

ОТЗЫВ РУКОВОДИТЕЛЯ

на выпускную квалификационную работу

Деятельность медицинской сестры приёмного отделения

(на примере ГАУ РС (Я) РБ №1 – НЦМ Приемно - диагностическое отделение педиатрического центра)

по специальности 34.02.01 – Сестринское дело

студентки группы СД-18-1 Новиковой Валентины Борисовны

1. Актуальность: Медицинская сестра приёмного отделения занимает ведущую роль в оказании качественной медицинской помощи пациенту. И от того, насколько профессионально, быстро и организованно действует медицинский персонал приемного отделения, в определенной степени зависит успех последующего лечения больного, а при неотложных (ургентных) состояниях - и его жизнь, поэтому побуждает более тщательно изучить анализ деятельности медицинской сестры приёмного отделения.
2. Отличительные положительные стороны работы: Работа посвящена деятельности медицинской сестры в оказании квалифицированной и экстренной медицинской помощи
3. Практическое значение: В работе отражен анализ деятельности ГАУ РС (Я) РБ №1 – НЦМ, приемно - диагностическое отделение педиатрического центра.
4. Недостатки и замечания: Нет.
5. Выводы: Дипломная работа выполнена на отличном уровне, соответствует требованиям предъявляемыми к выпускной квалификационной работе и может быть представлена к защите.

Руководитель: Барашков Иван Иванович преподаватель ГБПОУ РС (Я) «ЯМК»

подпись



«12» 06 2021г.

дата

РЕЦЕНЗИЯ

на выпускную квалификационную работу
по специальности 34.02.01 – Сестринское дело

студентки группы СД-18-1 Новиковой Валентины Борисовны

По теме: Деятельность медицинской сестры приёмного отделения
(на примере ГАУ РС (Я) Республиканская больница №1 – НЦМ приемно -
диагностическое отделение педиатрического центра)

Выпускная квалификационная работа Новиковой Валентины Борисовны посвящена деятельности медицинской сестры приёмного отделения

Дипломная работа состоит из введения, двух глав, выводов, практических рекомендаций, списка литературы (22 наименований) и приложений (2 единицы).

Объем работы – 57 страниц печатного текста, имеются таблицы, диаграммы.

Актуальность темы выпускной квалификационной работы заключается в том, что медицинская сестра приёмного отделения играет ведущую роль в оказании качественной медицинской помощи пациенту. И от того, насколько профессионально, быстро и организованно действует медицинский персонал приемного отделения, в определенной степени зависит успех последующего лечения больного, а при неотложных (ургентных) состояниях - и его жизнь.

Цель исследования заключается в изучении деятельности медицинской сестры приемного отделения.

В первой главе рассмотрены: основные аспекты организации оказания медицинской помощи в приёмном отделении.

Во второй главе представлены результаты исследования, проведенного на примере ГАУ РС (Я) РБ №1 – НЦМ приемно - диагностическое отделение педиатрического центра. Были представлены статистические данные, мониторинг, опрос и анкетирование. Примененные автором методы исследований и статистической обработки материалов являются достоверными, а выводы вполне обоснованными. Список использованной литературы является достаточным, содержит 22 наименований.

Замечаний по выполнению выпускной квалификационной работы - нет.

Содержание работы соответствует специальности – 34.02.01 – Сестринское дело.

Заключение: выпускная квалификационная работа выполнена в соответствии с требованиями ФГОС СПО, предъявляемыми к выпускной квалификационной работе, и заслуживает оценки отлично.

Рецензент: Григорьев Екатерина Владимировна Еф.

Должность: ст. мед. с.

« 12 » 06 2021г.

Ф.И.О. (полностью)

Григорьев Екатерина Владимировна Еф.

(подпись)

М.П. медицинской организации



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



Допущен (а) к защите
Зам. директора по УР
насть Степанова А.Д.

НОВИКОВА ВАЛЕНТИНА БОРИСОВНА
**ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИЁМНОГО
ОТДЕЛЕНИЯ**

(НА ПРИМЕРЕ ГАУ РС (Я) РБ №1 – НЦМ ПРИЕМНО -
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА)

Выпускная квалификационная работа
по специальности 34.02.01- Сестринское дело

Студент отделения «Сестринское дело»
Группы СД-18-1

Руководитель - преподаватель: Барашков Иван Иванович

Якутск – 2021г

СОДЕРЖАНИЕ:

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРИЁМНОМ ОТДЕЛЕНИИ.....	5
1.1 Основные аспекты организации оказания медицинской помощи в приёмном отделении.....	5
1.2 Деятельность медицинской сестры в оказании квалифицированной и экстренной медицинской помощи.....	13
1.3 Организация деятельности медицинских сестёр в приёмном отделении	15
ГЛАВА II. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИЁМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ.....	31
2.1 Общая характеристика и основные показатели приёмного отделения.....	31
2.2 Анализ деятельности среднего медицинского персонала.....	38
2.3 Анализ эмоционального выгорания медицинских сестёр приёмного отделения.....	43
ВЫВОДЫ.....	48
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	52
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	53
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	56

ВВЕДЕНИЕ

Сестринское дело является важнейшей составной частью системы здравоохранения, располагающей значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной и приемлемой медицинской помощи.

Разнообразие функций, которые выполняет сестринский персонал, требует понимания факторов, влияющих на здоровье, причины болезней, способов их лечения и реабилитации, а также экологических, социальных и иных условий, в которых осуществляется медицинская помощь и функционирует система здравоохранения.

Актуальность: Одним из важных структурных подразделений любого стационара, оказывающих большое влияние на все стороны его деятельности, является приёмное отделение. Функции приёмного отделения чрезвычайно разнообразны и ответственны, причём ответственность приёмного отделения за рациональную, высокоэффективную работу всего стационара в последние годы заметно возросла. Медицинская сестра приёмного отделения является активным участником лечебно-диагностического процесса, занимает ведущую роль в оказании качественной медицинской помощи пациенту. Производит прием и регистрацию пациентов, оформляют соответствующую медицинскую документацию, помогает при врачебном осмотре с установлением характера и тяжести заболевания, оказывают при необходимости экстренную медицинскую помощь, осуществляют санитарную обработку пациентов.

Таким образом, в условиях современного здравоохранения анализ деятельности медицинской сестры приёмного отделения и профессиональной роли в ней является актуальной.

Цель исследования: изучение деятельности медицинской сестры приёмного отделения (на примере ГАУ РС (Я) РБ№1 – НЦМ приёмно - диагностическое отделение).

Для достижения цели нами были поставлены следующие задачи:

1. Рассмотреть теоретические аспекты работы приемного отделения.
2. Проанализировать деятельность среднего медицинского персонала приемного отделения и основные показатели ГАУ РС (Я) РБ№1 ПДО ПДЦ за период 2018-2020 гг.
3. Выявить профессиональные психологические риски по результатам анкетирования медицинских сестер приемного диагностического отделения педиатрического центра.

Методы исследования: анализ литературы, наблюдение, анкетирование, обработка и анализ статистических данных.

База исследования: ГАУ РС (Я) РБ№1 – НЦМ Приемно-диагностическое отделение педиатрического центра.

Гипотеза: добросовестная, высококвалифицированная работа медицинских сестер приемного отделения способствует ускорению выздоровления пациентов отделения и улучшению их качества жизни

Структура исследования состоит из списка сокращений, введения, двух глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРИЁМНОМ ОТДЕЛЕНИИ.

1.1. Основные аспекты организации оказания медицинской помощи в приёмном отделении

Качество оказания экстренной помощи больным зависит от преемственности в работе службы скорой медицинской помощи (СМП) и приёмных отделений, организации работы приёмного отделения (оснащённость, уровень квалификации медицинского персонала, удалённость специализированных отделений, доступности экстренной специализированной помощи в ночное время). Работа любого стационара, в особенности указывающего помощь больным экстренной патологии, в огромной степени зависит от работы приёмного отделения. Проблема удовлетворительности населения объёмом и качества медицинской помощи является одной из основных задач развития отраслей здравоохранения.

В 2011 г. был принят Федеральный закон Российской Федерации №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» [1].

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 защищённость граждан в случае утраты здоровья;
- ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- доступность и качество медицинской помощи;
- недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;

- соблюдение врачебной тайны.

Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путём соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации; оказание медицинской помощи пациенту с учётом его физического состояния и с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций пациента; обеспечение ухода при оказании медицинской помощи; оказание медицинской помощи пациенту с учётом рационального использования его времени; установление требований к проектированию и размещению медицинских организаций с учётом соблюдения санитарно-гигиенических норм и обеспечение комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях; создание условий, обеспечивающих возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации с учётом состояния пациента, соблюдения противозидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации[1].

Приёмное отделение (приёмный покой) является одним из важнейших подразделений стационара. В его функции входят регистрация больного, установка предварительного диагноза, оказание первой медицинской помощи, санитарная обработка и транспортировка больного в палату.

Для выполнения этих задач выделяется соответствующая структура в виде чётко спланированного помещения, оснащённого необходимым лечебно-диагностическим оборудованием и квалифицированными кадрами. Приёмное отделение размещается на первом этаже, имеет изолированный удобный вход для приёма больных, связано переходами со всеми другими службами больницы[5].

В приёмном отделении располагаются следующие помещения: зал ожидания, регистратура, один или несколько смотровых кабинетов, процедурный кабинет, перевязочная, изолятор, санпропускник, лаборатория,

рентген-кабинет и другие. Зал ожидания предназначен для ходячих больных и сопровождающих родственников. В регистратуре дежурная медсестра заполняет первичную документацию на всех поступающих больных:

- журнал регистрации поступивших больных;
- алфавитная книга для информационной службы;
- журнал отказов в госпитализации;
- журнал консультаций;
- журнал осмотров на педикулёз;
- журнал движения больных в стационаре.

В обязанности медсестры входит и заполнение титульного листа истории болезни: паспортная часть, дата и время поступления, диагноз направившего учреждения, статистический талон на поступившего больного[9]. Из регистратуры больной направляется в смотровой кабинет, где его обследует врач. Осмотр больного проводят на кушетке, покрытой клеёнкой. После приёма каждого больного клеёнку протирают ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором. Из другого оборудования здесь необходим письменный стол для записи врачом истории болезни и оформления другой документации. Для правильного установления диагноза и определения тактики врачу может потребоваться дополнительная информация. С этой целью на территории приёмного отделения или рядом с ним должно находиться лаборатория, рентгеновский, эндоскопический кабинеты, кабинет ЭКГ.

В крупных клиниках в приёмной покое выделяются диагностические палаты, где находятся больные с неясным диагнозом до окончательного решения вопроса о необходимости хирургического лечения; изолятор, куда помещаются пациенты с подозрением на инфекционное заболевание. В приёмном отделении обязательно должно быть возможность для оказания первой медицинской помощи больным, поступающим в тяжёлом состоянии, не требующим госпитализации, поэтому здесь находятся процедурный кабинет, перевязочная, возможно малая операционная и т.д.

После осмотра, постановки диагноза и решения вопроса о госпитализации больной направляется для санитарной обработки в санпропускник, который обычно состоит из смотровой, раздевальни, ванно-душевой комнаты и комнаты, где больные одеваются. Рядом располагается склад, куда помещается личная одежда больных во время пребывания в стационаре. Необходимо строго соблюдать основное направление движения больных от смотровой, через ванную комнату к комнате для одевания, не допуская возвращения больных в «грязную» зону санпропускника. Санпропускник оборудован всем необходимым для проведения обработки больного. Здесь должны быть кушетки, шкафчики для чистого белья и бачки для грязного белья, шкаф или стол с предметами для санитарной обработки, клеёнкой, банном мылом, мочалками индивидуального пользования, которые находятся в маркированной ёмкости, машинки для стрижки волос, бритвенные приборы, ножницы, термометры для измерения температуры воздуха и воды, специальные мочалки и щётки для санитарной обработки ванны, маркированные ведра и швабры для уборки и дезинфекции помещений санпропускника и другие принадлежности. В достаточном количестве должно быть дезинфицирующие средства, а также гидропульт для опрыскивания растворов этих веществ[7].

Санитарная обработка больного в приёмном отделении включает следующие мероприятия:

- дезинсекция – уничтожение вредных насекомых (вшей), если они обнаружены при осмотре больного;
- гигиеническая ванна, душ или обтирание больного, стрижка волос, ногтей, бритьё;
- переодевание больного в чистое больничное бельё и одежду.

Вопрос о способе и объёме санитарной обработки решает врач, а выполняется она младшим медицинским персоналом под руководством медицинской сестры. Больные в крайне тяжёлом состоянии по указанию врача могут направляться в отдельные реанимации или в операционную без

санитарной обработки, которая проводится отсрочено после стабилизации общего состояния больного.

У всех остальных больных начинать санитарно-гигиеническую обработку медсестра приёмного отделения должна с тщательного осмотра тела, волосистых частей больного, его белья для выявления педикулёза (вшивости).

Вши особенно часто локализуются в затылочной и височной областях (головные вши) или в области лобка (лобковые вши). Платяные вши живут и откладывают яйца преимущественно в складках белья. Размеры вшей от 1,4 до 4 мм, а их яиц (гнид) не более 0,6-1 мм. Гниды головных вшей продолговатой формы, они как бы приклеены к волосяному стержню особой клейкой массой, причём всегда располагаются вблизи корней волос. Головные и платяные вши являются переносчиками тяжёлых инфекционных заболеваний – сыпного и возвратного эпидемического тифа, поэтому при обнаружении вшей или гнид медицинская сестра немедленно проводит дезинсекцию[16].

Прежде всего, необходимо надеть дополнительный халат и косынку. У больного по возможности коротко остригают волосы, их собирают в бумагу и сжигают.

Волосы на голове обрабатывают одним из растворов: 0,15% водно-эмульсионным раствором карбофоса; 0,5% раствором метилацетафоса в равных количествах с уксусной кислотой; 0,25% эмульсией дикрезила; мыльно - порошковой эмульсией; 450 мл жидкого мыла + 350 мл керосина + 200 мл тёплой воды. Затем волосы покрывают косынкой на 20 минут, промывают тёплой водой, ополаскивают 6% раствором столового уксуса. После этого в течение 10-15 минут вычёсывают волосы частым гребнем. Белье больного складывают в мешок и отправляют в дезинфекционную камеру. После проведения дезинсекции больного помещение и предметы, с которыми он контактировал, необходимо обработать теми же дезинфицирующими растворами с помощью гидропульта. Халат и косынку, в

которых медицинская сестра проводила обработку больного и помещения, нужно сложить в мешок и отправить в дезинфекционную камеру. Далее санитарная обработка больного проходит в ванной комнате. В зависимости от состояния больного санитарная обработка может быть полной (ванна, душ) или частичной (обтирание, обмывание).

Больные в удовлетворительном состоянии самостоятельно принимают душ, более тяжёлые подвергаются гигиенической обработке в ванне. Температура воды должна быть 36-40°C. Уровень воды должен доходить только до мечевидного отростка. Чтобы больной не соскальзывал ниже, в ножном конце ванны устанавливают подставку для упора ног. Моют больного мочалкой с мылом: сначала голову, затем туловище, верхние и нижние конечности, паховую область, промежность. Продолжительность процедуры не более 20 минут. Присутствие медсестры при этом обязательно, она всегда готова оказать первую медицинскую помощь при возможном ухудшении состояния больного.

Для выполнения обтирания больной укладывается на застеленную клеёнкой кушетку. Губкой, смоченной тёплой водой, обтирают шею, грудь, руки. Насухо вытирают эти части тела полотенцем и прикрывают их одеялом. Таким же образом обтирают живот, потом спину и нижние конечности. После санитарной обработки больному одевают нательное больничное чистое бельё, халат (пижаму), тапочки. Иногда разрешается пользоваться собственным бельём, смена которого должна производиться по графику больницы. После этого больного транспортируют в отделение больницы. Способ доставки больного в отделение определяет врач в зависимости от тяжести состояния больного: на носилках (вручную или на каталке), на кресле-каталке, на руках, пешком.

При удовлетворительном состоянии больные идут в палату пешком в сопровождении среднего или младшего медицинского работника. В ряде случаев целесообразно доставлять больных в отделение на кресле-каталке. Тяжёлых больных транспортируют в отделение лежа на носилках,

установленных на специальную каталку. Такое положение позволяет полностью расслабить мускулатуру тела, не требует усилий от больного и обеспечивает оптимальные условия транспортировки. Каждая каталка должна быть заправлена чистой простыней и одеялом в зависимости от сезона. Белье следует менять после каждого больного[14].

Необходимо уметь правильно переложить больного с кушетки на каталку. Для этого каталку ставят перпендикулярно кушетке, так чтобы ее головной конец подходил к ножному концу кушетки, после чего один санитар подводит руки под голову и лопатки больного, второй – под таз и верхнюю часть бёдер, третий – под середину бёдер и голени. Поднимают больного одновременно согласованными движениями, вместе с ним поворачиваются на 90° в сторону каталки и укладывают больного на носилки.

Перекладывание больного можно производить и вдвоём: первый санитар подводит руки под шею и лопатки больного, второй – под поясницу и колени. При небольшой массе тела больного переложить его может и один человек. Для этого больного берут на руки, подводя одну руку под лопатки, а другую под бедра. Сам больной обхватывает руками шею санитара.

Перекладывание тяжёлых больных с каталки на кровать производится в следующем порядке: головной конец каталки ставят к ножному концу кровати, при малой площади палаты каталку ставят параллельно кровати, поднимая больного и, повернувшись 90° (если каталка поставлена параллельно, то на 180°), кладут его на кровать. Существует способ расположения каталки по отношению к кровати вплотную. Этот способ требует от больного определённых усилий, поэтому не всегда может быть разрешён. Если каталки под носилки нет, то носилки переносят вручную два или четыре санитара. При подъёме по лестнице носилки несут головой вперёд, при спуске – ногами вперёд. В обоих случаях поднимают ножной конец носилок и шагают «не в ногу». Особенности транспортировки больных зависят главным образом от характера и локализации заболевания. При переломе костей черепа транспортировку производят на носилках в

положении на спине с опущенным подголовником и без подушки. Вокруг головы укладывают валик из одеяла, одежды или умеренно надутого воздухом подкладного круга. При переломах позвоночника в грудном и поясничном отделах, пострадавшего укладывают на спину лицом вверх на жёстких носилках или на щите. При переломе таза пострадавшего укладывают на спину, под разведённые колени подкладывают валик, свёрнутое одеяло, подушку. При переломах рёбер больному придают полусидячее положение. При кровотечениях из ран конечностей им придают возвышенное положение. Больных с ожогами укладывают по возможности на неповреждённую сторону, тщательно укутывают одеялами, а обожжённую поверхность закрывают стерильным бинтом или стерильной простыней[8].

При транспортировке больного, находящегося в бессознательном состоянии, необходимо следить, чтобы у него не западал язык, а при рвоте рвотные массы не попали в дыхательные пути. Для этого голову больного поворачивают на бок, нижнюю челюсть выдвигают вперёд и удерживают в этом положении. Транспортировка таких больных производится исключительно на носилках. Больных с сердечно - сосудистой и легочной недостаточностью из-за сильной одышки перевозят на носилках в полусидячем состоянии[21].

Если у больного наложена и работает система для длительной инфузии в центральную или периферическую вену, то при его перекладывании участвует ещё одна медсестра, которая отвечает за сохранность системы и её работоспособность. Она снимает флакон со стойки, держит его в левой руке и при перекладывании и транспортировке больного правой рукой контролирует и фиксирует положение иглы или катетера в вене. При этом необходима особенная слаженность в работе всех, кто принимает в ней участие. Следует соблюдать осторожность, избегать толчков[18].

Таким образом, приёмный покой выполняет большой круг задач, важнейшие из которых связаны с подготовкой больного к лечению в плане

предварительной диагностики - сортировки, необходимой санитарной обработки и транспортировки больных в отделения стационара. Профессионализм, ответственность за жизнь и здоровье пациентов, открытость, - всеми этими качествами в полной мере должны обладать сотрудники приёмного отделения. Работа медицинского персонала приёмного отделения особенная. Не обидеть, не заставить долго ждать, не навредить, чутко отнестись к человеку, попавшему в беду, - вот малый перечень тех дел, который предстоит выполнить.

1.2. Деятельность медицинской сестры в оказании квалифицированной и экстренной медицинской помощи

«Сестринское дело», включает в себя обсуждение с пациентом всех возможных проблем, помощь в их решении, естественно в пределах сестринской компетенции. Для осуществления сестринского процесса медицинская сестра должна обладать необходимым уровнем теоретических знаний, иметь навыки профессионального общения и обучения пациента. Выполнять сестринские манипуляции, используя современные технологии.

Ф. Найтингейл в 1859 году писала: «Сестринское дело – это действия по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению, а цель сестринского дела – это создание наилучших условий для активации его собственных сил». Поэтому сестринское дело это не просто наука, а искусство общения, это попытки гармонизировать жизнь пациента. По сути, сестринское дело отличается от врачебной деятельности и требует специфических этических знаний. В 1961 году на Международном совете медсестёр была указана основная функция сестры – «оказание помощи индивидууму, больному или здоровому, в выполнении всех видов деятельности, связанных с укреплением здоровья или его восстановлением, какие он принял бы сам, если бы имел необходимую силу, знания и волю. И делается это так, чтобы помочь ему стать самостоятельным как можно скорее»[17].

Здравоохранение сегодня – это специфическая отрасль, на которую оказывают влияния социальные, экономические и политические перемены в стране. Основными задачами здравоохранения являются – повышение доступности, качества и эффективности первичной медикосоциальной помощи, усиление профилактической направленности здравоохранения, удовлетворение потребностей населения в высокотехнологичных видах помощи. Преобразования, которые происходят в здравоохранении социальной сфере, требуют постоянных изменений в сестринском деле, которое является важнейшей составляющей отрасли, располагающей значительными кадровыми ресурсами и потенциалом для удовлетворения потребностей населения в доступной, качественной и эффективной медико-профилактической помощи населению России[22]. Средние медицинские работники – это огромная общественная сила, и сегодня в динамичном мире, в век высоких медицинских технологий, больным как никогда необходимы добрые и умелые руки, улыбка, сострадание, тепло и сочувствие.

Именно медицинские сестры, являясь самой многочисленной группой работников здравоохранения, могут реально оказать влияние на его развитие и внести достойный вклад в совершенствовании оказания медицинской помощи населению нашей страны.

Для медицинской сестры главным условием достижения общей цели в сложной, многопрофильной медицинской деятельности в оказании квалификационной помощи является необходимая профессиональная подготовка, соответствующая профессиональная компетентность: оказание помощи; просвещение и обучение; диагностика и наблюдение; эффективная работа в стремительно меняющейся обстановке; процедуры и режим; соблюдение и обеспечение безопасности лечебного процесса; организационные вопросы.

По мере совершенствования лечебно-диагностического процесса, внедрение современных методов лечения и организации сестринского ухода неизбежно повышаются требования к медицинской сестре, к её личностным

и профессиональным качествам. Уровень развития медицины в настоящее время требует подготовки медицинской сестры, обладающей профессиональными сестринскими знаниями о реакции организма на травму, в т.ч. операционную, о жизненно важных потребностях пациента и способах их удовлетворения, о возникающих при этом проблемах, профилактике инфекций, в полной мере владеющей навыками по уходу за пациентами, общением с ним и его родственниками.

Участие медицинской сестры в лечении пациентов не менее важно, чем участие врача, так как конечный результат зависит от тщательной подготовки пациента к операции, пунктуального выполнения назначений врача и грамотного ухода за пациентом в приёмном отделении. Современная медицинская сестра перестаёт быть просто помощником врача, механически выполняя его назначения. Высококвалифицированная практикующая сестра должна иметь достаточно знаний и навыков, а также уверенности, чтобы планировать, осуществлять и оценивать уход, отвечающий потребностям отдельного пациента.

Таким образом, для медицинской сестры главным условием достижения общей цели в сложной, многопрофильной медицинской деятельности в оказании квалификационной помощи является необходимая профессиональная подготовка, соответствующая профессиональная компетентность: оказание помощи; просвещение и обучение; диагностика и наблюдение; эффективная работа в стремительно меняющейся обстановке; процедуры и режим; соблюдение и обеспечение безопасности лечебного процесса; организационные вопросы.

1.3. Организация деятельности медицинских сестёр в приёмном отделении.

Организация и координация деятельности сестринского и младшего медицинского персонала в отделениях возлагается на старшую медицинскую сестру. Это ознакомление работников с правилами внутреннего трудового

распорядка медицинской организации, должностными инструкциями работников и инструкциями по охране труда, технике безопасности и противопожарным мероприятиям; методическими рекомендациями по осуществлению разных разделов деятельности сестринского персонала и т.д.

Каждый работник из числа сестринского и младшего медицинского персонала должен чётко знать возложенные на него обязанности, уметь действовать в повседневной и экстренной ситуации и нести ответственность за несвоевременное выполнение или невыполнение должностных обязанностей[7].

Главная задача приёмного отделения – организация приёма и госпитализации больных. От правильной и оперативной работы этого отделения во многом зависит успех последующего лечения. При поступлении больного устанавливают предварительный диагноз, оценивают неотложную медицинскую помощь. Первая встреча заболевшего с медицинским персоналом происходит в приёмном отделении.

В приёмное отделение пациенты поступают: самостоятельно – когда пациенты пребывают 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 приёмного отделения, 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 в работе.

Многое решает работа приёмного отделения, поскольку данное подразделение является своеобразной «визитной карточкой» любой медицинской организации. От действий медсестры приёмного отделения во

многим зависит успех лечения пациента, а иногда и его жизнь. Дополнительные трудности для медперсонала создают ситуации, связанные с незамедлительным принятием решений, одномоментным поступлением нескольких пациентов, большим объёмом назначенных лабораторно-диагностических и лечебных процедур, бумажной рутинной.

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 сестёр, способствует более быстрому выздоровлению без дополнительных затрат, повышает социальный статус среднего медицинского персонала в обществе[11].

Приём больного ведётся в строгой последовательности: регистрация, врачебный осмотр, необходимая лечебная помощь, санитарная обработка, перевод (транспортировка) в соответствующее отделение. Согласно коечному фонду, обслуживаемого каждым приёмным отделением медицинский персонал обеспечивает круглосуточный пост.

Медицинская сестра регистрирует поступление больного в журнале, заполняется паспортная часть «Медицинской карты стационарного больного», ф. № 003/у (история болезни), вписывает номер страхового полиса, измеряет температуру тела, сообщает врачу полученные сведения[2]. После осмотра больного врачом медицинская сестра получает от врача рекомендации о характере санитарной обработки. Обычно санитарная обработка заключается в проведении гигиенической ванны или душа; при выявлении педикулёза (вшивости) или обнаружении гнид производится соответствующая обработка волосистой части головы, белья[18]. Исключение составляют больные, находящиеся в крайне тяжёлом состоянии. Им оказывают первую медицинскую помощь и лишь при отсутствии противопоказаний производят санитарную обработку. После санитарной обработки больного транспортируют в отделение больницы.

При массовом поступлении больных соблюдается определённый порядок очередности госпитализации: сначала оказывают помощь тяжелобольным, затем больным в состоянии средней тяжести. Больных с признаками инфекционного заболевания помещают в боксы-изоляторы. Заполняют «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (ф. № 058/у), которое немедленно направляют в центр санитарно-эпидемиологического надзора[3].

В приёмном отделении 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 приёмном покое есть: комплект установленных форм учётной документации; инструкции дежурному персоналу по работе при чрезвычайных ситуациях; схему оповещения сотрудников приёмного отделения; укладки особо - опасных инфекций (ООИ). Готовность и слаженность работы в отделении достигается постоянной учёбой, решением вводных задач и практическими тренировками, проводимыми старшей медицинской сестрой и заведующим приёмного отделения.

Средний медицинский персонал сопровождает больного при поступлении в отделение. При этом транспортировка больных из приёмного покоя в лечебные отделения стационара может осуществляться несколькими путями. Вид транспортировки выбирает врач. Больные, находящиеся в удовлетворительном состоянии, идут в отделение сами в сопровождении медицинского работника. 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 проветривают. Некоторых больных доставляют в кресле-каталке[8].

Медицинская сестра приёмного отделения ведёт журналы приёма госпитализированных больных, отказов в госпитализации, количества свободных мест в отделениях, а также алфавитную книгу (для справочной службы). Также медицинская сестра проводит сбор сведений о движении больных в отделениях.

Обслуживание пациентов в стационаре начинается в приёмном отделении. Приёмный покой – важное лечебно-диагностическое отделение, предназначенное для регистрации, приема, первичного осмотра, антропометрии (от греч. «anthropos» - человек, «metreo»- измерять), санитарно-гигиенической обработки поступивших больных и оказания квалифицированной, быстро и организованно действует медицинский персонал этого отделения, в определённой степени зависит успех последующего лечения больного, а при неотложных (ургентных) состояниях – и его жизнь. Каждый поступающий больной должен почувствовать в приёмном отделении заботливое и приветливое к себе отношение. Тогда он проникнется доверием к учреждению, где будет лечиться[11].

Основными функциями приёмного отделения больницы являются:

- приём и регистрация больных
- осмотр, первичное обследование больных и лабораторная экспресс-диагностика (по показаниям);
- оказание экстренной квалифицированной медицинской помощи;
- заполнение медицинской документации;
- транспортировка больных в лечебные отделения больницы.

Приёмное отделение состоит из смотровых боксов специализированных на приёме профильных больных, кабинета дежурного врача, поста дежурной медицинской сестры.

В приёмное отделение больные могут быть доставлены:

- машиной скорой медицинской помощи, в случае возникновения острого или обострения хронического заболевания, требующих квалифицированного лечения в условиях стационара;

- по направлению участкового врача поликлиники (амбулатории) в случае неэффективности лечения в домашних условиях (плановая госпитализация).

- больные могут явиться в приёмное отделение самостоятельно или их доставляет санитарный транспорт, в зависимости от степени контагиозности и тяжести состояния;

- переводом из других лечебных учреждений;

- без направления на госпитализацию в случае самостоятельного обращения больного за медицинской помощью.

Осмотр больных в приёмном покое больницы (отделения) дежурный врач производит непосредственно в приёмно-смотровых боксах (при необходимости приглашаются консультанты), проводится термометрия, а по показаниям забор материала для бактериологического, бактериоскопического исследования, электрокардиография и другие. В смотровых боксах осуществляется оказание экстренной медицинской помощи. Больные, находящиеся в тяжёлом состоянии, поступают в отделение реанимации или палаты интенсивной терапии, минуя приёмный покой. Врач определяет лечебно-диагностическую тактику в отношении осмотренного больного и фиксирует все данные в истории болезни.

Вся сестринская медицинская документация оформляется медицинской сестрой приёмного отделения в кабинете (или на посту) дежурной медицинской сестры после осмотра больного врачом и решения им вопроса о госпитализации больного в данное лечебное учреждение. Медицинская сестра измеряет температуру тела больного и выполняет другие назначенные врачом манипуляции. В журнал госпитализации медицинская сестра вносит фамилию, имя, отчество больного, год рождения, домашний адрес, откуда и кем доставлен больной, диагноз направившегося учреждения (поликлиника, «скорая помощь»), диагноз приёмного отделения, фиксирует время поступления больного и место госпитализации (в какое отделение).

Кроме того, медицинская сестра оформляет титульный лист истории болезни. На титульном листе записываются практически те же сведения о больном, что и в журнале госпитализации и указывается номер домашнего или служебного телефона, адрес близких родственников.

Санитарная обработка поступающих больных проводится в отделениях (боксах). Поблизости с приёмным отделением расположены рентгеновский кабинет, лаборатории (клиническая, биохимическая, серологическая, бактериологическая), санитарный узел для персонала. Санитарный узел для больных размещается в каждом из боксов приёмного отделения, а при их отсутствии – отдельно.

Транспортировка больных в лечебно-диагностические отделения после оформления документации осуществляется по поточно-пропускному принципу.

Распределение больных по отделениям.

На основании поставленного диагноза и данных о контактах с инфекционными больными пациент направляется в соответствующее отделение.

При наличии диагностического отделения, отдельных больных в случае сомнительного диагноза задерживают в этом отделении до уточнения диагноза и перевода в соответствующие отделения. Больных дифтерией, корью и ветряной оспой или с подозрением на эти инфекции помещают преимущественно в боксы, снабженные автономной вентиляцией.

В больнице, где нет диагностического отделения, больного с неуточненным диагнозом помещают в отдельную палату или бокс. В случае выяснения контакта больного с другой инфекцией его также помещают в однокоечную или боксированную палату. Больных с кишечными инфекциями обеспечивают индивидуальными промаркированными горшками (или подкладными суднами).

Больных в отделении распределяют таким образом, чтобы вновь поступающие, не находились в одной палате с выздоравливающими или

больными с осложнениями. По возможности проводят одномоментное заполнение палат и одновременную выписку.

Допуск к работе и режим работы персонала инфекционных стационаров, (отделений). На работу в инфекционные больницы (отделения) принимаются лица не моложе 18 лет, после прохождения обязательного медицинского освидетельствования. Больные открытой формой туберкулёза, венерическими и заразными болезнями кожи и слизистых на работу в инфекционные больницы (отделения) не принимаются. В дальнейшем все работники подвергаются периодическому медицинскому обследованию, в зависимости от показаний, но не реже 1 раза в год. При обнаружении у работающих носительства патогенных микроорганизмов вопрос о допуске их к работе и необходимого лечения согласуется с санитарно-эпидемиологической службой.

Со всем вновь принимаемых на работу персоналом проводится вводный инструктаж по вопросам охраны труда и правилам выполнения своих функциональных обязанностей, а с младшим медицинским персоналом должна проводиться учёба, обеспечивающая приобретение минимума специальных знаний и навыков работы в инфекционных отделениях.

При инструктаже персонал должен разъяснять специфические особенности работы в инфекционном стационаре (отделении), правила личной гигиены и санитарно-противоэпидемического режима, правила внутреннего распорядка для персонала и больных, должны даваться подробные наставления по предупреждению профессионального заражения и по соответствующему поведению персонала. Допуск к работе без инструктажа запрещается.

В дальнейшем не реже 2-х раз в год проводится повторный инструктаж по правилам личной профилактики и технике безопасности. Инструктаж проводится заведующим отделением (лабораторией). Сведения о проведении вводного инструктажа на рабочем месте и повторного инструктажа регистрируются в журналах учёта инструктажа по специальной форме.

Правила выполнения медицинским персоналом санитарно-противоэпидемического режима.

Персонал, обслуживающий инфекционных больных, обязан приходя на работу снимать личную одежду и надевать спецодежду и обувь, предусмотренную санитарными нормами. По окончании работы пройти обработку в санитарном пропускнике (принять душ). Хранить домашнюю одежду и спецодежду в разных шкафах и периодически обеззараживать свои индивидуальные шкафы в гардеробной. Во время ухода за больными следить за чистотой рук (ногти должны быть коротко подстрижены) и спецодежды. После манипуляции с больными, соприкосновения с их выделениями, загрязненным бельём и посудой, проведения дезинфекции, а также перед приёмом пищи и по окончании работы обязательно мыть и дезинфицировать руки. Использованные для мытья рук щётки подвергаются обязательному обеззараживанию.

При наличии на руках порезов, ссадин и других кожных повреждений, а также при работе, связанной с возможностью загрязнения рук мокротой или другими выделениями больного (переноска плевательниц, суден и горшков с выделениями, приготовление смывов и мазков, разборка инфекционного белья и т.д.), обязательно надевать резиновые перчатки; после работы перчатки подлежат обеззараживанию[14].

При мойке столовой, медицинской, аптечной посуды, а также горшков и подкладных суден для выделений больных одевают прорезиненный фартук.

При входе в палаты для больных капельными инфекциями, в период неблагополучия по заболеваемости гриппом, а также при уборке постелей и разборке инфицированного белья обязательно надевают марлевые повязки (респираторы).

Волосы полностью закрывают колпаком или косынкой, манжеты рукавов халата завязываются.

О каждом подозрительном на инфекцию случае заболевания в семье медицинского персонала, работающего в инфекционной больнице, немедленно сообщается главному врачу, заведующему отделением, старшей медицинской сестре.

Персоналу проводятся все установленные прививки и исследования.

При сопровождении больного, переводимого из одного отделения в другое, работник (медицинская сестра, санитарка) должны надеть поверх своего халата второй халат, который после перевода больного сдаётся для дезинфекции. Дезинфекторы во время нахождения в загрузочной половине помещения дезинфекционной камеры или помещения, где они производят обеззараживание выделений и других предметов, должны надевать халат, косынку, очки, прорезиненный фартук, перчатки, респираторы, резиновые сапоги. По окончании работы дезинфекторы оставляют на грязной половине дезинфекционной камеры или помещения, где проводилось обеззараживание, указанную спецодежду, затем тщательно моют и дезинфицируют руки, после чего переходят в чистое отделение, где надевают другой халат.

Смена халатов, колпаков (косынок) должна производиться не реже 2-х раз в неделю, костюмов – 2 раза в месяц. При загрязнении выделениями больных спецодежда меняется немедленно.

Хозяйственный персонал (завхоз, слесарь-сантехник, столяр и др.), входя в отделение должен надевать санитарный халат и, уходя, оставлять его в отделении.

Обслуживающему персоналу запрещается:

- садиться на кровать больных;
- появляться в отделении или на рабочем месте без спецодежды;
- выходить в спецодежде за пределы инфекционного отделения или надевать верхнюю одежду на спецодежду, а также выносить спецодежду домой для любых целей;
- появляться в столовой или буфете в спецодежде;

-пользоваться уборной, предназначенной для больных, посудой и другими вещами, находящимися в пользовании больных;

-принимать пищу в палатах, коридорах и лабораториях;

-курить в палатах, коридорах и лабораториях;

-переходить из одного отделения в другое или входить в боксы и палаты без особой на то надобности.

Меры предосторожности при работе с дезинфекционными препаратами.

Используемые для обеззараживания, предстерилизационной обработки, стерилизации и дезинсекции химические препараты обладают в различной степени местным и общим токсическим действием.

К работе с дезинфекционными препаратами допускаются лица не моложе 18 лет, прошедшие соответствующий инструктаж по обязанностям, технике безопасности, мерам предосторожности и профилактике случайных отравлений, изложенным в приказе МЗ РБ №165 от 25.11.2002 года «О проведении дезинфекции и стерилизации учреждениями здравоохранения».

Ответственным за инструктаж является главный врач учреждения или специально назначенное лицо.

Лица с повышенной чувствительностью к применяемым химическим средствам от работы с ними отстраняются.

Замачивание белья, посуды и других предметов в растворах дезинфицирующих средств, предстерилизационную обработку и стерилизацию изделий медицинского назначения химическими средствами, обработку больных и их вещей инсектицидными препаратами проводят в специальных помещениях, оборудованных приточно-вытяжной вентиляцией.

Приготовление рабочих растворов, дезинфекционных средств проводят в хорошо проветриваемых помещениях. Хранят растворы и выдерживают в них обрабатываемые объекты в плотно закрывающихся ёмкостях. Запасы препаратов хранят в местах, недоступных для общего пользования, в тёмной посуде, в сухом, тёмном и прохладном помещении. Все дезинфекционные

средства и растворы должны иметь этикетки с указанием названия, концентрации, даты изготовления и срока годности.

В отделениях дезинфекционные средства и их растворы хранят под замком в местах, недоступных для детей и лиц, не занимающихся дезинфекцией, отдельно от лечебных препаратов. Строго соблюдают последовательность и точно выполняют все этапы мойки и обеззараживания, обеспечивающие максимальное удаление с обрабатываемых объектов остатков моющих и дезинфицирующих средств.

Всю работу с дезинфицирующими, стерилизующими химическими средствами и инсектицидами проводят в хорошо проветриваемых помещениях в спецодежде, резиновых перчатках, герметичных очках и в 4-слойной марлевой маске или в противопылевых или универсальных респираторах. После окончания работы руки моют и смазывают смягчающим кремом[18].

Должностные инструкции медицинской сестры приёмного отделения.

Цели:

- Обеспечивать необходимые условия для предоставления больницей современных медицинских услуг как на основании ОМС, так и на платной основе: порядок в общих помещениях стационара и на отдельных рабочих местах; соблюдение санитарно-эпидемиологического благополучия в стационаре;

- Делать все необходимое на своём рабочем месте для привлечения пациентов на платные услуги, заботиться о том, чтобы процесс предоставления платных услуг был рентабельным и прибыльным для больницы.

Требования к работнику:

Медсестра приёмного отделения должна соответствовать следующим профессиональным требованиям:

- Среднее медицинское образование;
- Стаж работы в медицинском учреждении.

Место должности в организационной структуре:

Назначение на должность медсестры приёмного отделения и освобождение от неё производится приказом главного врача отделенческой больницы по представлению главной медсестры.

Медсестра приёмного отделения подчиняется по всем вопросам оперативного управления дежурному врачу в ночное время, главной медсестре в дневное время обращается непосредственно к ним по всем текущим вопросам.

В подчинении медсестры приёмного отделения находятся:

- санитары
- дежурный вахтер (охрана)

На время отсутствия медсестры приёмного отделения (болезнь, отпуск и пр.) её обязанности исполняет лицо, назначенное в установленном порядке.

Эффективность работы медсестры приёмного отделения оценивается по следующим указаниям:

- выполнение своей должностной инструкции по всем, без исключения, позициям;
- хорошо организованная качественная работа всего персонала приёмного отделения;
- отсутствие жалоб и нареканий со стороны пациентов;
- выполнение планов, выставляемых оргметотделом отделенческой больницы, в том числе плана по платным услугам;
- способность к восприятию новых знаний и применению новых методов эффективного лечения и обслуживания пациентов;
- высокий уровень служебной дисциплины самой медсестры приёмного отделения и всех её подчинённых;
- доброжелательное, творческое отношение ко всем рабочим процессам, умение предотвращать конфликты.

Должностные обязанности:

Медсестра приёмного отделения обязана:

-принимать дежурство у сменного фельдшера согласно установленному графику и нормативам, в частности;

-принять под роспись наркотические вещества, лекарственные препараты, больничные листы, опломбированный сейф и документы.

-заполнять истории болезни, журналов регистрации больных при поступлении и выписки больных согласно установленным нормативам.

-обеспечивать своевременное выполнение исследований больного, назначенных врачом (лабораторных, рентгенологических, лечебных процедур).

-проводить санитарно-гигиеническую обработку больных согласно утверждённым нормативам, обеспечивать транспортировку больных в соответствующие отделения.

-обеспечивать выписку больных по указанию врачей.

-участвовать в организации свиданий больных с родственниками согласно установленному графику, давать родственникам по их просьбе исчерпывающую информацию о состоянии больных.

-обеспечивать в пределах своей компетенции (согласно установленным нормативам) соблюдение утверждённых принципов лечебно-охранного режима и правил внутреннего распорядка в больнице.

-сообщать в установленном порядке в органы милиции о поступивших больных с насильственными повреждениями, о трупах, доставленных в больницу (при неизвестных обстоятельствах смерти), сделать соответствующую запись в приёмном журнале

-при получении сигнала от дежурного диспетчера отделения о вызове медицинской бригады по восстановительному поезду, немедленно выполнять функции, предусмотренные нормативами, по организации медицинской помощи пострадавшим при авариях на железной дороге.

-в случае выполнения карантинных инфекций проводить необходимые мероприятия, предусмотренные правилами внутреннего распорядка больницы.

-контролировать путём наблюдения качество проводимой уборки помещения.

-предоставлять главному врачу и заместителю главного врача по экономике оперативную информацию по качеству и количеству платных услуг, вносить свои предложения по повышению уровня работы с платными пациентами и по повышению уровня доходности платных услуг.

-организовывать с помощью своих подчиненных распространение рекламной и представительской информации о больнице среди пациентов.

-вносить предложения главному врачу и заместителю главного врача по экономике по использованию новых методов рекламы и продвижения платных услуг больницы.

Права:

Медсестра приёмного отделения имеет право:

- Вносить предложения главной медсестре, заместителю главного врача по лечебной части по улучшению работы приёмного отделения, организации и условий труда.
- Участвовать в совещаниях, научно-практических конференциях, проводимых для медсестёр.
- Отдавать распоряжения младшему персоналу отделения.
- Вносить заявки заместителю главного врача по лечебной части на приобретение необходимой современной медицинской техники.
- Получать информацию от администрации отделенческой больницы, необходимую для выполнения своих обязанностей.
- Представлять подчиненных по работе к поощрениям и вносить предложения о наложении на них взысканий в установленном порядке.

Ответственность:

Медсестра приёмного отделения несёт ответственность за:

- Чёткое и своевременное выполнение своих обязанностей – перед администрацией отделенческой больницы.

- Правильную и своевременную лечебно-диагностическую помощь пациентам – перед администрацией отделенческой больницы и в пределах российского законодательства.

- Соблюдение правил техники безопасности – перед администрацией отделенческой больницы и в пределах российского законодательства.

- Сохранность медицинского оборудования – перед администрацией отделенческой больницы и в пределах российского законодательства.

- Контроль работы сестринского и младшего медицинского персонала занимает старшая медицинская сестра приёмного отделения[11].

Таким образом, медицинская сестра приёмного отделения должна быть внимательна и приветлива с больными и родственниками, учитывать состояние больного, переживания родственников. Прямыми обязанностями медицинской сестры приёмного отделения являются приём больного: регистрация, санитарная обработка, транспортировка в соответствующие отделения, чёткое выполнение врачебных назначений, участие в проведении манипуляций (с врачом), чтобы её человеческие качества сочетались с высокими профессиональными навыками.

ГЛАВА II. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИЁМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №1 «ПРИЕМНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ»).

2.1 Общая характеристика и основные показатели приёмного отделения ГБУ РС (Я) Республиканская больница №1- НЦМ

Приемное отделение педиатрии и хирургии создано по приказу Генерального директора НЦМ в целях совершенствования оказания специализированной помощи детскому населению и с 1 сентября 2001 года реорганизовано в Приемно-диагностическое отделение.

С 1 апреля 2003 г. Приемно-диагностическое отделение по приказу Генерального директора НЦМ за № 1.1 – 5/35 и 5.1 – 7.3/49 от 28 марта 2003г., в целях оптимизации работы, Приемно-диагностическое отделение с 10 коек реорганизовано на 5 коек, 5 коек переданы в пульмонологическое отделение. Боксированные палаты используются для изоляции хирургических и педиатрических больных Педиатрического Центра.

По приказу Министра здравоохранения Александрова В.Л. за № 01-8/4 – 245 от 30 июля 2003 г. «Об упорядочивании оказания травматологической помощи детскому населению г. Якутска» приказано организовать прием первичных больных детей травматологического профиля в выходные дни (суббота, воскресенье и в праздничные дни) – круглосуточно, в рабочие дни с 16ч. 00 мин до 08ч.00мин. на базе ПДО НЦМ с 1 августа 2003г.

Приемно-диагностическое отделение работает по приему плановых и экстренных больных по 2 профилям: хирургические и педиатрические. Стационарная работа ведется на 5 коек для экстренной диагностики детей и 1 дневная койка, 4 боксов для изоляции по карантинным инфекциям из других отделений ПДЦ. Поступают улусные и городские дети

Приемно-диагностическое отделение является главным структурным подразделением Педиатрического Центра.

Целью деятельности ПДО ПДЦ является оказание доступной экстренной неотложной и плановой, качественной специализированной диагностической и лечебной помощи детскому населению РС (Я) с применением высокоэффективных медицинских технологий, способствующих улучшению показателей здоровья:

- Сохранению и улучшению здоровья детей РС (Я)
- Снижению заболеваемости, инвалидности и смертности детей
- Повышение качества и доступности медицинской помощи.

Основные задачи ПДО ПДЦ:

- Повышение доступности и качества специализированной лечебно-диагностической помощи детскому населению РС (Я) с применением высокоэффективных технологий в рамках Программы государственной гарантии оказания бесплатной медицинской помощи.

- Оказание медицинской помощи в минимально короткие сроки госпитализируемым больным и больным, не нуждающимся в стационарном лечении, а также выдача последним справки о пребывании в стационаре.

- Проведение необходимых диагностических, лабораторных и инструментальных исследований всем больным, наблюдение за больными, находящимися в приемном отделении до выяснения диагноза (при подозрении на инфекционное заболевание – в изоляторе).

В Приемно-диагностическом отделении работают 6 врачей, 25 медицинских сестер, 18 сотрудников младшего медицинского персонала и 6 сотрудников прочего персонала.

Заведующая отделением врач высшей квалификационной категории Дьячковская Валентина Евдокимовна. Старшая медицинская сестра высшей квалификационной категории Угай Любовь Енамовна.

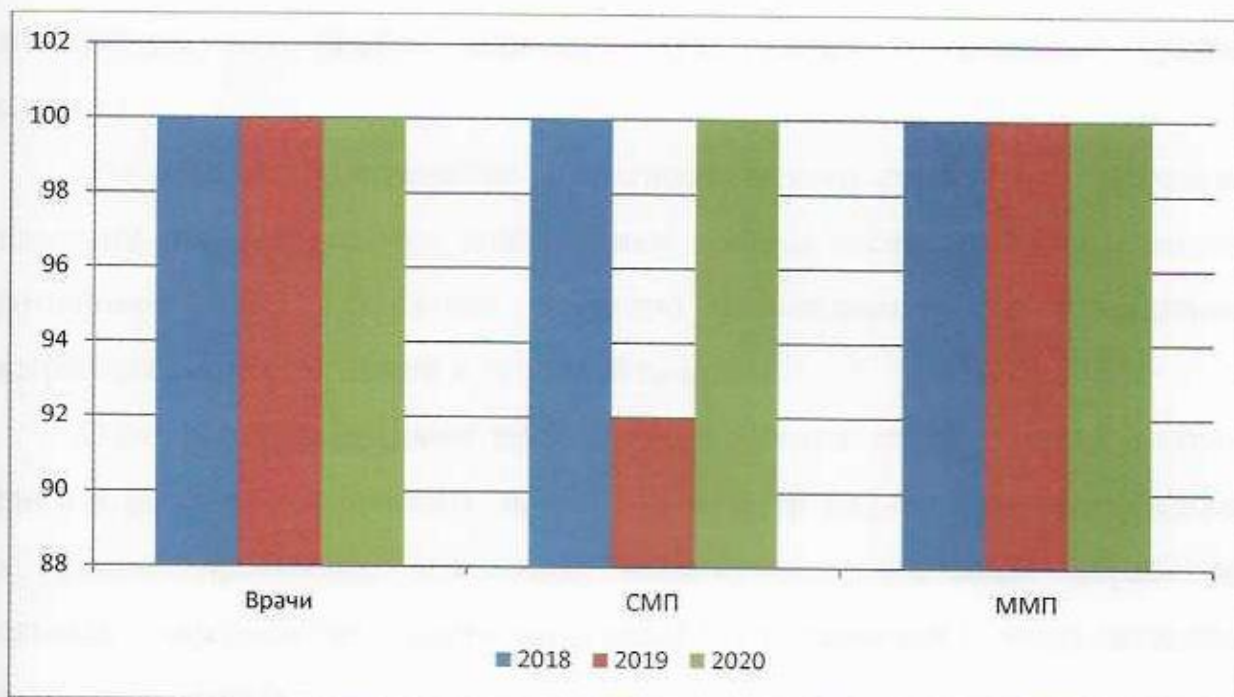


Рис.1. Укомплектованность кадрами приёмного отделения за 2018-2020 гг.(%).

На рисунке 1 представлена укомплектованность врачебными кадрами и ММП 100%, средним медицинским персоналом – 92%, это связано с увольнением 2 медицинских сестёр. В 2020 году укомплектованность составил 100%.

Ежегодно в Приемно-диагностическое отделение обращаются за медицинской помощью более 27000 детей. Из них госпитализируются в отделения Педиатрического центра более 10000 больных. Экстренное обращение больных составляет 20500 детей.

Приёмно - диагностическое отделение - осуществляет круглосуточное первичное обследование, оказание экстренной квалифицированной и специализированной медицинской помощи в минимально короткие сроки больным и пострадавшим и, при наличии показаний обеспечивает госпитализацию в специализированные отделения.

Приёмно - диагностическое отделение ГАУ РС (Я) РБ №1-НЦМ располагается на первом этаже. В приёмном отделении имеется 2

регистратуры для приёма пациентов (экстренный и плановый приём больных).

На первом этапе лечебно – диагностического процесса в приемном отделении используется все современные методы исследования и в самое кратчайшее время. Отделение оснащено необходимым для проведения экстренной диагностической и лечебной помощи.

Основными функциями приёмного отделения выступают следующие: приём и регистрация больных; врачебный осмотр пациентов; обследование на уровне приёмного отделения; санитарно-гигиеническая обработка больных; оформление соответствующей медицинской документации; транспортировка больных.



Рис.2. Структура обращений в приёмное отделение.

На рисунке 2 представлена структура обращений в приёмно-диагностическое отделение. В 2020 году обращаемость по сравнению с 2018 годом снизилась на 2273, из-за коронавируса режим самоизоляции ограничивал плановую госпитализацию пациентов, принимали только в экстренных случаях.

Таблица 1. Структура экстренных обращений по отделениям

Отделения	2018г.		2019г.		2020г.	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Нейрохирургическое отд.	2888	15.6	3028	19	2630	19
Отоларингологическое отд.	1554	8.4	1452	9.1	1203	8.7
Нефрологическое отделен.	703	3.9	558	3.5	306	2.2
Хирургическое отделение	1640	8.8	1304	8.2	1205	8.8
Отделение гнойной хирургии	2570	13.9	2020	12.8	2396	17.3
Психоневрологическое отд 1	1660	8.9	1295	8.1	480	3.5
Психоневрологическое отд2	940	5	604	3.8	402	3
Отделение сердечно-сосудистой хирургии	930	5.1	798	5.2	562	4.1
Кардиоревматологическое отд.	520	2.8	462	2.9	327	2.4
Пульмонологическое отделение	706	3.8	612	3.8	412	3
Отделение детской эндокринологии и гастроэнтерологии	687	3.7	545	3.5	446	3.2
Онкогематологическое отделение	109	0.5	89	0.6	64	0.5
Ортопедо-травматологическое отд.	2923	15.8	2701	17	3045	22
Урологическое отделение	653	3.5	402	2.5	304	2.2
Всего	18483	100	15870	100	13782	100

Структура экстренных обращений по отделениям показывает, что больше всего доставляются в нейрохирургическое отделение, и в 2020 году

экстренная обращаемость по сравнению с 2019 годом снизилось на 2088 обращений.

Таблица 2. Показатели госпитализации по экстренным обращениям

Показатели	2018г.		2019г.		2020г.	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Госпитализировано	5370	40	5554	35	5651	41
Отказы в госпитализации (в том числе нет показаний, помощь оказана, отказ больного от госпитализации)	8055	60	10316	65	8131	59
Всего	13425	100	15870	100	13782	100

По экстренным медицинским показаниям уровень госпитализации за 2020 год по сравнению с 2018 г. увеличился на 1 % и составил 41% от всех обратившихся. В отказе от госпитализации более 59 %. Это помощь оказана и отправлены на дальнейшее амбулаторное лечение по месту жительства.

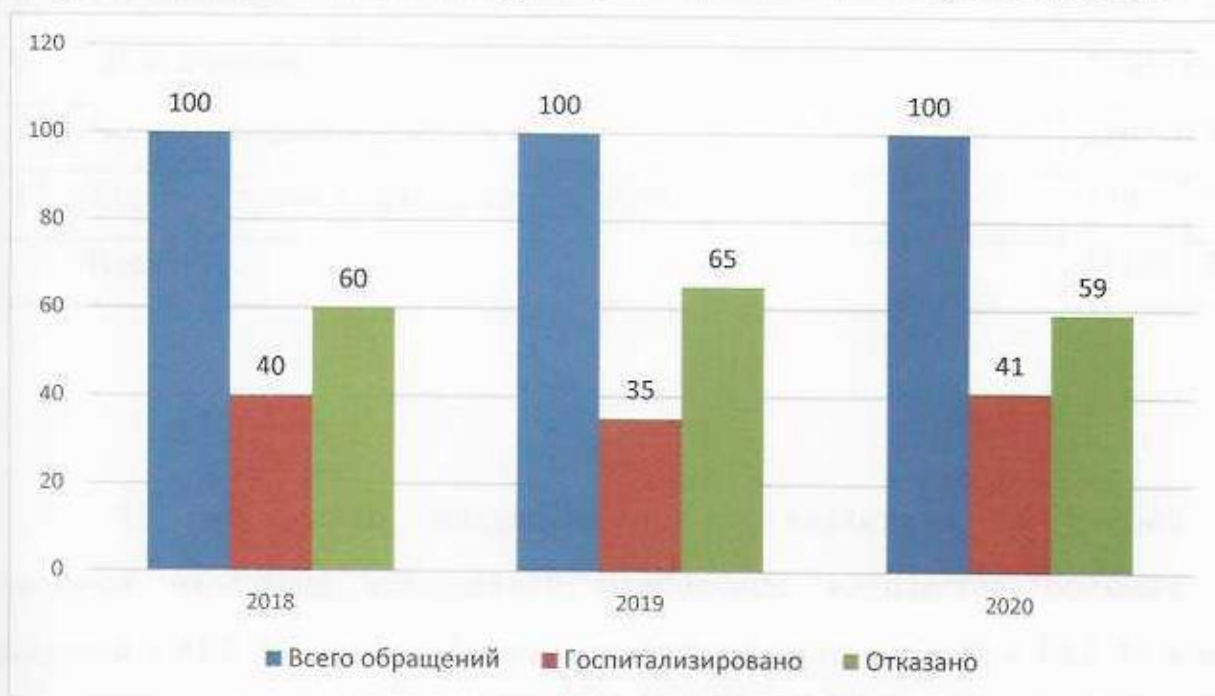


Рис.3. Показатели госпитализации по экстренным обращениям (%)

На рисунке 3 представлены показатели госпитализации по экстренным обращениям. Из 100% обращений, госпитализировано 41 %, отказано 59%

Таблица 3. Структура заболеваемости из числа экстренных обращений в приемное отделение на 2020 г.

№	Название класса болезни	2020г.	
		Аб.ч.	%
1	Травмы (вт.ч.уличные,произв.,бытовые,ДТП, спорт.)	5692	41.3
2	Болезни органов пищеварения	2512	18.2
3	Болезни нервной системы	785	5.7
4	Болезни мочеполовой системы	506	3.6
5	Прочие (в т.ч. новообр., врожд.аномалии, др.симптомы и признаки)	384	2.8
6	Болезни органов дыхания	912	6.6
7	Болезни сердечно-сосудистой системы	465	3.3
8	Отравления	428	3.1
9	ЛОР болезни	1703	12.3
10	Болезни эндокринной системы.	256	1.8
11	Болезни крови и кроветворных органов	139	1.3
	Всего	13782	100

По показателям заболеваемости за анализируемый период в приемное отделение обращались наибольшее количество больных с травмами - 41.3 %, затем с болезнями органов пищеварения - 18.2 % и на третьем месте болезни ЛОР органов - 12.3

Таблица 4. Структура обращений по направлениям из числа экстренных обращений

№	Заболевания	2018г.		2019г.		2020г.	
		Абс.ч	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
1	Станц.скорой.мед.пом	6444	48	6825	43	7166	52
2	Поликлиника	1611	12	2221	14	276	2
3	Центр.улусна.боль	403	3	635	4	138	1
4	Самообращение	4027	30	5554	35	5650	41
5	Травмпункт	940	7	635	4	552	4
Всего		13425	100	15870	100	13782	100

За отчетный период наибольшее количество доставок по направлениям приходится на ССМП – 48 % в 2018г., пациенты обратившиеся самостоятельно растет с каждым годом от 30 % (в 2018г.) до 41 % в 2020г.

Таким образом, основной контингент пациентов больницы составляют жители г. Якутска, доставленные ССМП и по направлению республиканских ЛПУ и ЛПУ г. Якутска.

2.2 Анализ деятельности среднего медицинского персонала приемного отделения ГАУ РС (Я) Республиканская больница №1 «Приемно-диагностическое отделение»

Обслуживание пациентов в стационаре начинается в приёмном отделении. Приёмный покой – важное лечебно-диагностическое отделение, предназначенное для регистрации, приема, первичного осмотра,

антропометрии (от греч. «anthropos»- человек, «metreo» - измерять), санитарно-гигиенической обработки поступивших больных и оказания квалифицированной (неотложной) медицинской помощи[14]. От того, насколько профессионально, быстро и организованно действует медицинский персонал больного этого отделения, в определённой степени зависит успех последующего лечения больного, а при неотложных (ургентных) состояниях – и его жизнь. Каждый поступающий больной должен почувствовать в приёмном отделении заботливое и приветливое к себе отношение. Тогда он проникается доверием к учреждению, где будет лечиться.

В системе здравоохранения средний медицинский персонал – это наиболее значительная часть медицинских трудовых ресурсов. Сегодня одним из негативных влияний на работу медицинских коллективов является недостаточный престиж профессии медицинской сестры, относительно низкая заработная плата, сложные условия труда. Это приводит к текучести кадров и соответственно затрудняет процесс управления.

Штатный состав среднего медицинского персонала приемного отделения составляет 25 штатных единиц.

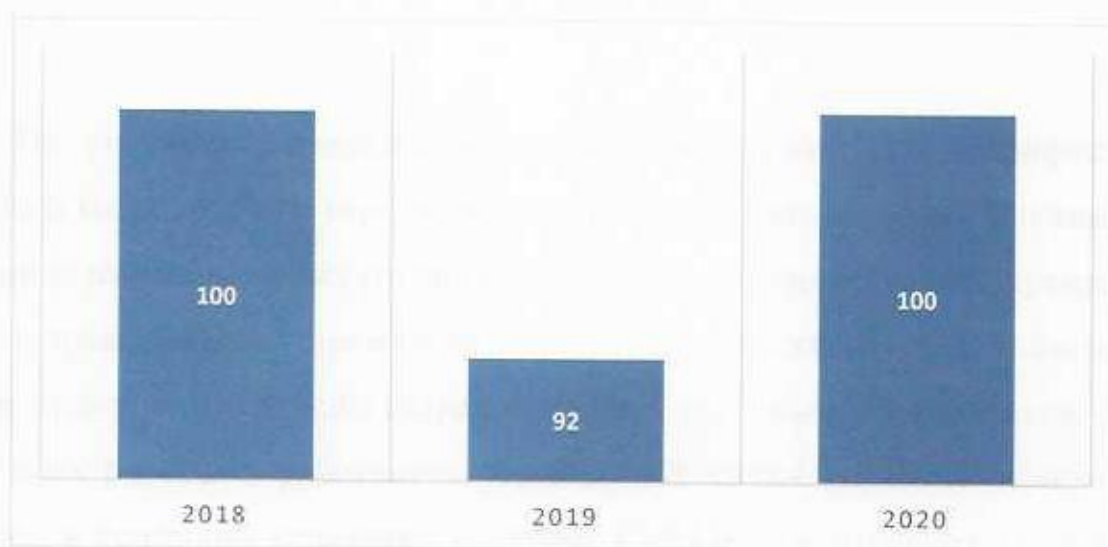


Рис.4. Сравнительный анализ укомплектованности СМП(%).

На рисунке 4 представлена общая укомплектованность средним медицинским персоналом и сертифицированность в 2020 году 100%.

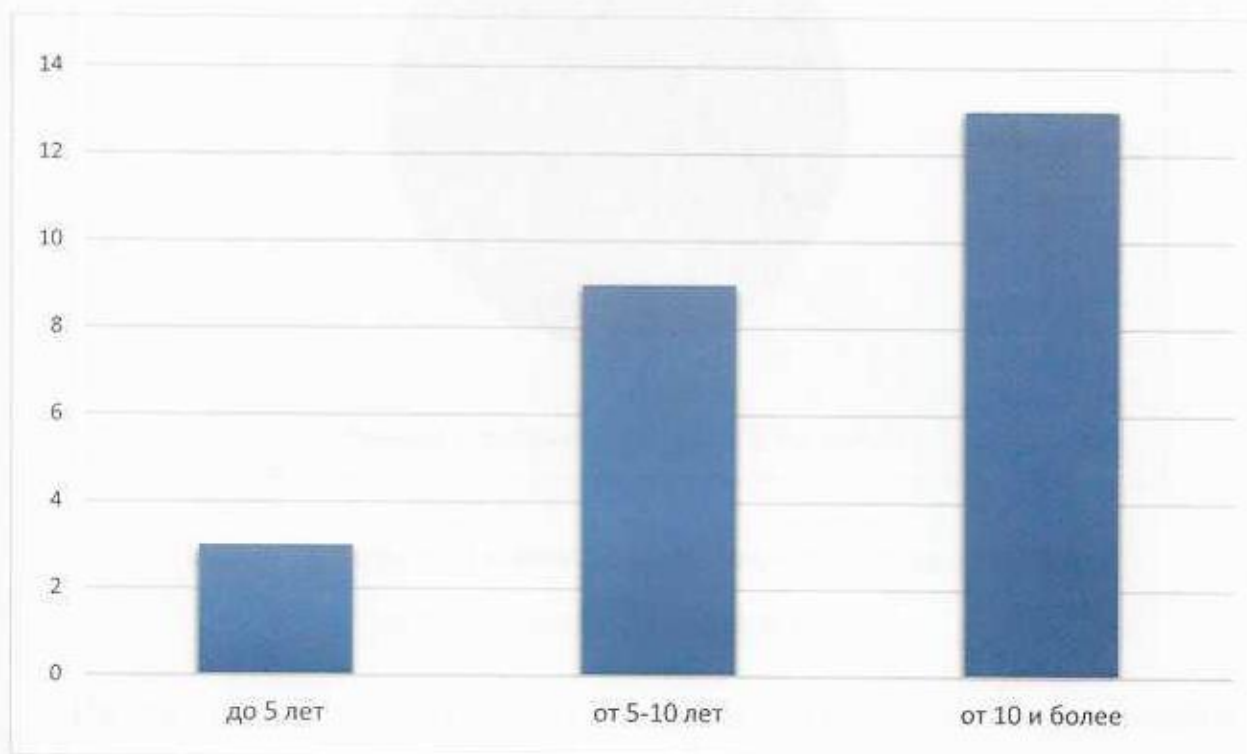


Рис.5. Структура и динамика изменений стажа работы среднего медицинского персонала.

На рисунке 5 представлен анализ стажа работы и квалификации среднего медицинского персонала в медицинской организации показывает, что самая многочисленная группа представлена медицинскими сёстрами, чей стаж в практическом здравоохранении от 10 и более лет (13 человек). С одной стороны, это можно охарактеризовать как опытный коллектив. До 5 лет стажа работы 3 работников, от 5-10 лет стажа работы 9 человек. В среднем в приёмном отделении работают СМП от 5 и более лет 13 человек, что составило 88%.

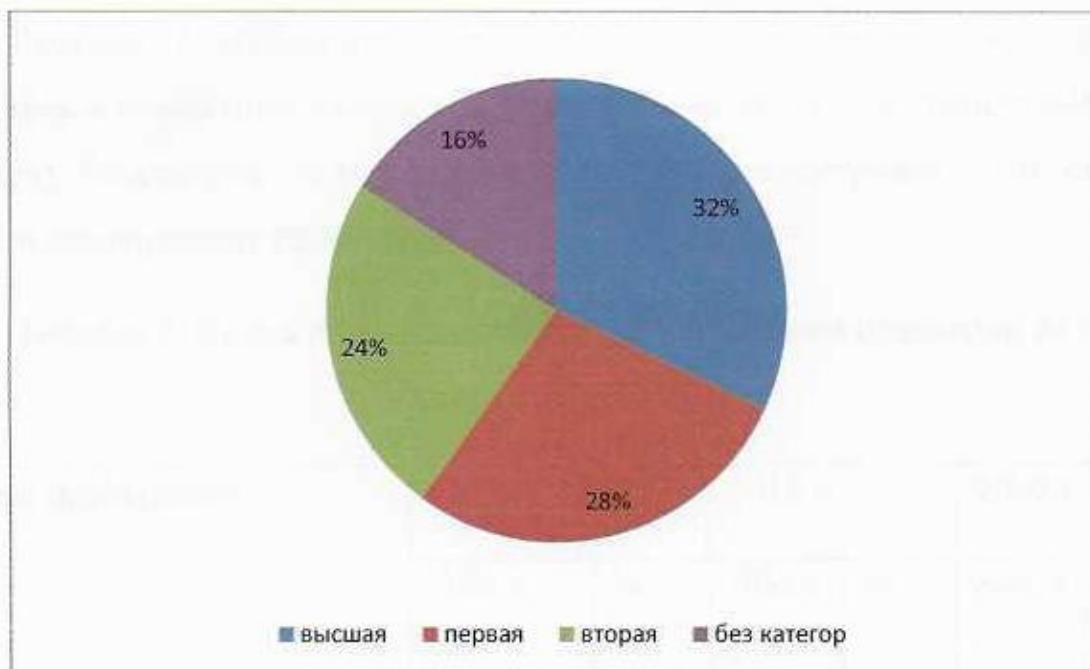


Рис.6. Показатели квалификационной категории среднего медицинского персонала(%).

На рисунке 6 представлена категоричность среднего медицинского персонала на 2020г. – из числа 25 медицинских сестёр 21(84 %), из них высшая – 8(35%), первая 7(22 %), вторая 6(24 %), без категории – 4(16%).

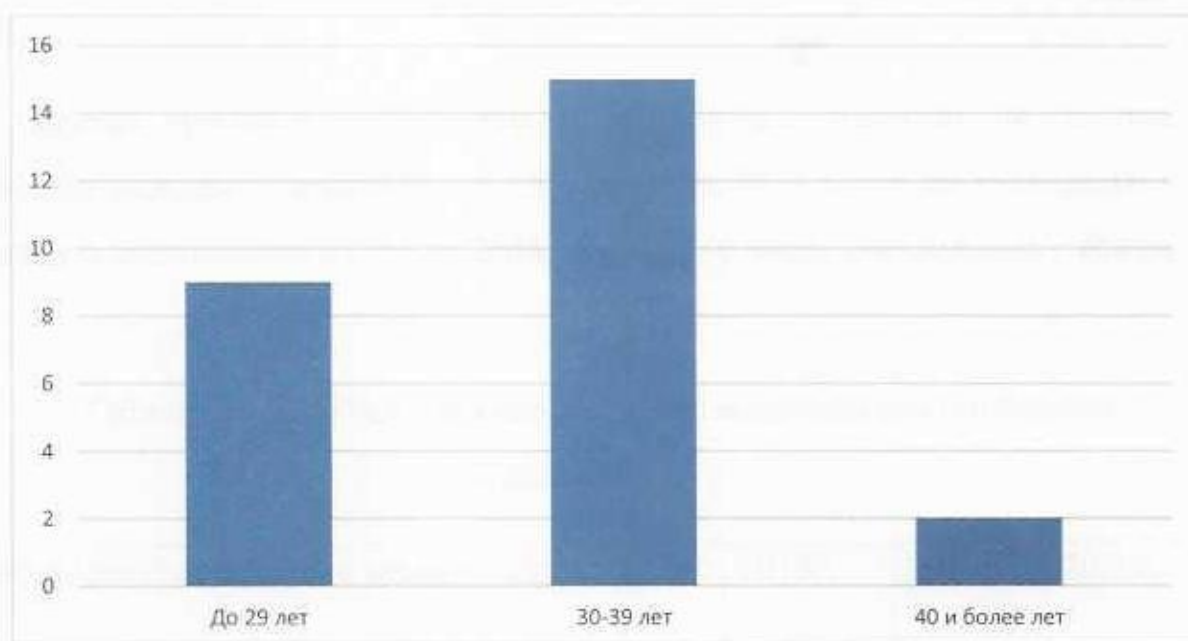


Рис.7. Возрастной состав среднего медицинского персонала ПДО ПДЦ(%)

Рисунок 7 показывает, что основной состав медицинских сестёр оказались в возрастных категориях от 30 и более лет, что составило 64% (16 человек), это свидетельствует о значительном опыте сестринского персонала приёмного отделения РБ№1-НЦМ.

Таблица 5. Время пребывания больных в приёмном отделении из числа всех обращений

Время пребывания	2018 г.		2019 г.		2020 г.	
	Абс.ч.	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%
До 1 часа	12013	65	13597	70	11509	71
До 2 часов	5362	29	5050	26	4214	26
От 3 до 6 часов	1108	6	778	4	487	3
Всего	18483	100	19425	100	16210	100

Время пребывания больного в приёмном отделении до 1 часа количество больных увеличилось с 65% до 71%. До 2 часов по сравнению с 2018 годом уменьшился с 29% до 26%, от 3-х до 6 часов уменьшился с 6% до 3%.

Таблица 6. Лечебно – диагностические манипуляции приёмного отделения

Лечебно-диагностические манипуляции	2018г.	2019г.	2020г.
Вскрытие флегмон, абсцессов	1076	997	465
Перевязки	11096	13012	9698

Первичная хирургическая обработка	481	586	455
Вправление вывихов	798	521	212
Гипсовые повязки	1096	924	858
Воротник Шанца	218	183	227
Удаление инородного тела	419	408	231
Промывание желудка	219	175	109
Прочие	7033	2851	1966
Всего	22436	19657	14221

По показателям за 2020 год лечебно – диагностические манипуляции приёмного отделения снизились по сравнению с 2018 годом.

Таким образом, можно сделать вывод, что для достижения оптимального сокращения пребывания больных до 1-2 часов, улучшения качества сестринской помощи и снижение загруженности среднего медицинского персонала, необходимо увеличение штатов, повышения уровня оплаты труда персонала, чёткая организация рабочих мест и рациональное использование рабочего времени

2.3 Анализ эмоционального выгорания медицинских сестёр приёмного отделения ГАУ РС (Я) Республиканская больница №1- НЦМ «Приемно - диагностическое отделение», как последствия психологического фактора профессионального риска

Одной из важнейших задач успешной работы медицинских работников является определение, выявление и устранение различных факторов риска для медицинского персонала в лечебно-профилактических организациях. Одним из профессиональных факторов, которые неблагоприятно действуют

на состояние здоровья персонала, являются психологические факторы риска[17].

Данный фактор играет особенно большую роль в работе медицинских работников. В работе медицинской сестры имеет важное значение - режим эмоциональной безопасности. Работа, связанная с уходом за пациентами, требует большого физиологического и эмоционального напряжения. Психологические факторы риска в работе медицинской сестры могут приводить к различным видам нарушения психоэмоционального состояния.

Психоэмоциональное напряжение у медицинской сестры связано с постоянным нарушением динамического стереотипа и систематическими нарушениями суточных биоритмов, связанных с работой в разные смены (день-ночь). Существуют и вредные факторы – контакт с дезинфицирующими средствами, химические вещества, излучение, длительное статичное положение, контакт с кровью (её попадание на одежду, лицо, руки), с пациентами – носителями HBs-антигена, туберкулёза. Психологически-травмирующие факторы: смерть пациента во время транспортировки, жалобы больных, больные в алкогольном и агрессивном состоянии – воздействуют на медицинских сестёр практически на протяжении всего рабочего времени. Работа медицинской сестры связана, также с человеческими страданиями, контингентом, постоянными криками и стонами пациентов, колоссальными нагрузками на нервную систему, высокой ответственностью за жизнь и благополучие других людей. Сами по себе эти факторы уже приводят к физическому и эмоциональному перенапряжению. Кроме того, к психологическим факторам риска относятся: частые ситуации, связанные с проблемами общения, также частая переключаемость с одной патологии на другую. Существует ещё ряд факторов, усиливающих перенапряжение: неудовлетворённость результатами труда (отсутствие условий для эффективного оказания помощи, высокая загруженность, материальной заинтересованности) и завышенные

требования к медицинской сестре, необходимость сочетания профессиональных и семейных обязанностей[16].

Для оценки выраженности эмоционального выгорания нами проведено исследование 10 медицинских сестёр приёмного отделения. При проведении данного исследования мы использовали стандартную психодиагностическую методику: методика диагностики эмоционального выгорания, который содержит 8 вопросов, И.В. Островской (приложение 1); опросник уязвимости к стрессу, который включал 20 вопросов. Авторы опросника Р. Перес Ловелле, Н.В. Кудрявая (приложение 2).

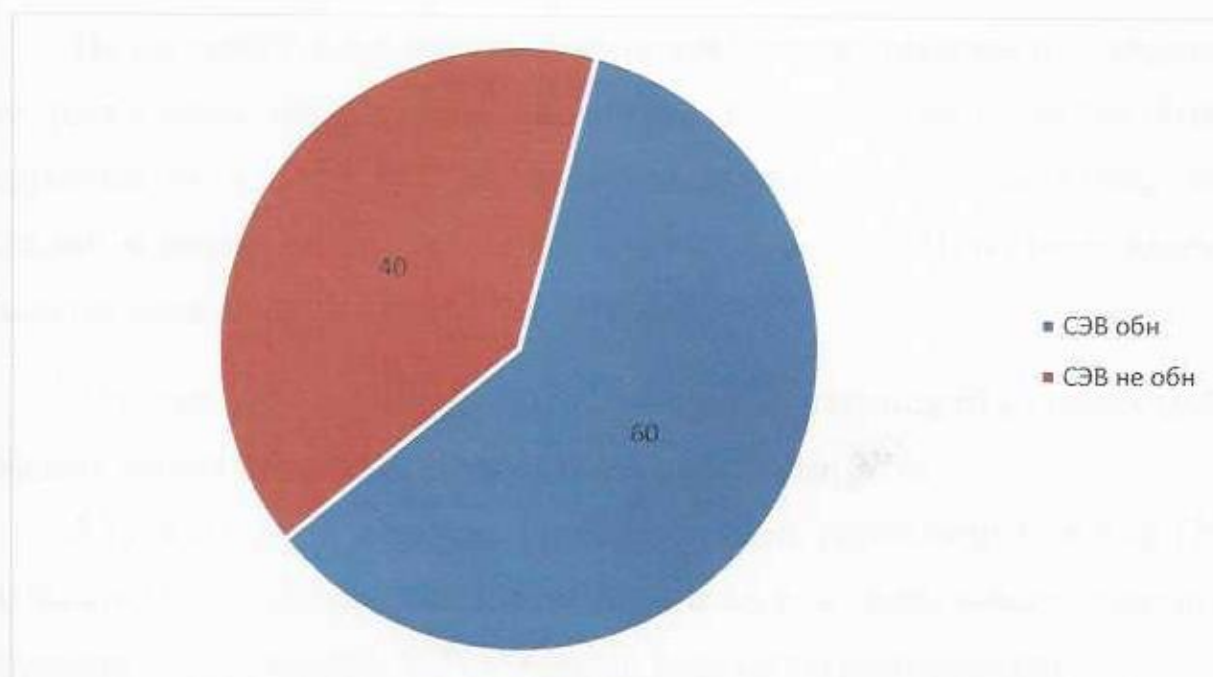


Рис.8. Показатели синдрома эмоционального выгорания медицинских сестёр приёмного отделения РБ№1- НЦМ ПДО ПДЦ (%)

Итак, на рисунке 8 представлены результаты исследования эмоционального выгорания медицинских сестёр приёмного отделения показывают, что признаки синдрома эмоционального выгорания определена у 6(60%) медицинских сестёр.

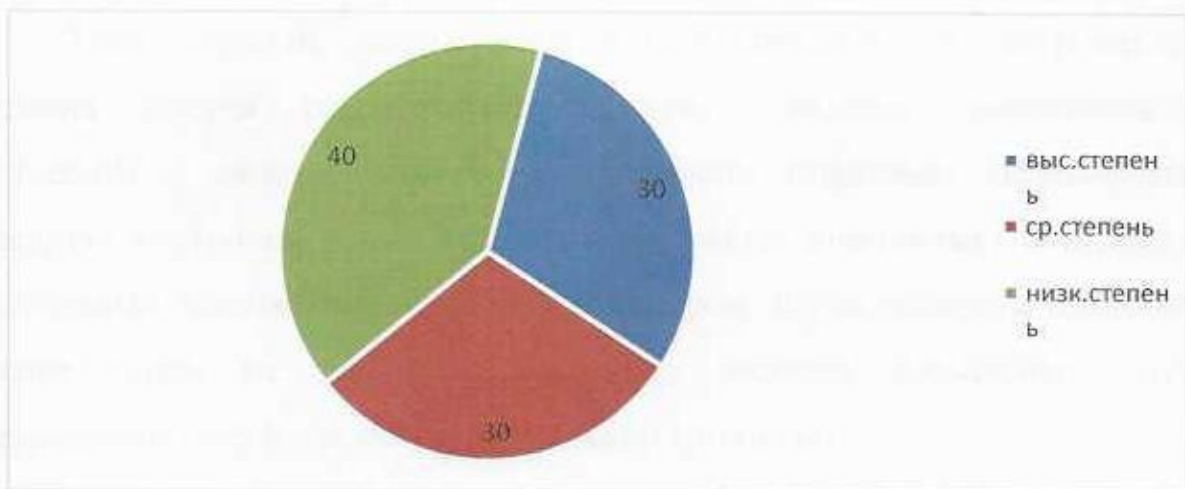


Рис.9. Показатели степени уязвимости к стрессу (%)

На рисунке 9 представлены показатели степени уязвимости к стрессу. По результатам исследования уязвимости к стрессу, респонденты были разделены на 3 группы. Суть данной методики заключается в том, что каждый отрицательный ответ оценивался в 5 баллов. Итак, респонденты были распределены по следующим группам:

1 группа – лица, имеющие высокую степень уязвимости к стрессу (5-20 баллов), вошли 3 медицинские сестры, что составило 30%;

2 группа – лица, имеющие среднюю степень уязвимости к стрессу (25-40 баллов), туда также вошли 3 медицинские сестры, принимавшие участие в опроснике, что составила 30% от общего количества респондентов;

3 группа – лица, имеющие низкую степень уязвимости к стрессу (45-60 баллов), в данной группе относились остальные респонденты – 4(40%).

Результаты исследования показывают, что признаки синдрома эмоционального выгорания определены у 6 (60%) медицинских сестёр. Для них же была характерна высокая и средняя степени уязвимости к стрессу (от 5-20 и 25-40 баллов), что составила 60% от общего количества респондентов. 4(40%) респондента имели низкую степень уязвимости к стрессу, набрали от 45 до 60 баллов.

Таким образом, данные исследования показали, что экстремальные условия работы способствуют развитию синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестёр приёмного отделения. Целесообразно внедрять психолога, в чью компетенцию входит диагностика и коррекция негативных комплексов, входящих в синдром эмоционального выгорания. Также одним из элементов коррекции является повышение статуса медицинских сестёр, за счёт материальной симуляции.

ВЫВОДЫ

Одной из приоритетных стратегических задач, проводимых в России реформ в социальной сфере, является обеспечение эффективности медицинской помощи, в том числе и сестринской.

Одним из важных структурных подразделений любого стационара, оказывающих большое влияние на все стороны его деятельности, является приёмное отделение. Функции приёмного отделения чрезвычайно рациональную, высокоэффективную работу всего стационарного в последние годы заметно возросла. Увеличение доли больных, направленных в стационары по экстренным показаниям, введение медицинского страхования с жёсткой системой контроля над медицинской обоснованностью госпитализации, заметное «утяжеление» контингента, направляемого на стационарное лечение, в определённой мере переориентирует функции приёмного отделения.

Приёмное отделение (приёмный покой) является одним из важнейших подразделений стационара. В его функции входит регистрация больного, установка предварительного диагноза, оказание первой медицинской помощи, санитарная обработка и транспортировка больного в палату.

Для медицинской сестры главным условием достижения общей цели в сложной, многопрофильной медицинской деятельности в оказании квалификационной помощи является необходимая профессиональная подготовка, соответствующая профессиональная компетентность: оказание помощи; просвещение и обучение; диагностика и наблюдение; эффективная работа в стремительно меняющейся обстановке; процедуры и режим; соблюдение и обеспечение безопасности лечебного процесса; организационные вопросы.

Медицинская сестра приёмного отделения должна быть внимательно и приветлива с больными и родственниками, учитывая состояние больного, переживания родственников. Прямыми обязанностями медицинской сестры

приёмного отделения являются приём больного: регистрация, санитарная обработка, транспортировка в соответствующее отделение, чёткое выполнение врачебных назначений, участие в проведении манипуляции (с врачом), чтобы её человеческие качества сочетались с высокими профессиональными навыками.

Штатный состав приёмного отделения составляет 55 штатных единиц: врачей - 6, медицинских сестёр - 25, сотрудников младшего медицинского персонала - 18 и 6 сотрудников прочего персонала.

Укомплектованность в 2019 году врачебными кадрами и ММП 100%, средним медицинским персоналом - 92%, это связано с увольнением 2 медицинских сестёр. В 2020 году укомплектованность составила 100 %.

Среди среднего медицинского персонала имеют квалификационную категорию 21 человек из 25(84 %): высшую 8 (32 %), первую 7 человек (28 %), вторую 6 (24 %) и не имеют категории 4 человек (16 %).

В 2020 году обращаемость по сравнению с 2018 годом снизилась на 2273, из-за коронавируса режим самоизоляции ограничивал плановую госпитализацию пациентов, принимали только в экстренных случаях.

Структура экстренных обращений по отделениям показывает, что больше всего доставляются в нейрохирургическое отделение, и в 2020 году экстренная обращаемость по сравнению с 2019 годом снизилось на 2088 обращений.

По экстренным медицинским показаниям уровень госпитализации за 2020 год по сравнению с 2018 г. увеличился на 1 % и составил 41% от всех обратившихся. В отказе от госпитализации более 59 %. Это помощь оказана и отправлены на дальнейшее амбулаторное лечение по месту жительства.

По показателям заболеваемости за анализируемый период в приемное отделение обращались наибольшее количество больных с травмами - 41.3 %, затем с болезнями органов пищеварения - 18.2 % и на третьем месте болезни ЛОР органов - 12.3

За отчетный период наибольшее количество доставок по направлениям приходится на ССМП – 48 % в 2018г., пациенты обратившиеся самостоятельно растут с каждым годом от 30 % (в 2018г.) до 41 % в 2020г.

Основной контингент пациентов больницы составляют жители г. Якутска, доставленные ССМП и по направлению республиканских ЛПУ и ЛПУ г. Якутска.

В системе здравоохранения средний медицинский персонал – это наиболее значительная часть медицинских трудовых ресурсов. Сегодня одним из негативных влияний на работу медицинских коллективов является недостаточный престиж профессии медицинской сестры, относительно низкая заработная плата, сложные условия труда. Это приводит к текучести кадров и соответственно затрудняет процесс управления.

Штатный состав среднего медицинского персонала приемного отделения составляет 25 штатных единиц.

Общая укомплектованность средним медицинским персоналом и сертифицированность в 2020 году – 100%.

Анализ стажа работы и квалификации среднего медицинского персонала в медицинской организации показывает, что самая многочисленная группа представлена медицинскими сестрами, чей стаж в практическом здравоохранении от 10 и более лет (13 человек). С одной стороны, это можно охарактеризовать как опытный коллектив. До 5 лет стажа работы 3 работников, от 5-10 лет стажа работы 9 человек. В среднем в приёмном отделении работают СМП от 5 и более лет 13 человек, что составило 88%.

Категории среднего медицинского персонала на 2020г. – из числа 25 медицинских сестёр 21(84 %), из них высшая – 8(35%), первая 7(22 %), вторая 6(24 %), без категории – 4(16%).

Возрастной состав среднего медицинского персонала показал, что основной состав медицинских сестер оказались в возрастных категориях от 30 и более лет, что составило 64% (16 человек), это свидетельствует о

значительном опыте сестринского персонала приёмного отделения РБ№1-НЦМ.

Время пребывания больного в приёмном отделении до 1 часа количество больных увеличилось с 65% до 71%. До 2 часов по сравнению с 2018 годом уменьшился с 29% до 26%, от 3-х до 6 часов уменьшился с 6% до 3%.

По показателям за 2020 год лечебно – диагностические манипуляции приёмного отделения снизились по сравнению с 2018 годом.

Для достижения оптимального сокращения пребывания больных до 1-2 часов, улучшения качества сестринской помощи и снижение загруженности среднего медицинского персонала, необходимо увеличение штатов, повышения уровня оплаты труда персонала, чёткая организация рабочих мест и рациональное использование рабочего времени

Результаты исследования показали, что признаки синдрома эмоционального выгорания определены у (60%) медицинских сестёр, для них же была характерна высокая и средняя степень уязвимости к стрессу (5-20 и 25-40 баллов), что составило 60 % от общего количества респондентов, (40%) респондента имея низкую степень уязвимости к стрессу, набрали от 45 до 60 баллов.

Таким образом, анализ эмоционального выгорания приёмного отделения выявлен и показал, что экстремальные условия работы способствуют развитию синдрома эмоционального выгорания медицинских сестёр, как последствия психологического фактора профессионального риска.

Практические рекомендации

По результатам проведённого исследования выделены следующие рекомендации по деятельности медицинской сестры приёмного отделения РБ№2 ЦЭМП;

1. Увеличение штатов.

2. Целесообразно внедрять психолога, в чью компетенцию входит диагностика в коррекции негативных комплексов, входящих в синдром эмоционального выгорания.

Список использованной литературы:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению"
3. Проект Приказа Министерства здравоохранения РФ "Об утверждении форм статистического учета № 058/у "Экстренное извещение об инфекционном, паразитарном и другом заболевании, профессиональном отравлении, неблагоприятной реакции, связанной с иммунизацией, воздействии живых механических сил", № 058-1/у "Журнал регистрации выдачи экстренных извещений об инфекционном, паразитарном и другом заболевании, профессиональном отравлении, неблагоприятной реакции, связанной с иммунизацией, воздействии живых механических сил" и порядков их заполнения" от 25.05.2017.
4. Бородская Н.О. организация работы руководителя сестринских служб по управлению карьерой сестринского персонала // Главная медицинская сестра. – 2017. – №4.
5. Вебер, В. Р. Основы сестринского дела / В.Р. Вебер, Г.И. Чуваков, В.А. Лапотников. - Москва: Высшая школа, 2020. - 496 с
6. Двойников С.И. Управление развитием сестринского персонала: учебное пособие. - М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2017 -119 с.
7. Дмитриева, З. В. Теоретические основы сестринского дела в хирургии / З.В. Дмитриева, А.И. Теплова. - М.: СпецЛит, 2018. - 328 с.
8. Камынина, Н. Н. Теория сестринского дела. Учебник / Н.Н. Камынина, И.В. Островская, А.В. Пьяных. - М.: ИНФРА-М, 2016. - 224 с.

9. Карманный справочник медицинской сестры / Т.П. Обуховец и др. - М.: Феникс, 2017. - 672 с.
10. Касимовская, Н. А. Организация сестринской службы. Учебник / Н.А. Касимовская, В.Е. Ефремова. - М.: Медицинское информационное агентство, 2019. - 440 с.
11. Качаровская, Е.В. Сестринское дело в педиатрии /Е.В. Качаровская. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2018.- 128 с.
12. Козлова, Л. В. Основы реабилитации для медицинских колледжей / Л.В. Козлова, С.А. Козлов, Л.А. Семенов. - М.: Феникс, 2017. - 480 с.
13. Лычев, В. Г. Сестринское дело в терапии. С курсом первичной медицинской помощи / В.Г. Лычев, В.К. Карманов. - М.: Форум, 2016. - 544 с.
14. Лычев, В.Г. Руководство по проведению практических занятий по предмету «Сестринское дело в терапии» / В.Г. Лычев, В.К. Карманов. - Москва: Высшая школа, 2017. - 744 с.
15. Матвейчик Т.В., Иванова В.И. Организация сестринского дела. Минск:Высшая школа, 2016.- 302 с.
16. Мухина, С. А. Практическое руководство к предмету "Основы сестринского дела" : учеб. пос. / Мухина С. А. , Тарновская И. И. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 512 с.
17. Обуховец, Т. П. Основы сестринского дела / Т.П. Обуховец, О.В. Чернова. - М.: Феникс, 2018. - 768 с.
18. Современная организация сестринского дела (+ CD-ROM). - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 576 с.
19. Соколова, Н. Г. Сестринское дело в педиатрии. Практикум / Н.Г. Соколова, В.Д. Тульчинская. - М.: Феникс, 2017. - 384 с.
20. Тульчинская, В. Д. Сестринский уход в педиатрии. Учебное пособие / В.Д. Тульчинская. - Москва: Машиностроение, 2017. - 357 с.

21. Чиж, А.Г. Манипуляции в сестринском деле / А.Г. Чиж. - М.: Феникс, 2016. - 351 с
22. Яромич, И. В. Сестринское дело / И.В. Яромич. - М.: Оникс, 2017. - 464 с.

МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

по автору Островской И.В.

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?

Благодарим за участие!

ОПРОСНИК УЯЗВИМОСТИ К СТРЕССУ

Авторы: Р.Перес.Ловелле, И.В. Кудрявая

- 1.Я сплю спокойно и просыпаюсь отдохнувшим;
- 2.Есть люди, к которым я испытываю чувство 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 или философские убеждения позволяют мне 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 организовать 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;
- 20.У меня хорошее настроение.

Благодарим за участие!