показатели реабилитационных услуг; критерии оценки эффективности системы реабилитации, а также система информационного обеспечения РП регламентированы национальными стандартами реабилитации инвалидов. При этом, помимо специалистов медицинского профиля, в РП участвуют специалисты немедицинского профиля — специалисты по социальной работе [16].

Таким образом, фиксируется противоречие в поле нормативно-правовой регуляции РП. С одной стороны, все виды реабилитации (медицинской, психологической, социальной, социально-бытовой) требуют участия специалистов как медицинского, так и немедицинского профиля. При этом нормативно-правовая регламентация РП на законодательном уровне осуществляется различными ведомствами: процесс медицинской реабилитации регламентирован приказами Министерства здравоохранения РФ;

другие же виды реабилитации регламентируются приказами Минтруда РФ и Росстандарта РФ. С другой стороны, приказы Министерства здравоохранения РФ сосредоточены на организационных аспектах реабилитации; содержательные же аспекты реабилитации, в том числе медицинской, включая критерии оценки эффективности, целевые показатели, а также систему информационного обеспечения, регламентируются на уровне других ведомств.

РП обеспечивается взаимодействием специалистов медицинского профиля — врачей-реабилитологов, врачей-физиотерапевтов, среднего медицинского персонала (медицинских сестёр) и немедицинского профиля — клинических психологов и специалистов по социальной работе. Успешность РП зависит от того, как организовано взаимодействие специалистов, участвующих в этом процессе.

Взаимодействие рассматривается как процесс взаимодействия субъектов друг на друга (непосредственного или опосредованного), который порождает их взаимную обусловленность и связь. Оно является интегрирующим фактором, обеспечивающим целостность РП. Успешность МЛВ специалистов, включённых в реализацию РП, определяется уровнем сформированности компетенций МЛВ, которые представляют собой умения, качества или способности человека, влияющие на его эффективность.

Компетенции МЛВ специалистов, включённых в реализацию РП (анализ проблем; планирование и организованность; инициативность; ориентированность на взаимодействие; стрессоустойчивость), обеспечивают эффективность их МЛВ в решении реабилитационных задач. Анализ проблем характеризует умение выявлять проблемные аспекты, степень их решаемости (разрешимости) с распределением их по степени значимости. Планирование и организованность проявляются в составлении детализированного плана с установлением ответственных исполнителей, сроков, средств и ресурсов достижения. Инициативность проявляется в предложении задач и способов их решения. Ориентированность на взаимодействие характеризует включённость в решение совместных задач и конструктивность во взаимодействии с коллегами. Проявлениями стрессоустойчивости являются эмоциональная стабильность и способность принимать конструктивные решения в эмоциональных ситуациях в условиях дефицита времени.

Таким образом, РП, выстроенный и регламентированный системой здравоохранения, находится в нормативно-правовом противоречии с РП, регламентированным Министерством труда. Мультидисциплинарная реабилитационная команда представляет собой функциональную группу специалистов медицинского и немедицинского профиля, объединённых для максимальной реализации индивидуального реабилитационного потенциала пациента посредством комплексного применения различных методов диагностики, вторичной и третичной профилактики и лечения по профилю каждого специалиста. Необходимым условием её функционирования является МЛВ специалистов команды, включённых в реализацию РП, обеспечивающее целостность РП, согласованность действий, чёткое распределение функционала каждого члена команды. Несогласованность действий и функционала специалистов, включённых в реализацию РП, затрудняет выбор критериев эффективности и безопасности РП. Так, каждый специалист по профилю своей профессиональной деятельности руководствуется соответствующей системой критериев оценки эффективности. Невозможно

оценивать эффективность целостного РП по действиям отдельных специалистов, включённых в его реализацию. Именно эффективное МЛВ позволяет специалистам «договариваться» между собой, распределяя функциональные обязанности. Затруднения в МЛВ специалистов осложняют согласование функционала и действий, а впоследствии — достижение целей РП.

Целью исследования является оценка компетенций МЛВ специалистов (медицинского и немедицинского профиля), включённых в реализацию РП, с использованием ассесмент-технологии.

Материалы и методы

Общий объём выборки составил 246 человек в возрасте 25–52 года (средний возраст $31,4 \pm 5,18$ года). Все участники исследования являлись сотрудниками реабилитационных центров: 42 врача-реабилитолога; 48 врачей-физиотерапевтов; 54 клинических психолога; 46 специалистов по социальной работе; 56 человек среднего медицинского персонала. По профилю деятельности были сформированы две исследовательские группы: специалисты медицинского профиля, включённые в реализацию РП (врачи-реабилитологи, врачи-физиотерапевты, средний медицинский персонал), и специалисты немедицинского профиля, включённые в реализацию РП (клинические психологи, специалисты по социальной работе). Исследование осуществлялось в индивидуально-групповой форме на условиях добровольного информированного согласия.

Исследование проводилось в несколько этапов. Все участники были разделены на группы по 45–50 человек, каждая из которых принимала участие только в одном этапе исследования. Увеличение количества участников, участвующих в исследовательской процедуре оценки, существенно затруднило бы выполнение заданий. Процедура исследования повторялась на каждом этапе и включала индивидуальные и групповые методы (табл. 1).

Каждый метод был направлен на диагностику нескольких компетенций МЛВ (анализ проблем, ориентация на взаимодействие, инициативность, планирование и организованность, стрессоустойчивость). Соответственно, каждая компетенция оценивалась в нескольких диагностических процедурах (методах). Для каждой компетенции по результатам процедуры оценки рассчитывали суммарный балл. Длина шкалы оценки каждой оцениваемой компетенции формировалась в соответствии с количеством диагностических процедур (методов), в которых она оценивалась. Максимальный балл по компетенции анализа проблем составил 10; компетенции ориентации на взаимодействие — 45; инициативности — 25; планированию и организованности — 35; стрессоустойчивости — 45. Средний уровень выраженности компетенции определяли как количественное значение, попадающее в диапазон $x \pm \sigma$ (x — среднее значение; σ — среднее квадратическое отклонение). Значения, меньшие указанного диапазона, соответствовали низкому уровню выраженности компетенции; превышающие указанный диапазон — высокому.

Длительность одного этапа (одной группы) составляла 90–95 мин. Алгоритм на каждом этапе исследования был идентичен и включал мотивированное инструктирование участников процедуры оценки, а также оценку компетенций МЛВ в форме индивидуальной и групповой работы. Исследовательские группы для каждого этапа процедуры исследовательской оценки были сформированы таким

образом, чтобы в исследовании одновременно принимали участие специалисты — представители всех профессиональных групп, участвующих в исследовании: врачи-реабилитологи, врачи-физиотерапевты, клинические психологи, специалисты по социальной работе и средний медицинский персонал.

Выполнение заданий в индивидуальной форме предполагало заполнение индивидуальных бланков, выдаваемых каждому участнику исследовательской процедуры оценки. Каждый участник подписывал свой код (с целью соблюдения конфиденциальности результатов исследования) на выданном бланке.

Для выполнения групповых заданий при формировании малых групп в рамках каждого этапа были сформированы малые группы, численность которых составляла 7–9 человек разных специальностей. Данная группировка участников исследовательской процедуры оценки выступала в качестве модели мультидисциплинарной реабилитационной команды.

Количественную обработку осуществляли с использованием методов описательной статистики: расчёта показателей средних значений, долевого распределения показателей, стандартного отклонения.

Результаты

На основании результатов, полученных после исследования компетенций МЛВ у специалистов, включённых в реализацию РП, для каждого участника был сформирован индивидуальный компетентностный профиль, характеризующий уровень выраженности каждой компетенции, а также их соотношение относительно друг друга и относительно средних общеорганизационных показателей (рисунок).

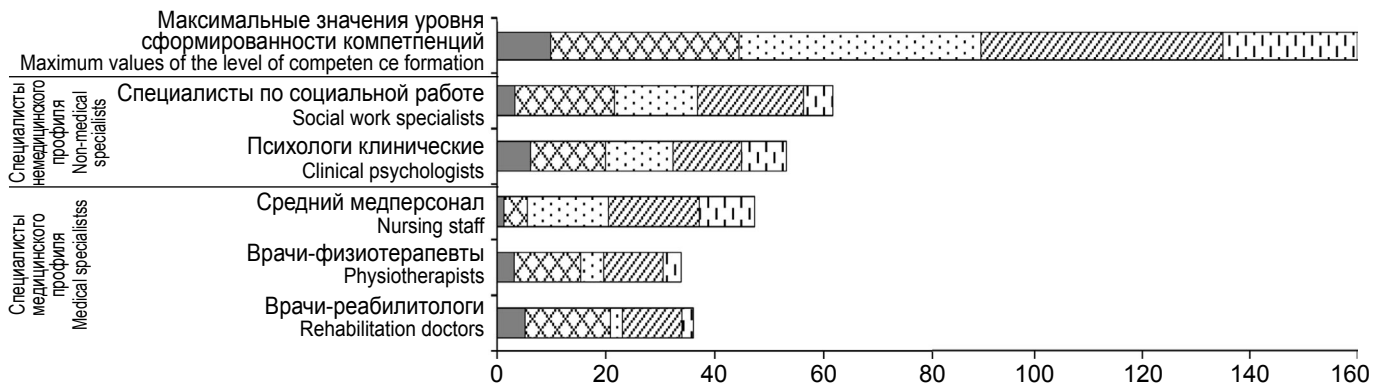
В результате содержательного анализа компетенций МЛВ у специалистов медицинского и немедицинского профиля выявлены статистически значимые различия (табл. 2). Минимальные значения по показателю уровня сформированности установлены по компетенции анализа проблем у специалистов как медицинского ($x \pm \sigma = 3,20 \pm 1,04$), так и немедицинского ($x \pm \sigma = 4,74 \pm 1,28$) профиля. При этом уровень сформированности данной компетенции значимо выше ($p = 0,028$) у специалистов немедицинского профиля — клинических психологов и специалистов по социальной работе — в сравнении со специалистами медицинского профиля (врачами и средним медицинским персоналом). У обеих групп специалистов выявлен низкий уровень сформированности компетенции инициативности (у специалистов медицинского профиля $x \pm \sigma = 5,21 \pm 2,02$; у специалистов немедицинского профиля — $x \pm \sigma = 6,80 \pm 2,14$). При оценке значимости различий по данному показателю также получены статистически значимые различия ($p = 0,024$). Выявленная дефицитарность уровня сформированности компетенций анализа проблем и инициативности проявляется в том, что специалисты мультидисциплинарных бригад испытывают существенные затруднения в определении проблемного поля. При этом аргументация и предложения по способам решения обозначенных проблем отсутствуют. Специалисты не представляют предложений относительно способов решения поставленных задач и оптимизации взаимодействия внутри мультидисциплинарной реабилитационной бригады.

В компетентностном профиле, вне зависимости от профиля специалистов реабилитационной бригады, максимально выраженными являются компетенции стрессоу-

Таблица 1. Методическое обеспечение процедуры оценки компетенций межличностного взаимодействия (МЛВ) сотрудников реабилитационного центра.

Table 1. Methodological support of the procedure for assessing the competencies of interpersonal interaction between employees in a rehabilitation center.

Метод	Описание
Метод анализа проблемного поля Problem field analysis method	Участникам процедуры оценки предлагается составить перечень проблем, которые они видят в развитии организации Participants in the evaluation procedure are invited to make a list of problems that they see in the development of the organization
Метод формирования групп Group formation method	Участникам процедуры оценки предлагается сгруппироваться в несколько малых групп Participants of the assessment procedure are invited to group into several small groups
Метод кадровой реструктуризации Personnel restructuring method	Необходимо назвать вновь созданные структурные подразделения и определить их функциональное назначение It is necessary to name the newly created structural units and determine their functional purpose
Составление перспективного плана работы подразделения Drawing up a long-term plan for the work of the unit	Участникам, объединённым в группы, необходимо представить перспективный план работы вновь созданного структурного подразделения Participants united in groups must submit a long-term work plan of the newly created structural unit
Презентация плана работы реструктуризованного подразделения Presentation of the work plan of the restructured division	Подготовить и представить презентацию перспективного плана работы вновь созданного структурного подразделения Presentation of the work plan of the restructured unit
Метод экспресс-диагностики установок МЛВ Method of express diagnostics of interpersonal interaction attitudes	Всей группе предлагается подойти к столу с закреплённой на нём калькой; выбрать каждому один маркер любого цвета. <i>Инструкция:</i> «Внимание! После того, как инструкция прозвучит, Вы приступаете и выполнению. Задавать вопросы будет нельзя. В течение 30 секунд нарисуйте изображение руки и подпишите её своим именем. Приступили!» Экспериментатор фиксирует на кальке цифрой последовательность выполнения задания каждым участником группы. Процедура проводится в группе численностью от 5–6 до 13–14 человек The whole group is invited to come to the table with a tracing paper fixed on it: choose one marker of any color for each. <i>Instruction:</i> "Attention! After the instruction sounds, you proceed to the implementation. You won't be able to ask questions. Within 30 seconds, draw a picture of a hand and sign it with your name. We've started!" The experimenter fixes on the tracing paper with a number the sequence in which the task was completed by each member of the group. The procedure is carried out in a group of 5–6 to 13–14 people
Метод «Метафора» Method "Metaphor"	Состав участников должен включать работников разных подразделений и разных иерархических уровней (15–20 человек). Всем раздаются листы бумаги формата А4 и фломастеры. <i>Инструкция:</i> «Вы получили листы бумаги. Поставьте на листе номер своего бейджа. За 3 минуты, вне зависимости от своих художественных способностей, в метафорической форме изобразите Вашу организацию. Запишите название своего рисунка» The composition of the participants should include employees from different departments and different hierarchical levels (15–20 people). Handed out to everyone on a sheet of A4 paper and felt-tip pens. <i>Instruction:</i> "You have received sheets of paper. Put your badge number on the sheet. In 3 minutes, regardless of your artistic abilities, in a metaphorical form, depict your organization. Write down the title of your drawing"
Метод «Арка» Arch method	<i>Инструкция:</i> «Перед вами доска. Это пространство отношений вашего структурного подразделения. Фигуры — это сотрудники. Вам необходимо на доске выстроить модель отношений вашего структурного подразделения. Необходимо указать, кто есть кто (по должностям). Где вы в этом пространстве отношений? Подпишите». <i>Instruction:</i> "There is a board in front of you. This is the relationship space of your structural unit, Figures are employees. You need to build a model of the relations of your structural unit on the board. It is necessary to indicate who is who (by position), Where are you in this relationship space? Sign"
Метод «Ханойская башня» Tower of Hanoi method	<i>Инструкция:</i> «Вам необходимо переместить пирамиду на крайнюю ось, используя свободную промежуточную ось. Перемещать можно только по одному кольцу. Нельзя, чтобы большее кольцо находилось выше меньшего». <i>Instruction:</i> "You need to move the pyramid to the utmost axis using the free intermediate axis. You can only move on one ring. It is impossible for the larger ring to be higher than the smaller one"
Метод незаконченных ситуаций The method of unfinished situations	Каждому участнику процедуры оценки предлагается бланк, на котором представлены ситуации, развитие и исход которых необходимо представить в письменной форме на самом бланке Each participant in the evaluation procedure is offered a form on which situations are presented, the development and outcome of which must be presented in writing on the form itself



Компетентностный профиль специалистов, включённых в реализацию реабилитационного процесса (РП).

Competence profile of specialists involved in the implementation of the rehabilitation process.

стойчивости и планирования. Данные показатели значимо выше у специалистов немедицинского профиля в сравнении со специалистами медицинского профиля (по уровню сформированности компетенции стрессоустойчивости $p = 0,024$; по уровню сформированности компетенции планирования $p = 0,016$).

Также у специалистов, включённых в реализацию РП, вне зависимости от профиля, выявлена очень высокая гетерогенность показателей (например, от -6 до 20 у специалистов медицинского профиля; от -2 до 26 у специалистов немедицинского профиля) по компетенции стрессоустойчивости при высоком уровне общеорганизационных значений ($x = 12,85$ у специалистов медицинского профиля; $x = 16,03$ у специалистов немедицинского профиля), что свидетельствует о нестабильности системы по стрессоустойчивости и высокой эмоциональной нестабильности взаимодействия специалистов, включённых в реализацию РП. Высокая стрессоустойчивость в сочетании с низким уровнем инициативности рассматривается как показатель демотивированности к взаимодействию в профессиональной деятельности.

Долевое распределение качественных уровней компетентностной оценки специалистов, включённых в реализацию РП, имеет следующее соотношение: высокий уровень — $22,37\%$; средний уровень — $62,39\%$; низкий уровень — $15,24\%$, т.е. преобладающим является средний уровень сформированности компетенций МЛВ. Диапазон суммарных оценок специалистов, включённых в реализацию РП, с высоким компетентностным уровнем

варьируется от $55,3$ до 73 баллов в абсолютных значениях. Данный количественный показатель соответствует $34,6$ – $45,6\%$ эффективности в относительных значениях при максимальном значении по суммарному показателю компетентностных позиций, равном 160 (100%). То есть сотрудники мультидисциплинарных реабилитационных бригад, имеющие высокие значения по уровню общей компетентности, демонстрируют эффективность менее 50% .

Осуществляя дифференцировку по специальностям медицинского и немедицинского профиля, мы установили, что специалисты немедицинского профиля (клинические психологи и специалисты по социальной работе) демонстрируют более высокую эффективность в сравнении со специалистами медицинского профиля. В абсолютных значениях высокий компетентностный уровень специалистов медицинского профиля, выявленный у $18,3\%$ сотрудников, соответствует $40,92$ – $58,00$ баллов ($25,6$ – $36,3\%$ эффективности); у специалистов немедицинского профиля — $69,69$ – $88,00$ баллов ($43,6$ – $55,0\%$ эффективности) и выявлен у $25,44\%$ сотрудников реабилитационного центра.

Таким образом, низкий уровень сформированности компетенций МЛВ у специалистов, включённых в реализацию РП, свидетельствует об их демотивации. Данный факт также подтверждается тем, что в определении проблемного поля 18% специалистов медицинского профиля и 14% специалистов немедицинского профиля не выделяют проблем в организации. В процентном соотношении эти показатели соответствуют доле специалистов,

Таблица 2. Показатели описательной и сравнительной статистики уровня сформированности компетенций МЛВ специалистов медицинского и немедицинского профиля

Table 2. Indicators of descriptive and comparative statistics of the level of formation of competencies of interpersonal interaction of medical and non-medical specialists

Показатель Indicator	Специалисты медицинского профиля Medical professionals	Специалисты немедицинского профиля Non-medical specialists	p
Анализ проблем Problem analysis	$3,20 \pm 1,04$	$4,74 \pm 1,28$	$0,028$
Планирование и организованность Planning and organization	$10,73 \pm 3,14$	$16,01 \pm 4,16$	$0,016$
Ориентация на взаимодействие Interaction oriented	$7,11 \pm 3,22$	$13,86 \pm 5,16$	$0,037$
Стрессоустойчивость Stress resistance	$12,85 \pm 9,26$	$16,03 \pm 11,38$	$0,024$
Инициативность Initiative	$5,21 \pm 2,02$	$6,8 \pm 2,14$	$0,024$

участвующих в реализации РП, с низким уровнем коммуникативной компетентности. В свою очередь, специалисты с высоким уровнем сформированности компетенций МЛВ в качестве проблем указывают преимущественно взаимодействие в коллективе (кадровый недостаток, взаимодействие с руководством, недостаток обучения, сложности взаимодействия между сотрудниками, сложности с постановкой задач и их пониманием, распределение обязанностей, предвзятость отношения, информационная несогласованность).

Специалисты как медицинского, так и немедицинского профиля, включённые в реализацию РП, с низким уровнем развития компетенций являются демотивированными на взаимодействие, что создаёт определённые затруднения в организации и реализации РП.

Обсуждение

Около 90% функционала современного специалиста как медицинского, так и немедицинского профиля, включённых в реализацию РП, составляет функционал, определяющийся организационными компетенциями и компетенциями МЛВ. В зависимости от реабилитационного случая, объём функционально-компетентного содержания определяется индивидуально.

РП, помимо организации и содержания реабилитационных мероприятий, обеспечивается качеством МЛВ и компетентностью специалистов (сотрудников), включённых в реализацию РП. Чем выше уровень развития компетенций МЛВ специалистов, тем более чётко выстраивается функциональное распределение действий специалистов медицинского и немедицинского профиля в РП.

Представленное исследование является междисциплинарным и направлено на повышение эффективности взаимодействия специалистов в системе здравоохранения. Междисциплинарная проблематика позволяет иначе взглянуть на вопросы решения задач в системе здравоохранения. Эффективное МЛВ специалистов, включённых в реализацию РП, позволяет установить функциональные границы специалистов медицинского и немедицинского

профиля, определить объём необходимых вмешательств в решении медицинских, физических, когнитивных, эмоциональных, социальных и психологических задач, обеспечивающих целостность РП. Большинство исследованных [9–13], изучающих РП, посвящено функциональному распределению обязанностей специалистов, включённых в реализацию РП. МЛВ данных специалистов как самостоятельный объект изучения в поле научных интересов исследований не попадает.

Ограничения исследования. Исключались из участия в исследовании специалисты медицинского и немедицинского профиля, не являющиеся сотрудниками реабилитационных центров, а также сотрудники реабилитационных центров старше 55 лет, что не позволяет транслировать полученные результаты на указанные категории специалистов.

Выводы

Специалисты немедицинского профиля обладают более высоким уровнем сформированности компетенций МЛВ в сравнении со специалистами медицинского профиля.

В аспекте практической значимости полученные результаты исследования позволяют определить стратегию компетентностного развития специалистов, участвующих в РП. Необходимым условием функционирования реабилитационного направления в организации является увеличение доли специалистов медицинского и немедицинского профиля, участвующих в реализации РП, с высоким уровнем развития компетенций МЛВ и снижение доли демотивированных сотрудников с низким уровнем сформированности компетенций МЛВ. Эффективное МЛВ специалистов, направленное на конструктивное, бесконфликтное решение поставленных задач с чётким распределением функциональных обязанностей позволит, с одной стороны, повысить эффективность РП, с другой — снизить уровень профессионального стресса специалистов, включённых в реализацию РП, возникающий при конфликтном взаимодействии как с коллегами, так и с пациентами.

ЛИТЕРАТУРА

(п.п. 2, 4–7, 14 см. References)

1. Зародина В.В. Критерии и показатели эффективности профессиональной деятельности врача-хирурга. *Человеческий капитал*. 2021; (S5-3): 261–73. <https://elibrary.ru/anjjkl>
3. Буйлова Т.В., Зверев Ю.П., Иванова Г.Е., Кузьминова Т.А. Современные требования к вузам, планирующим осуществлять подготовку специалистов по физической реабилитации в условиях формирования новой модели медицинской реабилитации в Российской Федерации: обзор. *Вестник восстановительной медицины*. 2022; 21(4): 17–26. <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2022-21-4-17-26>
8. Семенов В.А., Василенко И.В., Иванилова Т.Н. Автоматизация деятельности мультидисциплинарной реабилитационной бригады посредством программного пакета ICF WIZARD. *Врач и информационные технологии*. 2020; (1): 38–44. <https://doi.org/10.37690/1811-0193-2020-1-38-44>
9. Зминова О.А., Бронников В.А., Боброва Я.В., Русских О.А. Деятельность психолога в составе мультидисциплинарной бригады при работе с детьми в службе ранней помощи. *Человек. Искусство. Вселенная*. 2017; (1): 149–56. <https://elibrary.ru/xhstcq>
10. Егорова О.Ю., Суворов А.Ю. Особенности работы медицинской сестры в мультидисциплинарной бригаде при лечении пациентов с инсультом. *Неврология и ревматология. Приложение к журналу Consilium Medicum*. 2016; (1): 93–4. <https://elibrary.ru/xhjcwv>
11. Файзулина Д.Л., Киреева Е.Г. Роль медицинской сестры в мультидисциплинарной бригаде на этапе ранней реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения. *Альманах сестринского дела*. 2014; 7(2): 17–22. <https://elibrary.ru/tmuwht>
12. Котельникова А.В., Кукшина А.А. Роль медицинского психолога в работе мультидисциплинарной бригады в процессе восстановительного лечения. *Московская медицина*. 2018; (S1): 72. <https://elibrary.ru/yoqbbv>
13. Петрова Н.Г., Калинин С.А., Миннулин Т.И. Роль медицинской сестры в мультидисциплинарной бригаде реабилитационного профиля. *Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова*. 2016; 23(3): 16–7. <https://elibrary.ru/xwqkej>
15. Конева Е.С., Серебряков А.Б., Шаповаленко Т.В., Лядов К.В. Анализ 5-летнего опыта работы мультидисциплинарной бригады по протоколу fast-track-терапии после операций тотального эндопротезирования тазобедренных и коленных суставов в клинике ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России. *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация*. 2016; 15(4): 175–82. <https://doi.org/10.18821/1681-3456-2016-15-4-175-182>
16. Чижова В.М., Гаврилова И.С., Токина В.А. Институциональный анализ медико-социальной реабилитации: технология и социальная практика. *Primo Aspectu*. 2018; (3): 29–35. <https://elibrary.ru/uzhpyk>

REFERENCES

- Zarodina V.V. Criteria and indicators of the effectiveness of the professional activity of a surgeon. *Chelovecheskiy kapital*. 2021; (S5-3): 261–73. <https://elibrary.ru/anjjkl> (in Russian)
- Chuang H.J., Hsiao M.Y., Wang T.G., Liang H.W. A multidisciplinary rehabilitation approach for people surviving severe COVID-19—a case series and literature review. *J. Formos. Med. Assoc.* 2022; 121(12): 2408–15. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2022.02.002>
- Builova T.V., Zverev Yu.P., Ivanova G.E., Kuzminova T.A. Current requirements for universities planning to train physical rehabilitation specialists in the context of the new medical rehabilitation model in the Russian Federation: a review. *Vestnik vosstanovitel'noy meditsiny*. 2022; 21(4): 17–26. <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2022-21-4-17-26>
- Bliss R., Brueilly K.E., Swiggum M.S., Morris G.S., Williamson E.M. Importance of terminal academic degree core faculty in physical therapist education. *J. Phys. Ther. Educ.* 2018; 32(2): 123–7. <https://doi.org/10.1097/JTE.0000000000000054>
- Chesbro S.B., Jensen G.M., Boissonault W.G. Entrustable professional activities as a framework for continued professional competence: is now the time? *Phys. Ther.* 2018; 98(1): 3–7. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzx100>
- Huhn K., Gilliland S.J., Black L.L., Wainwright S.F., Christensen N. Clinical reasoning in physical therapy: a concept analysis. *Phys. Ther.* 2019; 99(4): 440–56. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy148>
- Magnusson D.M., Rethorn Z.D., Bradford E.H., Maxwell J., Ingman M.S., Davenport T.E., et al. Population health, prevention, health promotion, and wellness competencies in physical therapist professional education: results of a Modified Delphi Study. *Phys. Ther.* 2020; 100(9): 1645–58. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa056>
- Semenov V.A., Vasilenko I.V., Ivanilova T.N. Automation of the activities of the multidisciplinary rehabilitation team through the ICF wizard software package. *Vrach i informatsionnye tekhnologii*. 2020; (1): 38–44. <https://doi.org/10.37690/1811-0193-2020-1-38-44> <https://elibrary.ru/cdgonx> (in Russian)
- Zimina O.A., Bronnikov V.A., Bobrova Ya.V., Russkikh O.A. The activities of the psychologist in the composition of the multidisciplinary team when working with children of early intervention service. *Chelovek. Iskusstvo. Vseleennaya*. 2017; (1): 149–56. <https://elibrary.ru/xhstcq> (in Russian)
- Egorova O.Yu., Suvorov A.Yu. Features of the nursing work in the multidisciplinary team in the treatment of patients with stroke. *Neurologiya i revmatologiya. Prilozhenie k zhurnalu Consilium Medicum*. 2016; (1): 93–4. <https://elibrary.ru/xhjcwv> (in Russian)
- Fayzulina D.L., Kireeva E.G. The role of a nurse in a multidisciplinary team at the stage of early rehabilitation of patients with acute cerebrovascular accident. *Al'manakh sestrinskogo dela*. 2014; 7(2): 17–22. <https://elibrary.ru/tmuwht> (in Russian)
- Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A. The role of a medical psychologist in the work of a multidisciplinary team in the process of rehabilitation treatment. *Moskovskaya meditsina*. 2018; (S1): 72. <https://elibrary.ru/yqobbr> (in Russian)
- Petrova N.G., Kalinina S.A., Minnulin T.I. The role of a nurse in a multidisciplinary rehabilitation brigade. *Uchenye zapiski SPbGMU im. akad. I.P. Pavlova*. 2016; 23(3): 16–7. <https://elibrary.ru/xwqkej> (in Russian)
- WHO. Rehabilitation. Available at: <https://who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
- Koneva E.S., Serebryakov A.B., Shapovalenko T.V., Lyadov K.V. Analysis of 5 years of work experience of a multidisciplinary team according to the fast-track therapy protocol after total hip and knee arthroplasty operations at the FSAU clinic «Treatment and Rehabilitation Center» of the Ministry of Health of the Russian Federation. *Fizioterapiya, bal'neologiya i reabilitatsiya*. 2016; 15(4): 175–82. <https://doi.org/10.18821/1681-3456-2016-15-4-175-182> <https://elibrary.ru/wgbvqn> (in Russian)
- Chizhova V.M., Gavrilova I.S., Tokina V.A. Institutional analysis of medico-social rehabilitation: technology and social practice. *Primo Aspectu*. 2018; (3): 29–35. <https://elibrary.ru/uzhpyk> (in Russian)

Информация для РИНЦ

Никишина Вера Борисовна — доктор психол. наук, профессор, зав. каф. клинической психологии, директор Института клинической психологии и социальной работы РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, 117997, Москва, Россия. E-mail: vbnikishina@mail.ru

Петраш Екатерина Анатольевна — доктор психол. наук, доцент, профессор каф. клинической психологии, зам. директора Института клинической психологии и социальной работы РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, 117997, Москва, Россия. E-mail: petrash@mail.ru

Симоненко Ирина Алексеевна — доктор психол. наук, доцент, профессор каф. клинической психологии, Институт клинической психологии и социальной работы РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, 117997, Москва, Россия. E-mail: irinalik2004@mail.ru

Орлова Екатерина Сергеевна — канд. мед. наук, доцент каф. педагогики и педагогической психологии, Институт клинической психологии и социальной работы РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, 117997, Москва, Россия. E-mail: dr.orlovaes@mail.ru

Information about the authors

Vera B. Nikishina — MD, PhD, DSci., Professor, Head of the Department of Clinical Psychology, dir. Institute of Clinical Psychology and Social Work of the N.I. Pirogov, Moscow, 117997, Russian Federation. E-mail: vbnikishina@mail.ru <https://orcid.org/0000-0003-2421-3652>

Ekaterina A. Petrash — MD, PhD, DSci., Associate Professor, Professor of the Department of Clinical Psychology, Deputy Dean. Institute of Clinical Psychology and Social Work of the Russian National Research University named after N.I. Pirogov, Moscow, 117997, Russian Federation. E-mail: petrash@mail.ru <https://orcid.org/0000-0002-3177-088X>

Irina A. Simonenko — MD, PhD, DSci., Associate Professor, Professor of the Department of Clinical Psychology, Institute of Clinical Psychology and Social Work of the Russian National Research University named after N.I. Pirogov, Moscow, 117997, Russian Federation. E-mail: irinalik2004@mail.ru <https://orcid.org/0000-0002-7314-7826>

Ekaterina S. Orlova — MD, PhD, Associate Professor, Department of Pedagogy and Pedagogical Psychology, Institute of Clinical Psychology and Social Work of the Russian National Research University named after N.I. Pirogov, Moscow, 117997, Russian Federation. E-mail: dr.orlovaes@mail.ru <https://orcid.org/0000-0003-4190-1238>