

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)
ГБПОУ РС(Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

ДОПУЩЕН(А) К ЗАЩИТЕ

Заместитель директора по УР

Иванова М.Н.

«7» июня 2019г



ДАВЫДОВА ТАТЬЯНА ВАСИЛЬЕВНА

**АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В
ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПРИ ТРАВМАХ НА ПРИМЕРЕ
ГАУ РС (Я) «РБ№1-НЦМ»
ПРИЕМНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

Выпускная квалификационная работа
По специальности 34.02.01. Сестринское дело

Студентка отделения «Сестринское дело»
гр. СД-35

Давыдова Т.В.

Руководитель – преподаватель СД

Филиппова Ф.С.

Якутск – 2019 г

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА I. ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ	
1.1. Роль консультативно-диагностических центров для детей в общей системе оказания медицинской помощи детям.....	5
1.2. Актуальные аспекты деятельности среднего медицинского персонала приемных отделений в оказании медицинской помощи детям.....	9
ГЛАВА II. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПРИ ТРАВМАХ В УСЛОВИЯХ ПРИЕМНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ	
2.1. Статистические данные травм по данным ПДО ПДЦ «РБ №1-НЦМ» и роль медицинских сестер в оказании экстренной медицинской помощи детскому населению при травмах.....	14
2.2. Анализ деятельности медицинских сестер в оказании экстренной медицинской помощи детскому населению при травмах.....	20
2.3. Анализ удовлетворенности пациентов оказанной помощью в приемно-диагностическом отделении и уровень эмоционального выгорания медсестер ПДО ПДЦ.....	26
ВЫВОДЫ.....	33
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	35
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....	37
ПРИЛОЖЕНИЕ 2.....	39
ПРИЛОЖЕНИЕ 3.....	40
ПРИЛОЖЕНИЕ 4.....	41

ВВЕДЕНИЕ

Одной из приоритетных государственных задач является охрана здоровья детей, так как важнейший показатель качества работы здравоохранения - состояние здоровья детского населения.

Актуальность. Последние годы характеризуются отрицательной динамикой показателей здоровья населения, в том числе, детского. Серьезного внимания заслуживает высокая заболеваемость по классу травмы и отравления. В 2018 году в среднем по РФ в сравнении с предыдущим годом отмечен рост по этому классу в возрастной группе от 0 до 18 лет, в возрастной группе подростков, хотя и отмечено незначительное снижение, уровень заболеваемости остается высоким. Немаловажным является то, что до сих пор имеет место представление о травмах как о результате случайного явления, не поддающегося изучению, прогнозированию и предупреждению.

Качество оказания экстренной помощи больным детям зависит от организации работы приемно-диагностического отделения: от оснащенности, уровня квалификации медицинского персонала приемного отделения, доступности специализированной помощи в ночное время и т.д. Актуальность работы обусловлена особенностями детского травматизма, которая не имеет тенденции к снижению. В связи с этим, ПДО ПЦ «РБ№1-НЦМ» играет ключевую роль в дифференциальной диагностике и постановке клинического диагноза, определении степени тяжести состояния пациента, доступности и качества оказания медицинской помощи.

Цель: Изучить роль медицинской сестры в оказании экстренной медицинской помощи детям при травмах в условиях приемно-диагностического отделения.

Задачи:

1. Изучить актуальные аспекты деятельности среднего медицинского персонала приемных отделений в оказании медицинской помощи детям.

2. Проанализировать структуру травм у детей по показателям обращаемости в приемно-диагностическое отделение ПДЦ РБ№1-НЦМ, анализ деятельности медицинской сестры при обращении больных детей с различными травмами.

3. Провести анализ удовлетворенности пациентов оказанной помощью в приемно-диагностическом отделении и определить уровень эмоционального выгорания медсестер ПДО ПДЦ.

ГЛАВА I. ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ

1.1. Роль консультативно-диагностических центров для детей в общей системе оказания медицинской помощи детям.

Для педиатрической службы характерны все общие проблемы организации здравоохранения, заключающиеся, прежде всего в ухудшении состояния здоровья населения. Более того, социальные, материальные и моральные потери в педиатрии в процессе перехода здравоохранения на экономические отношения воспринимаются населением более болезненно, чем с других разделах медицины. Фактор организации медицинского обслуживания детей является в значительной степени определяющим в формировании здорового ребенка.

Особая роль в этом принадлежит детским поликлиническим учреждениям, несущим основную ответственность за воспитание здорового ребенка, в том числе краевым (областным, республиканским) консультативно-диагностическим центрам.

В 2011 году был принят Федеральный закон Российской Федерации №323-ФЗ «об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Основными принципами охраны здоровья являются:

- соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- приоритет охраны здоровья детей;
- социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан сфере охраны здоровья;
- доступность и качество медицинской помощи;
- недопустимость отказа в медицинской помощи;

- приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- соблюдение врачебной тайны.¹

Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем: соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации; оказания медицинской помощи пациенту с учетом его физического состояния и с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций пациента; обеспечение ухода при оказании медицинской помощи; организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени; установления требований к проектированию и размещению медицинских организаций с учетом соблюдения санитарно-гигиенических норм и обеспечения комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях; создания условий, обеспечивающих возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации.

В целях реализации принципа приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья, и медицинские организации в пределах своей компетенции взаимодействуют с общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья.

Приоритет охраны здоровья детей: государство признает охрану здоровья детей как одно из важнейших и необходимых условий физического

¹ Федеральный закон Российской Федерации №323-ФЗ «об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

и психического здоровья детей. Дети независимо от их семейного и социального благополучия подлежат особой охране, включая заботу об их здоровье и надлежащую правовую защиту в сфере охраны здоровья, и имеют приоритетные права при оказании медицинской помощи. Медицинские организации. Общественные объединения и иные организации обязаны признавать и соблюдать права детей в сфере охраны здоровья. Органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления в соответствии со своими полномочиями разрабатывают и реализуют программы, направленные на профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний, снижение материнской и младенческой смертности, формирование у детей и их родителей мотивации к здоровому образу жизни, и принимают соответствующие меры по организации обеспечения детей лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями. Органы государственной власти Российской Федерации и органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии со своими полномочиями создают и развивают медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь детям, с учетом обеспечения благоприятных условий для пребывания в них детей, в том числе детей-инвалидов, и возможности пребывания с ними родителей и (или) иных членов семьи, а также социальную инфраструктуру, ориентированную на организационный отдых, оздоровление детей и восстановление их здоровья.

Сложившаяся этапность оказания медицинской помощи детям предполагает обеспечение детского контингента всеми видами медицинской помощи в рамках единой четырехуровневой системы учреждений здравоохранения.

На первом уровне, включающем детские поликлиники, врачебные амбулатории, участковые больницы, оказывается первичная медицинская помощь при острых и обострениях хронических заболеваний.

На втором этапе, в учреждениях города и района, преимущественно больничного типа, небольшой мощности и не располагающих мощной диагностической службой, оказывается медицинская помощь большинству больных детей с наиболее массовыми заболеваниями.

На третьем уровне, представленном региональными учреждениями республиканского, краевого, областного уровня, т.е. крупными многопрофильными детскими больницами, оказывается специализированная медицинская помощь по 20-30 специальностям.

Четвертый уровень-это учреждения федерального и межрегионального подчинения. Оказывающие узкоспециализированные, наиболее сложные и дорогостоящие виды медицинской помощи. Эти учреждения создаются в составе крупных научных центров МЗ и СР РФ, Российской Академии медицинских наук, в клиниках медицинских вузов.

Одним из представителей учреждений третьего и четвертого уровней организации медицинской помощи детям являются консультативно-диагностические центры.

Рациональная расстановка. Планирование и использование кадров - актуальная проблема деятельности любого лечебно-профилактического учреждения. Особенно в современных экономических условиях. Когда отраслевая система нормирования труда разрушена, а сфера применения нормативов по труду расширяется. Так, первоначальным этапом системы контроля качества медицинской помощи, а также дифференциации оплаты труда является определение той численности персонала, которая соответствует применяемой технологии и объему работы. Оплата труда, являющаяся одной из составляющих себестоимости медицинской помощи, также формируется на основе нормативных данных по труду.

Нормативы по труду применяются для расчетов численности врачей амбулаторного приема при составлении программы государственных гарантий, планировании развития сети амбулаторно-поликлинических учреждений.

Штатные нормативы диагностических центров и консультативно-диагностических центров для детей федерального подчинения отсутствуют, а официально утвержденный документ (Приказ Минздрава РФ от 14.11.97 5 №336), определяющий численность должностей диагностических центров республик, краев, областей, который мог бы с известной долей условности применяться в федеральных учреждениях, мало приемлем для практики здравоохранения из-за противоречивости и недостаточной обоснованности ряда положений.

Таким образом, одним из приоритетных направлений развития системы оказания медицинской помощи детскому населению является совершенствование диагностической службы, т.к. уровень диагностического обеспечения оказывает значительное влияние на конечные показатели лечебного процесса. С этой целью созданы и функционируют диагностические центры, обеспечивающие детское население доступной лечебно-диагностической помощью.²

1.2. Актуальные аспекты деятельности среднего медицинского персонала приемных отделений в оказании медицинской помощи детям.

Главная задача приемного отделения- организация приема и госпитализация больных детей. От правильной и оперативной работы этого отделения во многом зависит успех последующего лечения. При поступлении больного устанавливают предварительный диагноз, оценивают обоснованность госпитализации, если необходимо, оказывают неотложную медицинскую помощь. Первая встреча заболевшего ребенка с медицинским персоналом происходит в приемном отделении.

² Борчук Н.И. опыт организации экстренной медицинской помощи в стационарах//медицинские новости. №7, 2012, с.23-25.

В приемное отделение поступают: в плановом порядке -это когда пациенты прибывают в стационар по направлению из лечебно-профилактических учреждений, самостоятельно- когда пациенты прибывают в отделение без направлений, нуждающиеся в амбулаторной помощи, медицинской консультации и в экстренном порядке, пациенты поступают на скорой помощи, нуждающиеся в экстренной медицинской помощи.

К работе приемного отделения ЛПУ. Оказывающих медицинскую помощь больным с экстренной патологией предъявляются строгие требования, необходимо надлежащее качество медицинской помощи. Среди критериев оценки качества медицинских услуг наиболее значимыми является уровень квалификации медицинского персонала и высокий профессионализм, полнота и быстрота выполнения лечебно-диагностических мероприятий, чуткое и внимательное отношение к больным. Организованность к работе.³

Роль медицинской сестры возрастает вместе с общим развитием и совершенствованием медицинской науки. В настоящее время средний медицинский персонал должен обладать все более сложными медицинскими, педагогическими, психологическими, техническими познаниями и навыками. Правильно организованная работа медицинских сестер способствует более быстрому выздоровлению без дополнительных затрат, повышает социальный статус среднего медицинского персонала в обществе.

Организация труда среднего и младшего персонала консультативно-диагностического центра для детей аналогична другим учреждениям здравоохранения. Порядок установления численности должностей среднего медицинского персонала диагностической службы дифференцируется в зависимости от того, имеются ли расчетные нормы времени для этой группы персонала: численность персонала определяется либо по объему работы, либо по коэффициенту соотношения с врачебным персоналом.

³ .Боткина Т.Г. Особенности работы медицинской сестры в приемно-диагностических отделениях ЛПУ // Нижегородский медицинский журнал—2009 - с.32-33.

Прием больного ребенка ведется в строгой последовательности: регистрация, врачебный осмотр, необходимая лечебная помощь, санитарная обработка, перевод (транспортировка) в соответствующее отделение.

Согласно коечному фонду, обслуживаемого каждым приемным отделением медицинский персонал обеспечивает круглосуточный пост.

Медицинская сестра регистрирует поступление больного в журнале. Заполняет паспортную часть «Медицинской карты стационарного больного», ф.№ 003/у (истории болезни), вписывает номер страхового полиса, измеряет температуру тела, сообщает врачу полученные сведения.

После осмотра ребенка врачом медицинская сестра получает от врача рекомендации о характере санитарной обработки. Обычно санитарная обработка заключается в проведении гигиенической ванны или душа; при выявлении педикулеза (вшивости) или обнаружении гнид производится соответствующая обработка волосистой части головы, белья. Исключение составляют больные, находящиеся в крайне тяжелом состоянии. Им оказывают первую медицинскую помощь и лишь при отсутствии противопоказаний производят санитарную обработку. После санитарной обработки ребенка транспортируют в лечебное отделение. Так называемые плановые больные не должны задерживаться в приемном покое более 30 минут.

При массовом поступлении больных соблюдается определенный порядок очередности госпитализации: сначала оказывают помощь тяжелобольным, затем больным в состоянии средней тяжести и в последнюю очередь «плановым» больным, не нуждающимся в срочном лечении.⁴

Детей с признаками инфекционного заболевания помещают в боксы-изоляторы. Заполняют «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении. Необычной

⁴ Методические указания по работе приемных отделений стационарных лечебно-профилактических учреждений, 2009 г., 24 с.

реакции на прививку» (ф. № 058/у), которое немедленно направляют в центр санитарно-эпидемиологического надзора.

В приемно-диагностическом отделении ЛПУ постоянно поддерживается готовность, в случаях участия больницы в ликвидации медицинских последствий чрезвычайных ситуаций, а также в случае обнаружения больного (подозрительного) особо опасным инфекционным заболеванием, карантинной инфекцией. Для выполнения задач в приемном покое должен быть: комплект установленных форм учетной документации; инструкции дежурному персоналу по работе при чрезвычайных ситуациях; схему оповещения сотрудников приемного отделения; укладки особо опасных инфекций (ООИ). Готовность и слаженность работы в отделении достигается постоянной учебой, решением вводных задач и практическими тренировками, проводимыми старшей медицинской сестрой и заведующим приемного отделения.

Средний медицинский персонал сопровождает больного ребенка при поступлении в отделение. При этом транспортировка детей из приемного отделения в лечебные отделения стационара может осуществляться несколькими путями. Вид транспортировки выбирает врач. Дети, находящиеся в удовлетворительном состоянии, идут в отделение сами в сопровождении медицинского работника. Детей младшего и грудного возраста несут на руках. Тяжелобольных транспортируют на носилках, установленных на специальной каталке. Все носилки- каталки должны быть заправлены чистыми простынями, а в холодное время года и одеялами. Простынь меняют после каждого больного, а одеяло вытряхивают и проветривают. Некоторых больных доставляют в кресле-каталке.⁵

Таким образом, медицинская сестра приемного отделения должна быть внимательна и приветлива с детьми и родителями, учитывать состояние

⁵ Шестаков Г.С., Ноздрин Н.С. О роли организации сестринского дела при реформировании здравоохранения // Экономика здравоохран. 2007. - №5(114). - С. 5-7.

ребенка, переживания родителей. Нужно стремиться сократить время адаптации ребенка к новой для него обстановке.

Прямыми обязанностями медицинской сестры приемно-диагностического отделения является прием больного ребенка: регистрация, санитарная обработка, перевод (транспортировка) в соответствующее отделение. Четкое выполнение врачебных назначений, участие в проведении манипуляций (с врачом), чтобы ее человеческие качества сочетались с высокими профессиональными навыками.

ГЛАВА II. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПРИ ТРАВМАХ В УСЛОВИЯХ ПРИЕМНО- ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

2.1. Статистические данные травм по данным ПДО ПДЦ «РБ №1-НЦМ» и роль медицинских сестер в оказании экстренной медицинской помощи детскому населению при травмах.

По приказу министра Здравоохранения РС(Я) Александрова В. А. От 30 июля 2003 г. №01-8/4-245 "об упорядочивании оказания травматологической помощи детскому населению г. Якутске" на базе ПДО ПДЦ РБ№-НЦМ организован прием первичных детей травматологического профиля в выходные дни (суббота, воскресенье и в праздничные дни) - круглосуточно, в рабочие дни с 16 ч. до 08 ч.⁶

На основании протокола аппаратного совещания у заместителя министра здравоохранения Васильевой Р. С. "Об упорядочивании оказания травматологической помощи детскому населению г. Якутска" установлены должностные оклады стационарным детским травматологом, осуществляющим первичный прием амбулаторных травматологических больных детского населения г. Якутска и 3 ставки медицинской сестры по травматологическому профилю.

⁶ Приказ МЗ РС(Я) №01-8/4-245 от 30.07.2003 «Об упорядочении оказания травматологической помощи детскому населению г.Якутска»

Таблица 1

Отчет по травмам за 2018 год

		Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Годовой
всего обращено		67 5	82 2	10 28	13 46	13 41	14 07	11 78	11 29	10 49	11 28	10 26	11 80	13309
из них	городских	63 5	78 6	98 7	12 78	12 95	13 32	10 79	10 31	97 6	10 98	97 3	11 24	12594
	сельских	40	36	41	68	46	75	99	98	73	30	53	56	715
	мальчиков	37 0	46 0	58 6	80 0	81 3	84 3	69 1	62 2	63 5	69 6	49 4	68 1	7691
	девочек	30 5	36 2	44 2	54 6	52 8	56 4	48 7	50 7	41 4	43 2	53 2	49 9	5618
всего		64	79	10 8	13 2	12 7	15 2	12 3	13 2	13 4	12 5	92	12 9	1397
ОТО		52	55	78	96	91	10 7	96	10 5	10 3	97	78	10 3	1061
НХО/ОФТ		9/2	19	19/ 5	23/ 3	22/ 4	33/ 3	18/ 1	19/ 4	21/ 2	18/ 3	3/2	15/ 3	219/3 2
ЛОР/ЧЛХ		0	3	3/1	0/2	1/3	0/2	4/2	1/0	1/2	2/5	0/1	0/2	15/20
ОХО/ДУО		1/0	0/2	0/2	4/1	1/1	3/1	1/1	0/1	2/1		1/1	0/2	13/13
огх/пно№1		0			0/1	2/0		0	0	0		4/2	3/	9/3
ПДО/КРО		0			1/0	1/1		0	2/0	2/0	4/0			10/1
ОАРИТ/ГАС ТРО		0			0/1	0	3/0	0	0	0	1/0		1/	5/1
всего		61 1	74 3	92 0	12 14	12 14	12 55	10 55	99 7	91 5	10 03	93 4	10 51	1191 2
о/помощь		27 0	25 9	32 8	43 8	39 5	53 2	49 2	43 1	36 4	34 1	31 9	31 2	4481
д/реком-ции		32 2	46 5	55 5	74 4	79 9	70 6	53 5	54 7	53 3	64 9	59 1	72 0	7166
нет показ-й		12	10	21	13	11	6	11	2	3	7	17	3	116
отказ родит-й		7	9	16	19	9	11	17	17	15	6	7	16	149
сгм/зчмт		13	14	22	25	21	25/ 3	14	22	12/ 1	18	5	17	208/4
переломы		16	8	19	19	15	14	12	9	7	14	2	8	136
костей черепа и лица		72	60	95	10 3	99	14 4	11 5	12 0	10 5	10 0	89	97	1199
верхн.конеч.		27	33	42	75	58	78	90	71	82	60	54	49	719
позв., костей тул.		30	26	32	49	39	46	32	31	37	46	19	38	425

вывих, подвыв., растяж., травмы мышц, сухожилий	71	83	63	73	89	71	57	79	65	55	71	68	845	
ушибы	33 2	46 7	59 9	79 7	82 6	74 0	58 8	56 1	53 3	68 2	63 3	77 7	7535	
инородное тело	8	3	2	3	4	11	7	1	0	0	1		40	
раны, травмы кровен.сосудов	10 4	12 5	15 1	19 6	18 2	27 3	26 0	22 4	19 7	15 0	15 0	12 4	2136	
размож., ампут.		1			1				1				3	
ожоги													0	
огнестр.ранен.							2		2				4	
травмы	внутрен.орга нов												0	
	глаза	2	2	3	3	4	2	1	2	5	3	2	31	
	сп/м, нервов												0	
	вн./орг. груди и бр/о. Таза				3	3				3			9	
бытовые	50 8	57 4	55 5	71 5	64 3	59 1	40 7	42 4	51 3	53 5	48 5	75 3	6703	
уличные	79	11 8	29 1	39 5	48 6	75 0	76 1	69 9	47 4	28 1	25 5	17 4	4763	
школьные	51	72	12 6	14 4	12 7	29			47	21 3	19 1	17 7	1177	
спортивные	37	58	56	92	85	37	10	6	15	99	95	76	666	
укушенные	3	4	8	12	13	26	24	24	12	10	7	1	144	
автотравма	11	9	5	15	23	20	26	25	22	16	7	14	193	
ката травма	14	8	26	21	32	35	16	26	19	22	13	14	246	
побои	11	10	22	36	27	19	12	9	12	29	16	14	217	
прочие													0	
обращено	ОТО	37 9	45 0	60 3	76 9	79 3	80 3	67 7	66 1	57 1	67 0	60 6	82 9	7811
	НХО/ОФТ	21 3/ 2	24 0/ 3	27 3/ 7	36 9/ 3	34 8/ 5	34 1/ 10	30 4/ 8	30 7/ 4	31 3/ 6	29 3/ 4	23 5/ 2	23 9/ 2	3475/ 56
	ЛОР/ЧЛХ	61/ 3	97/ 9	11 4/ 5	15 3/ 2	12 6/ 10	17 2/ 14	13 6/ 8	11 6/ 9	10 3/ 12	11 1/ 18	12 6/ 0	80/ 2	1395/ 92
	ОХО/ДУО	10/ 6	21/ 1	23/ 2	43/ 3	48/ 4	58	32/ 1	26/ 2	36/ 3	32/ 0	40/ 8	24/ 2	393/3 2
	ИТАР/ГАС ТО													0
	ОГХ	1	1	1	4	7	9	12	4	5	0	9	2	55

За отчетный 2018 г. в травмпункт ПДО ПДЦ по поводу различных травм обратились – 13309, 2017 – 11473, 2017 г. - 10023, в 2016 - 10.086, 2015 г - 9.540 детей.

Из них 12594 (94,6%) случаях составили городские дети. Всего госпитализировано 1397 (10,5%) больных. Из них 1061 (75,9%) пациентов госпитализированы в ОТО, в НХО – 251 (18%) больных.

Не госпитализированные случаи составили 11912 (89,5%). Из них оказана помощь 4481 (37,6%) больным, даны рекомендации в 7166 (60,2%) случаях, нет показаний у 116 (1%) случаях обратившихся. Отказ родителей от госпитализации составили 149 (1,3%) случая.

Больные чаще обращались с бытовыми травмами в 6703 (50,4%) случаях, с уличными травмами – 4763 (35,8%) больных, школьные травмы составили 1177 (8,8%) случаев. Из видов травм чаще обращались с ушибами на 7535 (56,6%) случаях, далее с ранами 2136 (16%) больных, с переломами верхних конечностей составили 1199 (9%), перелома нижних конечностей - 719 (5,4%), с травмами головы СГМ/ЗЧМТ – 212 (1,6%) случаях, с вывихами и подвывихами 845 (6,3%) пациентов. За год с кататравмами обратились 246 (1,8%) детей, 193 (1,5%) детей получили травму в результате автодорожных происшествий.

Определяется сезонность травм с нарастанием с весенне-летние периоды (март-май-июнь-август).

В 2017 г. отмечалось 105 случаев укушенных ран, в отчетном же 2018 году – 144. Сезонность укушенных ран отмечается в летний период (июнь-июль-август). Из них в 132 (93%) случаях пострадали городские дети. Госпитализированы в ПДЦ 6 (4,2%) больных. Всем обратившимся была оказана медицинская помощь.⁷

Таблица 2

Отчет по укушенным ранам за 2018 г.

⁷ Статистические данные ПДО ПДЦ «РБ1-НЦМ».

Месяцы	Всего	Город	Село	Госпитализир.	Отказ в госп.	Оказана пом.	Даны реком.	Нет показаний	Отказ род-й	Укус собаки	Укус кошки	Укус хомяка	Укус крысы	Прочее
Январь	3	3			3	3				1	1			1
Февраль	4	2	2		4	4				4				
Март	8	8		1	7	7				6	2			
Апрель	12	12			12	12				12				
Май	13	12	1	1	12	12				13				
Июнь	26	23	3	1	25	25				25	1			
Июль	24	22	2	-	24	24				24				
Август	24	23	1	-	24	24				24				
Сентябрь	12	11	1	3	9	9				12				
Октябрь	10	9	1	0	10	10				9	1			
Ноябрь	7	6	1	0	7	7				4	1	1	1	
Декабрь	1	1		0	1	1				1				
За год.	144	132	12	6	138	138				135	6	1	1	1

Таблица 3

Сведение о вакцинации за 2018 год

Всего проведено вакцинации	253
Из них:	
Противостолбнячная	151
Антирабическая вакцинация	102
Сыворотка противогангренозная	-
Иммуноглобулин антирабический	-

Таблица 4

Данные диагностических обследований по травм. пункту за 2018 год

Наименование	Количество проведенных обследований	
	Абс. число	%
Всего обращений	13309	
Р-гр черепа	2238	16,8%
Р-гр гр. клетки	1007	7,6%
Р-гр верхн. конечностей	2768	20,8%
Р-гр нижн. конечностей	2469	18,6%
Компьютерная томография	336	2,5%
МРТ	5	0,04%
НСГ	608	4,6%
УЗИ	538	4,0%
Общий анализ крови, длительность и свертываемость	1438/614	10,8% / 4,6%
Общий анализ мочи	1196	9,0%

Таблица 5

Виды оказанной медицинской помощи на травм. пункте за 2018 год

Наименование	Количество процедур	
	Абс. число	%
Всего обращений:	13309	
Гипсовые лангеты	1602	12,0%
Мягкие повязки	657	4,9%
ПХО	1455	10,9%
Репозиция	52	0,4%
Вскрытия	2	0,02%
Воротник Шанца	231	1,7%
Кольца Дельбе	114	0,9%
Повязка Дезо	18	0,1%

Из таблицы видно, что всем экстренным и диагностическим больным проводят все необходимые инструментальные и лабораторные исследования, кроме этого оказывается своевременная врачебная помощь, с привлечением необходимых специалистов. Электрокардиограммы при поступлении экстренного ребенка проводятся медсестрами Приемно-диагностического отделения, которые прошли сертификационные курсы на базе НЦМ, в рабочее дневное время в отделении функциональной диагностики.

2.2. Анализ деятельности медицинских сестер в оказании экстренной медицинской помощи детскому населению при травмах.

Медицинская сестра приемного отделения оформляет медицинскую документацию (заполняет паспортную часть истории болезни, где отмечаются фамилия, имя и отчество, адрес, возраст, дата и время поступления в больницу, делает опись личных вещей пациента). Знакомит вновь поступивших пациентов с установленным в отделении режимом. Опрашивает поступающих пациентов с целью выявления возможных инфекционных заболеваний. Измеряет температуру, рост, вес, артериальное давление, осматривает пациента с тем, чтобы установить или исключить наличие педикулеза и кожных заболеваний. Руководит санитарной обработкой пациента, выполняет санитарно-противоэпидемический режим. Участвует в оказании экстренной помощи пациентам. При выявлении пациента с подозрением на инфекционное, кожное заболевание докладывает дежурному врачу.

Вещи пациентов сдает по описи на хранение сотрудникам камеры хранения. Все документы и ценности пациентов сдает старшей медицинской сестре. Транспортировку пациента осуществляет согласно назначениям врача. Следит за санитарным состоянием рабочего помещения. Заполняет и предоставляет ежемесячный отчет о поступлении пациентов старшей медицинской сестре. Руководит работой младшего персонала. Также следит за сбором и транспортировкой лабораторных материалов.⁸

Все медицинские сестры приемного отделения в совершенстве владеют методиками проведения профилактических, лечебных санитарно-гигиенических процедур и манипуляций, назначаемых врачом. Качественно и своевременно их выполняют.

⁸ Методические указания по работе приемных отделений стационарных лечебно-профилактических учреждений, 2009 г., 24 с.

Штат травматологического поста ПДО составляет 3,25. По данным травматологического поста всего обращений по годам увеличивается от 10023 обращений в 2016 г. до 13309 обращений в 2017 г. Соответственно, увеличилась нагрузка на 1 медицинскую сестру поста в год от 3341 в 2016 г. до 4436 обращений в 2018 г. За анализируемый период нагрузка на 1 медицинскую сестру в день составила 27 ребенка в 2016 г., 31 в 2017 г., 36 в 2018 г. (таблица 6).

Таблица 6

Нагрузка на 1 медицинскую сестру травматологического поста за смену

Год	Всего обращений в год	На 1 медицинскую сестру в год	На 1 медицинскую сестру в день
2016	10023	3341 обращений	27 ребенка в день
2017	11473	3824 обращений	31 ребенка в день
2018	13309	4436 обращений	36 ребенка в день

Весь средний медицинский персонал соблюдает правила медицинской этики и деонтологии, повышают профессиональный уровень знаний, умений и навыков, посещают конференции и семинары для СМП.

Для точного количественного учета трудозатрат среднего медицинского персонала по выполнению основных и вспомогательных работ, нами был проведен анализ затрат рабочего времени сестринского персонала травматологического поста ПДО, в ходе которого был осуществлен хронометраж рабочего времени.

Анализ хронометражных замеров осуществлялся поэтапно. В первую очередь были определены затраты (в минутах) на ту или иную трудовую операцию (процедуру). Затем вычислялись средние затраты времени по группе манипуляций (процедур).

Хронометражные исследования проводили в течение 3-х дней, за это время в выборку включали все виды деятельности медицинской сестры.

Полученные в ходе исследования, фиксировали на «Наблюдательный лист хронометража» в последовательности их выполнения (таблица 7).

К основной деятельности медицинской сестры травматологического поста относятся пункты - 1,2,3,4. Общее время основной деятельности – 781,4 мин. К вспомогательной деятельности относятся пункты – 5,6. Общее время – 116,5 мин.

Таблица 7

Результаты исследований деятельности медицинской сестры
травматологического поста ПДО ПДЦ НЦМ
(16:00 ч – 8:00 ч)

№	Элемент исследования	Время продолжительности, мин			Средняя продолжительность, мин
		1	2	3	
		Количество обращений 25	Количество обращений 26	Количество обращений 26	
1	Прием больных (заполнение карточек, историй болезни, журналов), вызов врача и т.д.	105,0	102,0	104,0	103,6
2	Заполнение направлений на лабораторные и другие инструментальные исследования (Р-гр, КТ, МРТ и др.)	65,0	60,0	62,0	62,3
3	Проведение санаций поступ. больных (проверка на педикулез, санобработка и т.д.)	210,0	212,2	210,0	210,7
4	Выполнение врачебных	400,0	408,0	406,5	404,8

	назначений (ПХО, гипсовые лангеты, мягкие повязки, репозиция, вскрытия, воротник Шанца, проведение вакцинации и т.д.), участие в проведении манипуляций (с врачом)				
5	Проведение влажной уборки, кварцевание	55,0	56,0	58,0	56,3
6	Подготовка инструментария и передача в ЦСО	60,0	61,3	59,5	60,2
7	Работа с документацией (ежедневные отчеты)	35,0	30,0	32,1	32,3
8	Прием пищи	15,0	15,5	14,9	15,1
9	Утренняя конференция	15,0	15,0	13,0	14,3

Работа с документацией и утренняя конференция составляет – 46,6 мин. К приему пищи, пункт – 8. Общее время – 15,1 мин.

Основная деятельность медицинской сестры травматологического поста ПДО занимает 85,0%, вспомогательная деятельность – 10,2%, работа с документацией – 4,8% (рис.1).

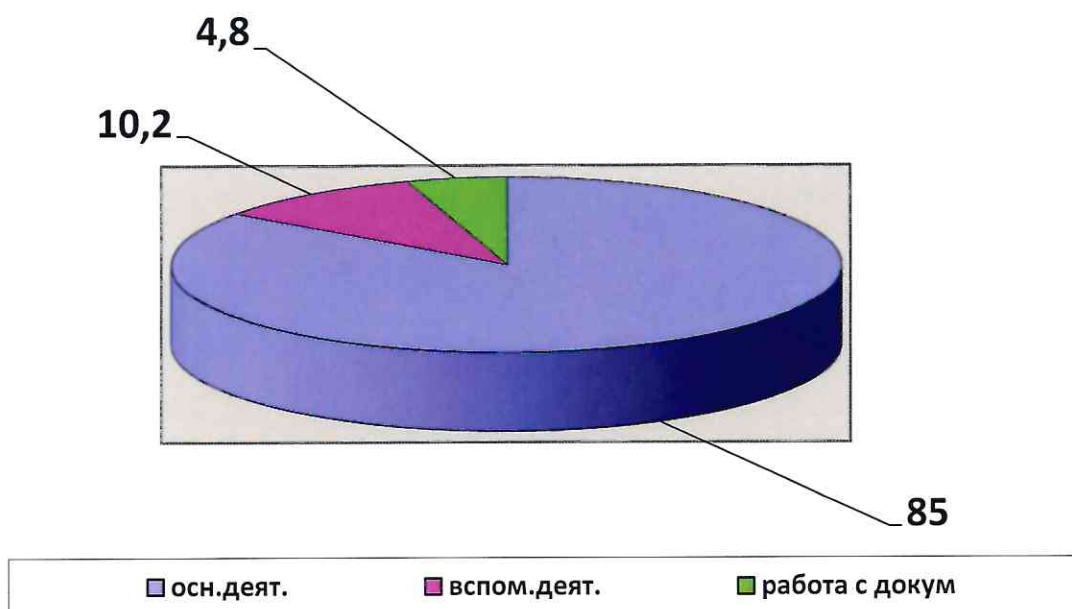


Рис.1.Рабочее время медицинской сестры травматологического поста ПДО по видам деятельности (%).

Анализ основной деятельности показывает, что большая часть основного времени затрачивается на выполнение врачебных назначений и на участие в проведении манипуляций (с врачом) – 51,8%, на втором месте находится проведение санаций поступающих больных (проверка на педикулез, санобработка и т.д.) – 26,9%, на третьем месте - прием больных (заполнение карточек историй болезни, вызов врача (13,2%), далее - заполнение направлений на лабораторные и другие инструментальные исследования и на сопровождение больного на исследование (8,1%) (рис.2).

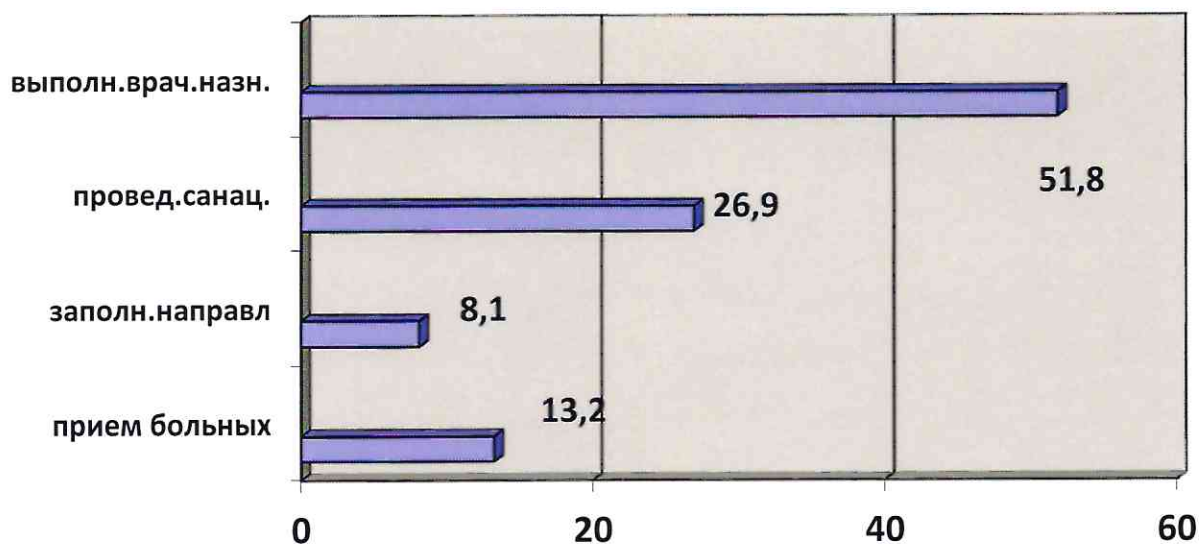


Рис.2.Рабочее время основной деятельности медицинской сестры (%).

Таким образом, за анализируемый период по республике показатели травматизма остаются практически на одинаковом уровне. Преобладают бытовые травмы, уличные, школьные. Травматизм среди мальчиков выше, чем у девочек. В структуре травматизма доминируют поверхностные раны, открытые раны, вывихи, растяжения, травмы мышц и сухожилий. Медицинская сестра отделения играет большую роль в оказании экстренной медицинской помощи. При этом выполняет взаимозависимые сестринские вмешательства, в сотрудничестве с другими медицинскими работниками и зависимые сестринские вмешательства, основанные на инструкции или письменном указании, касающиеся лечения, подготовки к диагностическим процедурам с высокой точностью ответственности.

Анализируя расчеты времени медицинской сестры, можно сделать вывод, что отмечается высокая загруженность рабочей смены. Причем, одна за смену медицинская сестра выполняет назначения нескольких врачей. Работа медицинской сестры травматологического поста ПДО включает в себя: участие в проведении манипуляций (с врачом), выполнение врачебных назначений, работа с документацией, приведение в порядок рабочих мест,

работа по обеззараживанию предметов медицинского назначения, а также подготовку рабочего места к следующему дню. Медицинская сестра отделения играет большую роль в оказании экстренной медицинской помощи. При этом выполняет взаимозависимые сестринские вмешательства (в сотрудничестве с другими медицинскими работниками) и зависимые сестринские вмешательства (основанные на инструкции или письменном указании, касающиеся лечения, подготовки к диагностическим процедурам) с высокой точностью ответственности.

2.3. Анализ удовлетворенности пациентов оказанной помощью в приемно-диагностическом отделении и уровень эмоционального выгорания медсестер ПДО ПДЦ.

Проведено социологическое исследование 45 родителей пациентов с различными травмами, обратившихся за экстренной медицинской помощью в ПДО ПДЦ «РБ№1-НЦМ». На период апрель-май месяцы 2019 года. Согласно анкете, разработанной Борчук Н.И., проведено исследование удовлетворенности обратившихся пациентов организацией работы приемного отделения. Анкетирование проведено анонимно.

Немаловажным показателем качества работы приемно-диагностического отделения ПДЦ является удовлетворенность самих пациентов и их родителей оказанной помощью.

При проведении социологического опроса пациентов приемно-диагностического отделения по поводу работы отделения мнения респондентов разделились. Удовлетворены качеством оказания медицинской помощи в приемно-диагностическом отделении только в 34 (75,5%) случаев (рис.3).

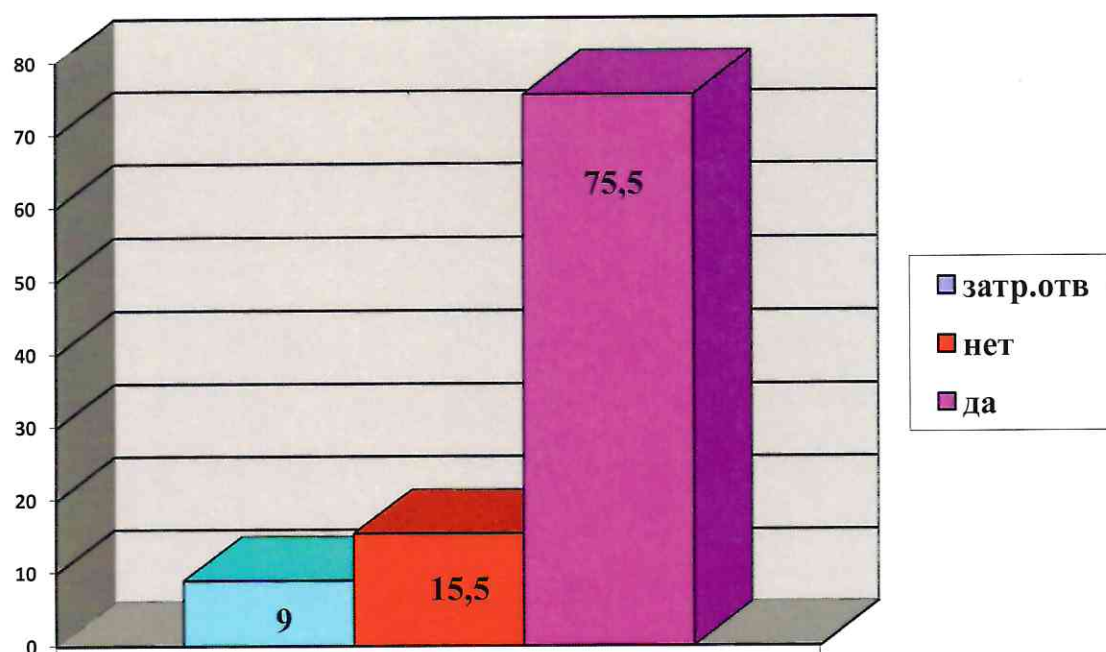


Рис.3. Удовлетворенность респондентов работой ПДО (%)

Время проведенное больными в ПДО. Со слов респондентов представлено на рис.4

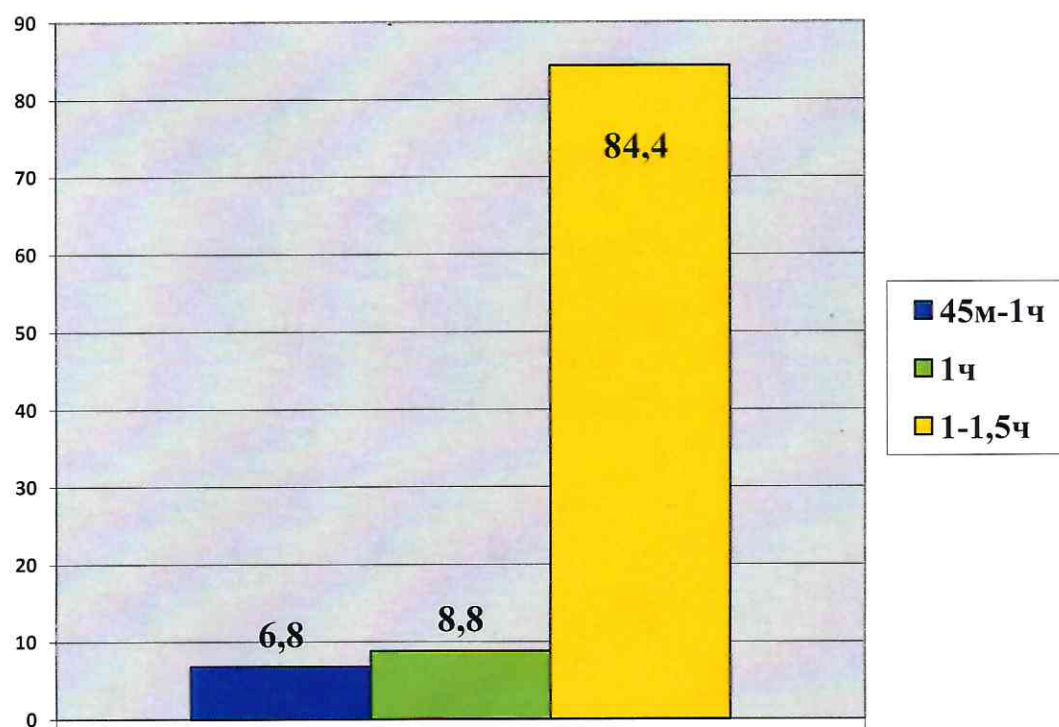


Рис.4. Время, проведенное в ПДО, со слов респондентов (%).

Абсолютное большинство опрошенных 38 (84,4%) отметили, что провели в ПДО от 1 часа до 1,5 часа, 4 (8,8%) больных примерно 1 час и 3 (6,8%) больных от 45 минут до 1 часа.

Анализируя факторы, оказывающие влияние на мнение респондентов, пришли к заключению, что основное влияние оказывает факт госпитализации, то есть конечный результат. Если больным было отказано в госпитализации (из 45 случаев, госпитализированных пациентов составила 31 (68,8%)) по причине отсутствия экстренной патологии, то процент неудовлетворительных результатов выше (7 (15,5%)), также время, проведенное в ПДО (28 (62,2%)). В меньшей степени оказывают влияние объем проведенных диагностических процедур-13 (28,8%) (рис.5).

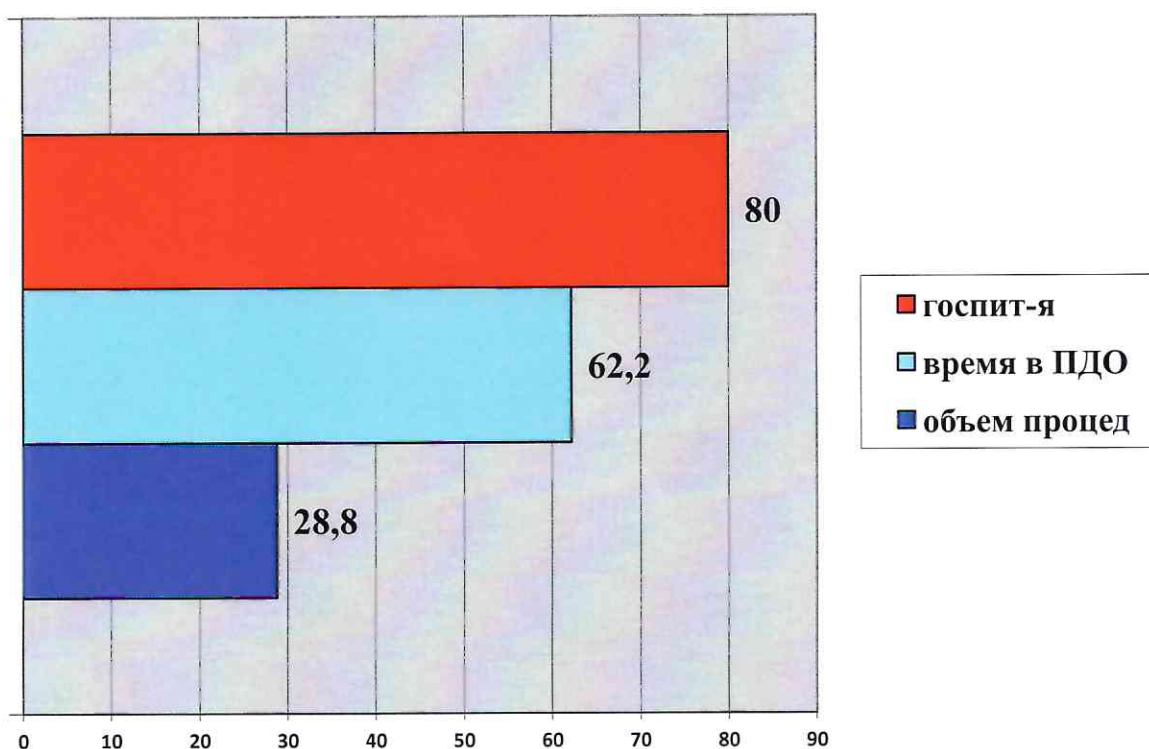


Рис.5. Факторы, влияющие на качество оказания медпомощи (%).

В целом, работой медицинского персонала ПДО (и врачей, и среднего медицинского персонала) удовлетворены 36 (80%), респондентов, 9 (20%) выразили не удовлетворительность работой всего персонала отделения.

Всемирная организация здравоохранения называет профессиональный стресс болезнью 21 века. Он встречается в профессии людей, связанных с

общением с другими, достигая размеров эпидемии. В ходе исследования, проведенного Европейской организацией улучшения условий жизни и труда, обнаружено, что каждый четвертый служащий испытывает стресс на работе, каждый пятый - утомление, каждый восьмой страдает головными болями.

Влияние стресса на качество жизни: снижение интереса к жизни; волнение, страх; эйфория или злость; синдром астении; неумение расслабляться и отдыхать; снижение концентрации; усталость, плохой сон; возникновение сложностей при принятии решений; неуравновешенность.

Жизнь с высокой конкуренцией, частой сменой должностей и высокой степенью ответственности делает людей уязвимыми. У человека появляется ощущение нехватки времени, страх не успеть, не смочь. Появляются комплексы: «достижения цели»: как только достигнута одна-за ней следует другая.

К факторам риска «синдрома повышенной занятости и ответственности» для медицинского персонала можно отнести:

- высокая степень ответственности, в том числе за жизнь других;
- необходимость быстрого принятия решения;
- экстремальные условия труда (высокая интенсивность работы, сменный график, ночные дежурства, нарушение естественных биоритмов, эмоциональная напряженность в результате контакта с тяжелыми больными, риск заражения инфекциями).⁹

С целью поиска факторов риска синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер нами проведено исследование. Методом анкетирования исследовано мнение 4 медсестер травматологического поста приемно-диагностического отделения.

⁹ Щепин В.О., Расторгуева Т.И. Современные организационно-психологические технологии управления персоналом медицинских учреждений //Пробл.соц.гигиены, здравооохр. и истории медицины." 2008.- №6 С. 43-48.

Возраст медсестер составил от 25-34-1 (25%), от 35-44-3 (75%).
Общий стаж работы составил до 5-1 (25%), и остальные имели от 11 до 20 лет -3 (75%).

Всем медицинским сестрам были даны опросники (приложение 2, 3).
Обследуемым был предъявлен следующий комплекс психодиагностических методик:

-методика диагностики эмоционального выгорания И.В.Островской (приложение 3), который состоит из 8 вопросов;

-опросник уязвимости к стрессу (Р.Перес Ловелле, Н.В.Кудрявая) (приложение 4), включал 19 вопроса.

По опроснику уязвимости к стрессу (Р.Перес Ловелле, Н.В.Кудрявая) результаты интерпретируются следующим образом: респондентов нужно разделить на группы, по полученным утвердительным, либо отрицательными ответами. При этом каждый отрицательный ответ оценивается в баллах.

1 группа - лица, имеющие высокую степень уязвимости к стрессу (5-20 баллов)

2 группа - лица, имеющие среднюю степень уязвимости к стрессу (25-40 баллов)

3 группа – лица, имеющие низкую степень уязвимости к стрессу (45-60 баллов)

В результате исследования были получены следующие результаты: 2 (50%) респондентов относятся к 2 группе (средняя степень уязвимости), 2 (50%) – 3 группа (с низкой степенью), с высокой степенью уязвимости не было получено ответов.

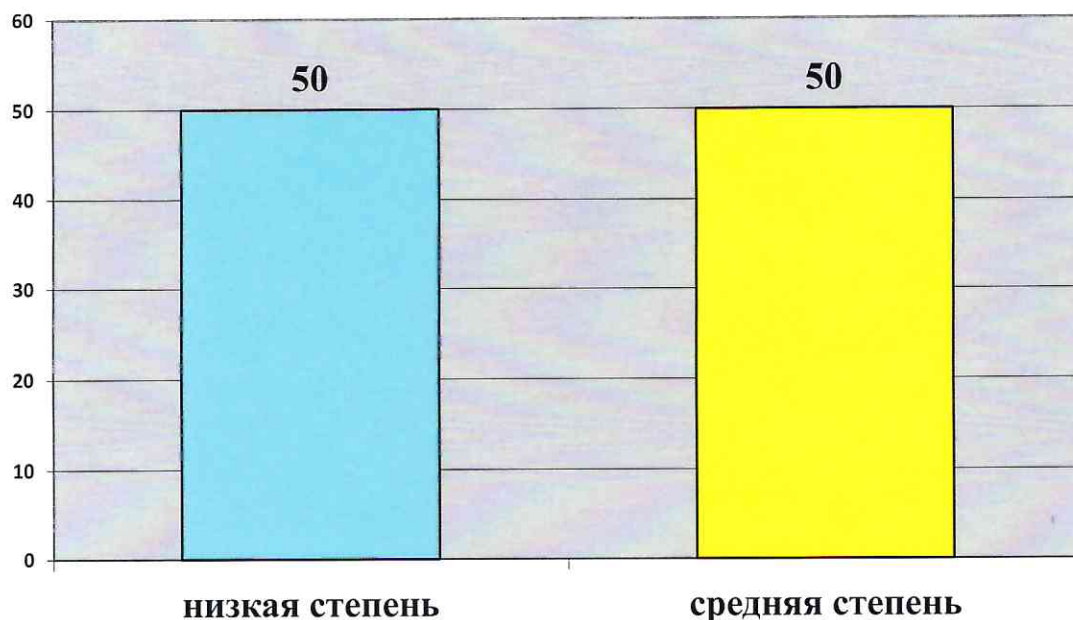


Рис.6. Степень уязвимости к стрессу (%)

Признаков синдрома эмоционального выгорания ни у кого не определено.

В целях предупреждения развития синдрома эмоционального выгорания сотрудников приемно-диагностического отделения предлагаем следующее:

- заключить договор на обслуживание сотрудников в спортивном комплексе, тренажерных залах и т.д.;
- обеспечить достойный отдых, санаторно-курортное лечение и т.д.;
- разработать собственную систему поощрений;
- с помощью психолога научить приемам релаксации и концентрации.

Таким образом, анализ результатов анкетирования родителей детей показал, что удовлетворенность работой ПДО, в большей степени зависит от того, госпитализировали их в стационар или нет и времени, проведенного в ПДО, а в меньшей степени оказывает влияние объем проведенных диагностических процедур. Удовлетворены качеством медицинской помощи в ПДО 34 (75,5%) респондентов.

В результате проведенного исследования можно прийти к следующим выводам: условия труда медицинской сестры ПДО ПДЦ обладают

спецификой, которая может быть значимой для формирования синдрома эмоционального выгорания. Причинами усталости, нервозности медсестер могут быть высокая производственная нагрузка, обязательные ночные дежурства, превышение нормативного числа пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Таким образом, медицинская сестра приемного отделения должна быть внимательна и приветлива с детьми и родителями, учитывать состояние ребенка, переживания родителей. Нужно стремиться сократить время адаптации ребенка к новой для него обстановке.
Прямыми обязанностями медицинской сестры приемно-диагностического отделения является прием больного ребенка: регистрация, санитарная обработка, перевод (транспортировка) в соответствующее отделение. Четкое выполнение врачебных назначений, участие в проведении манипуляций (с врачом), чтобы ее человеческие качества сочетались с высокими профессиональными навыками.
2. Таким образом, за анализируемый период по республике показатели травматизма остаются практически на одинаковом уровне. Преобладают бытовые травмы, уличные, школьные. Травматизм среди мальчиков выше, чем у девочек. В структуре травматизма доминируют поверхностные раны, открытые раны, вывихи, растяжения, травмы мышц и сухожилий. Медицинская сестра отделения играет большую роль в оказании экстренной медицинской помощи. При этом выполняет взаимозависимые сестринские вмешательства, в сотрудничестве с другими медицинскими работниками и зависимые сестринские вмешательства, основанные на инструкции или письменном указании, касающиеся лечения, подготовки к диагностическим процедурам с высокой точностью ответственности.
3. Таким образом, анализ результатов анкетирования родителей детей показал, что удовлетворенность работой ПДО, в большей степени зависит от того, госпитализировали их в стационар или нет и времени, проведенного в ПДО, а в меньшей степени оказывает влияние объем проведенных диагностических процедур. В результате проведенного

исследования можно прийти к следующим выводам: условия труда медицинской сестры ПДО ПДЦ обладают спецификой, которая может быть значимой для формирования синдрома эмоционального выгорания. Причинами усталости, нервозности медсестер могут быть высокая производственная нагрузка, обязательные ночные дежурства, превышение нормативного числа пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Боткина Т.Г. Особенности работы медицинской сестры в приемно-диагностических отделениях ЛПУ // Нижегородский медицинский журнал— 2009 - с.32-33.
2. Борчук Н.И. опыт организации экстренной медицинской помощи в стационарах//медицинские новости. №7, 2012, с.23-25.
3. Мушников Д.Л. Этическое поведение медицинского персонала как условие обеспечения качества медицинской помощи//Сб. трудов 74-й научной конференции КГМУ-Курск, 2009 г., 142-145 с..
4. Методические указания по работе приемных отделений стационарных лечебно-профилактических учреждений, 2009 г., 24 с.
5. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В., Захарова Е.А., Жихарева И.А. Система показателей качества сестринской помощи //Здравоохран. РФ. 2008. - №3. - С. 37-39.
6. Руголь Л.В., Матвеев Э.Н. Научно-методическое обоснование нуждемости детского населения в стационарной медицинской помощи//Менеджер здравоохранения. 2010. №10. С. 29–40.
7. Семенов В.Ю. Формирование модели сети стационарной медицинской помощи детскому населению //Экономика здравоохранения. 2010. № 8. С. 19 - 26.
8. Спиридонов А.В. Детский травматизм — приоритетная медико-социальная проблема//Современные вопросы общественного здоровья и здравоохранения: труды АГМА, Астрахань. 2011. - Т.27. - С.158-159.
9. Тяжелков Д.А., Бондаренко Н.Н. Новые тенденции в структуре детского травматизма//Актуальные вопросы травматологии и ортопедии: сб. науч. работ. Екатеринбург, 2010. - С. 25-27.
10. Усикова Т.Я., Холодарев А.П., Лымарь Л.Г. Причины детского травматизма//Ортопедия, травматология и протезирование. 2009. - №1. - С. 61-65.

- 11.Цап Н.А. Совершенствование диагностических и лечебных технологий при травме у детей // Пермский медицинский журнал. - 2010. - №3. - т.27. - С. 16 - 23.
- 12.Щепин В.О., Расторгуева Т.И. Современные организационно-психологические технологии управления персоналом медицинских учреждений //Пробл.соц.гигиены, здравоохран. и истории медицины." 2008.- №6 С. 43-48.
- 13.Шестаков Г.С., Ноздрина Н.С. О роли организации сестринского дела при реформировании здравоохранения // Экономика здравоохран. 2007. - №5(114). - С. 5-7.
- 14.Статистические данные ПДО ПДЦ «РБ1-НЦМ».

НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В РАБОТЕ ПДО

Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»

Об утверждении СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами»

Основание СанПиН 2.1.3.2630 -10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», приложение «Экстренная профилактика парентеральных вирусных гепатитов и ВИЧ – инфекции». Во избежание заражения парентеральными гепатитами и ВИЧ – инфекцией.

Приказ МЗ РС(Я) №01-8/4-245 от 30.07.2003 «Об упорядочении оказания травматологической помощи детскому населению г.Якутска»

Приказ РБ№1-НЦМ №1.1-5/35 и 5.1-7.3/49 от 28.03.2003 «В целях оптимизации работы, ПДО с 10 коек реорганизовано на 5 коек, 5 коек переданы в пульмонологическое отделение»

Приказ РБ№1 – НЦМ №04.01.03/42 от 07.09.2007 «О своевременном информировании подразделений ГИБДД о поступлении (обращении) граждан с места ДТП»

Приказ ГБУ РС(Я) «Б№1 – НЦМ» №01-01-08/98 от 27.06.2012 «Порядок обеспечения диагностическими исследованиями при оказании экстренной, неотложной и плановой медицинской помощи в ГБУ РС(Я) «РБ№1-НЦМ»

Приказ МЗ СССР № 408 от 12.07.89. «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране»

Приказ МЗ РФ № 324 от 22.11.95. «По совершенствованию противотуберкулезной помощи населению»

Приказ МЗ РФ № 330 «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических средств и психотропных веществ»

Приказ МЗ СССР № 245 от 30.08.91. «О нормативах потребления этилового спирта для учреждений здравоохранения, образования и социального обеспечения»

Приказ МЗ СССР №475 от 16.08.89г «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики заболеваемости острыми кишечными инфекциями в стране»

Приказ №510 от 1998 года по РБ №1- НЦМ «Об организации регистрации ВБИ по форме 60У»

Приказ МЗ РФ №295 от 30.10.95 года «О правилах проведения обязательного мед. освидетельствования на ВИЧ и перечень работников, подлежащих обязательному мед. освидетельствованию на ВИЧ»

Приказ МЗ СССР №720 от 31.07.78г. «Об улучшении медицинской помощи больным с гнойными хирургическими заболеваниями, о усилении мер по профилактике внутрибольничной инфекции»

Приказ МЗ РФ №342 от 26.11.98г. «О мероприятиях по профилактике эпидемиологического сыпного тифа, борьба с педикулезом».

Федеральный закон об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации №323 ФЗ от 21.11.2011 г.

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОС

Удовлетворенность пациентов оказанной помощью в приемно-
диагностическом отделении

(по автору Борчук Н.И.)

1. Удовлетворены ли Вы качеством оказания медицинской помощи в приемно-диагностическом отделении?

- а) да
- б) нет
- в) затрудняюсь ответить

2. Сколько времени провели в ПДО, с момента обращения?

- а) 30-45 мин
- б) 45-1 час
- в) 1-1,5 часа
- г) более 1,5 часа

3. По вашему мнению, какие факторы влияют на качество оказания медпомощи в ПДО?

- а) госпитализация
- б) объем проводимых диагностических процедур
- в) время проведенное в приемном отделении
- г) ваши варианты

4. Удовлетворены ли Вы работой медицинских сестер ПДО?

- а) да
- б) нет
- в) затрудняюсь ответить.

МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ
(ПО МЕТОДИКЕ И.В. Островской)

На вопросы нужно дать утвердительный либо отрицательный ответ.

(ответы ставьте рядом с вопросом)

1. Считали ли Вы во время учебы. Что работа, которой Вы занимаетесь сейчас-Ваше призвание?
2. Изменилось ли Ваше мнение сейчас?
3. Кажется ли Вам работа такой же интересной, как в начале?
4. Хотелось ли Вам когда-либо поменять профессию?
5. Портится ли у Вас настроение, когда Вы вспоминаете, что завтра на работу?
6. Часто ли Вас раздражают коллеги?
7. Часто ли Вас раздражают пациенты?
8. Часто ли Вы обращаетесь к литературе по специальности, чтобы узнать что-то новое?

ОПРОСНИК УЯЗВИМОСТИ К СТРЕССУ

(Р.Перес Ловелле, И.В.Кудрявая)

На вопросы нужно дать утвердительный либо отрицательный ответ.

(ответы ставьте рядом с вопросом)

1. Я сплю спокойно и просыпаюсь отдохнувшим;
2. Есть люди, к которым я испытываю чувства привязанности и которые отвечают мне взаимностью;
3. Я могу положиться на близких мне людей;
4. Я проделываю физическую работу или/и занимаюсь спортом до пота;
5. Тех денег, которые я зарабатываю, вполне хватает, чтобы удовлетворить мои потребности;
6. Мои религиозные и философские убеждения мне позволяют чувствовать себя уверенным в своем будущем;
7. Я приятно и хорошо провожу свой досуг;
8. У меня есть несколько хороших друзей, на которых я могу положиться;
9. Когда я зол или раздражителен, я могу вслух выразить свое состояние;
10. У меня есть друзья, которым я могу рассказать о своих личных проблемах;
11. На досуге я посещаю кино, театр, хожу на различные вечера и т.п.;
12. Я обсуждаю бытовые проблемы с людьми, с которыми вместе живу;
13. Я могу хорошо организовывать свое время;
14. Я ставлю перед собой цели, которые способен достичь;
15. Я уверен, что меня ждет успех в будущем;
16. Мои успехи и неудачи зависят от моих собственных решений;
17. У меня хватает времени для моих дел;
18. Когда со мной происходит что-нибудь неприятное, я могу себя контролировать;
19. Я доволен тем, чего добился в жизни.