

Эти типы объединены по блокам.

Первый блок включает типы отношения к болезни, при которых социальная адаптация существенно не нарушается: гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы.

Второй блок включает типы реагирования преимущественно с интропсихической направленностью, т.е. это тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический тип. Эмоционально-аффективная сфера отношений у больных с этими типами реагирования клинически проявляется в дезадаптивном поведении и реакциях по типу раздражительной слабости, а также в тревожном, подавленном, угнетенном состоянии. Характеризуется «уходом в болезнь», отказом от борьбы за здоровье, выздоровление.

Третий блок – типы реагирования с интропсихической направленностью – это сензитивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический. Пациенты с этими типами отношения к болезни при различных эмоционально-аффективных реакциях на болезнь характеризуются дезадаптивным поведением, которое может приводить к нарушению их социального функционирования.

Необходимо помнить, что при многих заболеваниях у пациентов возникают те или иные особенности психической деятельности. Например, у пациентов на поздних стадиях почечной недостаточности возникают астении почечного происхождения обычно в сочетании выраженной гиперестезии и раздражительности со стойкими нарушениями сна. Характерным также является наличие дисфорического оттенка настроения, слабо выраженные вегетативные расстройства, периодически возникающие нарушения схемы тела.

Таким образом, в центре внимания проблемы внутренней картины болезни находится психология личности больного. Только во взаимодействии с ней повышается надежность результатов лечения и реабилитации.

Медицинской сестре следует использовать знания о типах личности пациента для построения оптимальных взаимоотношений.

Тревожного пациента, вечно волнующегося, медицинской сестре следует успокоить позитивными примерами. У подозрительного человека следует попытаться завоевать доверие. Демонстративно ведущего себя человека не следует разоблачать, а можно апеллировать к его героизму. Пациента с депрессивным настроением нужно постараться заразить оптимизмом и верой в выздоровление или улучшение течения болезни. Ипохондриков, озабоченных болезнью, следует переключать внимание. Для медицинской сестры определение этих установок, подчеркивая активную роль самого индивида, развивая у него способности противостоять болезни, поддерживая желание изменить поведение и исправить грехи, искупить вину.

Медицинским сестрам при общении следует учитывать также уровень общей культуры пациента, ибо крайности способны вызывать тяжелые психологические реакции вследствие недостатка, или избытка информации о заболевании.

Выводы

1. Чтобы взаимодействие медицинской сестры и пациента было эффективным, медицинская сестра должна основываться на знаниях о подлинной культуре общения, обращать внимание на возрастные особенности при заболевании и отношении к нему. Медицинской сестре следует использовать знания о типах личности пациента, учитывать уровень общей культуры. Важная роль в общении с пациентом отводится именно тому, какой подход выберет медицин-

ская сестра по отношению именно к тому типу реагирования на болезнь у пациента.

2. Пациенты, находящиеся в стационаре, испытывают гамму чувств, эмоций и переживаний о своем состоянии, отсутствии на работе, ограниченным режимом передвижения и плохим самочувствием. Задача медицинской сестры помочь пациенту справиться с трудностями, рассказать о режиме, оказать психологическую поддержку и пациентам, и родственникам.

Список литературы

1. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. – Л.: Медицина, 1980.
2. Межличностные аспекты сестринского дела: учебное пособие / пер. с англ.; под общ. ред. профессора Г.М. Перфильевой. – М.: ГЭОТАР МЕД, 2006.
3. Силюнова И.В. Нравственная культура врача как основание медицинского профессионализма // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 1.
4. Урванцев Л.П. Психология соматического больного. – Ярославль, 2000.
5. Цветкова И.В. Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья // Психологические исследования. – 2012. – № 1(21).

ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРЕВЯЗОЧНОЙ МЕДСЕСТРЫ

Кузнецова Е.А., Косцова Н.Г.

Первый Московский государственный медицинский университет им. П.В. Сеченова, Москва, Россия, e-mail: zharkih-elena@mail.ru

Введение

Огромное значение в работе хирургического отделения определяет перевязочный кабинет, в котором происходят манипуляции по обработке и санации различных раневых поверхностей, а также выполнения ряда диагностических процедур. Перевязочные кабинеты являются неотъемлемой структурной единицей любого отделения хирургического профиля. В них осуществляется огромный объем лечебно-диагностических процедур, от правильности проведения которых во многом зависит качество оказания медицинской помощи, длительность пребывания пациента в стационаре, эффективность хирургического лечения или оперативного вмешательства, вероятность развития различного рода осложнений и многое другое.

За всю историю классической медицины вопросам работы перевязочного кабинета, качеству проводимых перевязок уделялось большое внимание. Данный вопрос и пути его решения постоянно обсуждались, так как это имеет принципиальное значение для повышения качества лечения, уменьшения количества койко-дней по каждой нозологии, целому ряду других медицинских целей. В условиях современной медицины, неуклонного ее развития, это вопрос теряет особый смысл, так как многие из трудноизлечиваемых и неизлечимых ранее заболеваний ныне достаточно успешно поддаются лечению на уровне малоинвазивных вмешательств и консервативного лечения при условии полноценного использования современных лекарственных средств, препаратов, технологий, а также грамотного использования возможностей перевязочного кабинета, при условии высокого профессионального уровня сотрудников.

Таким образом, вопрос повышения качества работы перевязочной медсестры является актуальным особенно в наши дни, когда от правильности и качества проводимых перевязок часто зависит исход лечебного процесса

Сейчас, на современном этапе, не рассматривать вопрос качества производимых перевязок просто нельзя. Тем более, что в ряде случаев лишь только улучше-

ние труда персонала приносит желаемые результаты в лечении пациентов, значительно упрощает работу всего персонала отделения, способствует снижению трудозатрат, достижению экономического эффекта, сокращению койко-дня, способствует увеличению оборота койки. Что является неотъемлемой частью современного лечебного процесса, особенно в условиях работы в рамках обязательного медицинского образования с применением стандартов медицинского обслуживания.

Учитывая вышеизложенное, к профессиональной деятельности перевязочной медсестры должны предъявляться соответствующие требования, с учетом которых необходимо разрабатывать новые подходы к повышению качества и оптимизации их труда и деятельности сестринской службы в целом. Поэтому для данного исследования была поставлена цель: провести оценку качества работы перевязочной медсестры и разработать предложения по ее оптимизации.

Исследование проводилось на базе одной из городских больниц Москвы. В исследовании приняли участие сотрудники и пациенты отделения (82 человека).

Методы и материалы

Для решения поставленной цели был проведен хронометраж рабочего дня перевязочной медсестры и разработана система балльной оценки, содержание которой основывалось на приказах Минздравсоцразвития РФ от 23 июля 2010 года N 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих» раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» [1], приказ МЗ СССР от 31 июля 1978 г. № 720 «Об обеспечении санитарно-эпидемиологического контроля в лечебных учреждениях» [2], Приказ № 747 от 2 июля 1987 года «Учет медикаментов, перевязочных средств в ЛПУ» [3], Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24 декабря 2010 года № 1182н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным хирургическими заболеваниями» (Приложение № 6 «Рекомендуемые штатные нормативы стационарного хирургического отделения медицинской организации», Приложение № 1 «Положение об организации деятельности хирургического кабинета (отделения) медицинской организации») [4].

Таким образом, для дальнейшего изучения проблемы критериев оценки деятельности медсестры мы проанализировали приказы [1, 2, 3, 4], провели хронометраж рабочего времени и выявили факторы, влияющие на качество работы (табл. 1).

Из табл. 1 видно, что:

1. перевязки занимают время в зависимости от количества пациентов, нуждающихся в перевязках;
2. большую часть рабочего времени занимает сопутствующая работа, без которой проведение перевязок невозможно;
3. значительную часть рабочего времени занимает подготовка перевязочного материала;
4. уборка и поддержание порядка в течение дня также занимает большое количество времени.

Анализ результатов исследования позволяет выявить степень загруженности медсестры и средние затраты рабочего времени.

Для оценки качества работы перевязочной медсестры можно предложить систему балльных оценок по следующим параметрам (табл. 2)

Исходя из этого, каждый критерий оценивается по баллам – максимальное количество 3, минимальное 1 и получим систему оценки перевязочной медсестры.

Также можно предложить использование индивидуального показателя качества, рассчитывающегося по формуле:

$$\text{ИКК} = (C1 : C) \times 100\%,$$

где C1 – кол-во баллов, набранных медицинской сестрой; C – максимальное количество баллов.

Полученные значения предлагаем оценивать в процентном отношении: от 76% до 100% – высокий уровень качества, от 51% до 75% – удовлетворительный уровень качества; менее 51% – низкий уровень качества, требующий коррекции или замены медицинской сестры.

Обсуждение результатов исследования

Таким образом, для оптимизации работы медсестры перевязочного кабинета были внесены следующие предложения:

1. Укомплектовать штат перевязочного кабинета младшим медперсоналом, что позволит сестре уделять больше времени своим основным обязанностям.
2. Использовать стерильный материал, изготовленный заводским путем.
3. Разработать стандарты работы перевязочной медсестры.
4. Внедрить систему балльной оценки качества труда медсестры перевязочного кабинета.
5. Формировать правильное отношение к перевязкам, как к части лечебного процесса у пациентов, со стороны персонала и установление нормальных взаимоотношений между пациентами и сотрудниками перевязочного кабинета.

Таблица 1

Средние затраты рабочего времени

Действие	Время
1. Средняя продолжительность подготовки кабинета к работе	105 мин (25%)
2. Среднее время, затрачиваемое на планирование рабочего дня с лечащим врачом	16 мин (3,8%)
3. Среднее время, затрачиваемое на проведение одной перевязки	15 мин (3,5%)
4. Среднее время, затрачиваемое на обработку рук между перевязками	2 мин (0,4%)
5. Среднее время, затрачиваемое на перевязки в день	285 мин (52%)
6. Среднее время, затрачиваемое на заготовку перевязочного материала к следующему дню	33 мин (8%)
7. Среднее время, затрачиваемое на обработку перевязочного стола после перевязки пациента	16 мин (3,8%)
8. Среднее время, затрачиваемое на проведение уборки	50 мин (12%)
9. Среднее время, затрачиваемое на работу с документацией	15 мин (3,5%)
10. Средняя продолжительность рабочего дня составила	9 часов

Таблица 2

Система балльной оценки качества работы медсестры перевязочного кабинета

Параметры контроля		Баллы
1. Наличие у медсестры квалификационной категории	- высшая - первая - вторая - не имеет	
2. Знание должностной инструкции	- да - нет - приблизительно	
3. Стаж работы	- 0-5 лет - 5-10 лет - более 10 лет	
4. Соблюдение санэпидрежима	- да - нет	
5. Знание методов защиты от вредных токсических факторов	- да - нет - приблизительно	
6. Знание содержимого укладки «Антиспид»	- да - нет	
7. Умение использовать метод невербального общения	- да - нет	
8. Наличие жалоб от пациентов	- да - нет	
9. Соблюдение принципов этики и деонтологии	- да - нет	
10. Соблюдение стандартов оснащения перевязочного кабинета и документации	- да - нет	
11. Выполнение требований, предъявляемых к внешнему виду	- соблюдает - не соблюдает	
12. Соблюдение требований по расходу, хранению, учету лекарственных средств.	- да - нет	
13. Соблюдение технологий выполнения манипуляций и процедур	- да - нет	
14. Оценка профессиональных навыков со стороны врачей	- высокая - низкая - достаточная	
ИТОГО БАЛЛОВ		
Интегральный коэффициент качества (ИКК)		

Предложенные способы оценки применимы и универсальны в практической медицине, хронометраж рабочего времени выявляет общую загруженность и время, которое медсестра тратит непосредственно на пациентов, балльная система оценки позволяет выявить степень профессионализма медсестры, включающий в себя теоретические и практические навыки.

Эти параметры исследования могут использоваться при организации работы в подборе и расстановке персонала в отделении старшей медсестрой.

Выводы

1. Анализ проведенных исследований выявил факторы, влияющие на степень качества обслуживания пациентов персоналом перевязочного кабинета и выявил критерии, по которым можно оценивать профессиональную грамотность медсестры.

2. Таким образом, оценку качества труда медсестры перевязочного кабинета можно проводить по оценочным критериям, а использование системы балльной оценки качества труда является эффектив-

ной и информативной при подборе персонала. Также, элементы балльной оценки могут использоваться, как критерии оценки персонала, с целью выполнения Указов Президента «О развитии здравоохранения и повышении качества обслуживания» и внедрения проекта «Дорожная карта».

Список литературы

1. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23 июля 2010 года № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».
2. Приказ МЗ СССР от 31 июля 1978 года № 720 «Об обеспечении санитарно-эпидемиологического контроля в лечебных учреждениях».
3. Приказ № 747 от 2 июля 1987 года «Учет медикаментов, перевязочных средств в ЛПУ».
4. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24 декабря 2010 года № 1182н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным хирургическими заболеваниями» (Приложение № 1 «Положение об организации деятельности хирургического кабинета (отделения) медицинской организации», Приложение № 6 «Рекомендуемые штатные нормативы стационарного хирургического отделения медицинской организации»).