

Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С.

## Изучение организации и качества сестринской помощи в городских поликлиниках

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, г. Махачкала

Gadzhiev R.S., Agalarova L.S.

### The study of the organization and quality of nursing care in urban polyclinics

#### Резюме

В целях разработки рекомендаций по повышению качества и эффективности труда медицинских сестер проводилось исследование на базе городских поликлиник г. Махачкалы Республики Дагестан. Изучены организация труда 32 медсестер, мнение 356 человек населения по вопросам качества сестринской помощи. Установлено, что выполнению основной деятельности медсестры уделяют в среднем 57,4% рабочего времени. Значительны затраты на оформление медицинской документации – 31,8%. Некачественное выполнение медицинских манипуляций установлено в более трети случаев, неполноценный патронаж – в 50,4% случаев, недостаточное соблюдение санитарно-противоэпидемического режима – в 25,6%, некачественное ведение медицинской документации – в более половины случаев. На основе материалов исследования разработаны методические рекомендации по повышению качества и эффективности труда медицинских сестер городских поликлиник.

**Ключевые слова:** медицинская сестра, сестринская помощь, эффективность труда, хронометраж, сестринские технологии

#### Summary

In order to develop recommendations to improve the quality and efficiency of nurses work, a study was conducted on the basis of city polyclinics of the Republic of Dagestan Makhachkala. We studied the organization of work of 32 nurses, the opinion of 356 people on the quality of nursing care. It is established that on average 57,4% of working time is spent on performance of the main activity of the nurse. Significant costs of registration of medical documentation to 31.8%. Poor-quality performance of medical manipulations is established in more than a third of cases, defective patronage-in 50.4% of cases, insufficient compliance with sanitary and anti-epidemic regime – in 25.6%; poor – quality maintenance of medical documentation-in more than half of cases. On the basis of materials of research methodical recommendations on improvement of quality and efficiency of work of nurses of city policlinics are developed.

**Key words:** nurse, nursing care, labor efficiency, timing, nursing technology

#### Введение

В условиях реформы здравоохранения возрастает роль сестринского персонала как самой многочисленной категории работников здравоохранения в деле обеспечения доступной и квалифицированной медицинской и медико-социальной помощи населению Российской Федерации, усиления профилактической направленности [1, 3, 6].

Эффективность работы медицинских организаций во многом зависит от профессиональных и личностных качеств руководителей сестринских служб - главных и старших медицинских сестер. Новые технологии в здра-

вохранении, методы диагностики и лечения, возросшие требования к качеству сестринского ухода - все это требует совершенствования сестринского образования, компетентности и квалификации медицинских сестер [4, 5].

В сестринском деле в последние годы произошли большие перемены: изменяются отношение общества к сестринской практике система профессионального сестринского образования; внедряются современные сестринские технологии и научные методы организации сестринской практики; создаются условия для оказания эффективной и качественной сестринской помощи [2, 7, 8].

Таблица 1. Структура затрат рабочего времени медсестер терапевтического и хирургического профилей по элементам труда в сложившихся условиях и в эксперименте (в % к итогу)

Элементы труда	Медсестры терапевтического профиля			Медсестры хирургического профиля		
	в сложившихся условиях	в эксперименте	P	в сложившихся условиях	в эксперименте	P
Подготовительная работа	5,4	4,1	0,069	6,6	4,7	0,013
Письменная работа, связанная с приемом больных	14,1	11,9	0,11	10,9	8,7	0,01
Работа с медицинской документацией в отсутствие больных	22,3	17,9	0,033	16,3	13,2	0,016
Медицинские манипуляции	6,9	14,9	0,006	17,5	24,2	0,0015
Профилактическая работа	7,7	12,8	0,07	10,5	15,3	0,01
Повышение личной квалификации	4,6	8,7	0,005	3,9	7,8	0,002
Прочие затраты времени	26,1	20,8	0,25	24,2	18,5	0,029
Перерывы в работе	12,9	8,9	0,006	10,1	7,6	0,22

Сегодня медицинским сестрам, фельдшерам, акушеркам независимо от уровня образования, необходимы современные знания теории сестринского дела, сестринской психологии, требований санитарно-противоэпидемического режима лечебно-профилактических учреждений, а также умение выполнять сестринские манипуляции в точном соответствии с требованиями технологии сестринского процесса.

**Целью** исследования явилась разработка и внедрение системы мероприятий, направленных на повышение качества и эффективности труда медицинских сестер городских поликлиник.

## Материал и методы

Исследование проводилось в 2016-2017 гг. на базе 4-х городских поликлиник (№2, 4, 6, 9) г. Махачкалы Республики Дагестан.

В соответствии с целью и задачами в исследовании использовались статистический, экспертный, социологический, хронометражный и экспериментальный методы. Для сбора материала были разработаны «Хронокарта затрат рабочего времени медицинской сестры поликлиники», «Анкета изучения мнения населения об организации и качестве сестринской помощи».

С целью определения нерациональных затрат труда медицинских сестер и изучения качества сестринской помощи был использован метод экспертной оценки. Для экспертизы качества сестринской помощи привлекались заведующие отделениями, врачи-эксперты и главные медицинские сестры, имеющие достаточный организационный и лечебный опыт работы (не менее 10 лет). Проведена экспертиза всех видов деятельности медицин-

ских сестер, включая затраты рабочего времени, качество сестринской помощи, своевременность и полноценность выполнения отдельных элементов труда.

Изучена организация труда 32 медицинских сестер, из них: терапевтического профиля – 18, хирургического профиля – 14. Всего хронометрировано 1956 часов работы медицинских сестер (302 рабочих дня), из них: у медицинских сестер терапевтического профиля – 1041 часов (187 рабочих дня) и хирургического профиля – 915 часов (115 рабочих дней).

Проведена экспертная оценка качества работы медицинских сестер терапевтического и хирургического профилей: 410 случаев сестринской помощи в сложившихся условиях и 336 случаев – в условиях эксперимента. Изучено мнение 245 медицинских сестер и 356 населения по вопросам качества оказания сестринской помощи в условиях городских поликлиник.

При обработке и оценке достоверности результатов исследования были широко использованы методы математической статистики: вычисление и оценка средних величин; критерий Стьюдента (t); проведена оценка достоверности результатов исследования через ошибку репрезентативности относительного показателя. Статистическая обработка полученных материалов проведена с помощью пакета прикладных программ Statistica 6,0 и MS Excel, 2003.

## Результаты и обсуждение

Изучение содержания, объема и организации труда медицинских сестер показало (табл. 1), что выполнению основной деятельности медсестры терапевтического профиля уделяют 55,6±1,5% рабочего времени, а хирур-

гического – 59,1±0,8%. Значительные затраты приходятся на работы с медицинской документацией – соответственно 36,4±1,7% и 27,2±0,6%, что сокращает время, отводимое на непосредственное общение с больными и отрицательно сказывается на качестве оказываемой населению сестринской помощи. Медицинские манипуляции в структуре затрат рабочего времени у медицинских сестер терапевтического профиля составили 6,9±0,5%, а хирургического – 17,5±0,3%.

В структуре затрат мало времени уделяется профилактической работе (от 7,7±1,9% до 10,5±0,6%), в том числе на санитарно-просветительную работу – от 3,6±0,6% до 4,9±0,9% времени. Треть рабочего времени медицинских сестер (33,2%) расходуется на проведение профилактических прививок, участие в проведении профилактических осмотров населения занимает 15,2±4,3% рабочего времени, диспансеризации – 16,9±0,8%. На повышение личной квалификации терапевтические медицинские сестры затрачивают 4,6±0,4% рабочего времени, а хирургические – 3,9±0,2%.

Большой удельный вес в структуре рабочего времени медицинских сестер занимают прочие виды работ (от 24,2% до 26,1%), которые включают: служебные разговоры, выполнение общественной работы в рабочее время, участие в собраниях, конференциях вне поликлиники, переходы (переезды) и др. Нерациональные затраты в среднем составили 26,2% рабочего времени медицинских сестер. При обслуживании больных на дому медицинские сестры также недостаточно времени уделяют основным видам деятельности (профилактической работе, выполнению медицинских манипуляций и др.).

В условиях эксперимента внедрены методические рекомендации по совершенствованию организации и повышению эффективности труда медицинских сестер: методика анализа качества сестринской помощи в поликлинике с применением экспертной оценки; рациональное распределение рабочего времени; материальное стимулирование за объем и качество работы; рациональная организация рабочего места медицинской сестры; формы и методы непрерывного повышения квалификации; стандарты медицинских технологий сестринской помощи и др.

В условиях эксперимента (табл.1) у медицинских сестер терапевтического профиля удельный вес затрат на выполнение основной работы повысился с 55,6±1,6% до 66,2±0,3%, особенно на такие виды деятельности, как проведение профилактической, санитарно-просветительной работы, выполнение медицинских манипуляций. Затраты времени на эти виды деятельности у медицинских сестер хирургического профиля увеличились с 59,1±0,8% до 69,2±0,5% от общего бюджета рабочего времени.

В условиях эксперимента доля профилактической работы у медицинских сестер терапевтического профиля увеличилась с 7,7±1,9% до 12,8±0,7%, а у хирургического профиля – с 10,5±0,6% до 15,3±0,4%. Увеличились затраты на проведение санитарно-просветительной работы, соответственно – с 4,9±0,9% до 8,1±0,4% и с 3,6±0,6% до 7,8±0,3%. В условиях эксперимента возросли затраты времени на выполнение медицинских манипуляций. У медицинских сестер терапевтического профиля они составили 14,9±0,7% против 6,9±0,5%, а хирургического – 24,2±0,8% против 17,5±0,3%.

Благодаря широкому использованию штампов-клише, унифицированных бланков на различные исследования и консультации специалистов, заполнение справок и др. затраты времени у терапевтических медицинских сестер на введение медицинской документации уменьшились с 36,4±1,7% до 29,8±1,3%, а у хирургических – с 27,2±0,6% до 21,9±0,5%.

Сократились перерывы в работе у медицинских сестер терапевтического профиля с 12,9±0,2% до 8,9±0,4% и хирургического – с 10,1±1,9% до

7,6±0,1% за счет рационального планирования профилактической и санитарно-противоэпидемической работы.

С целью выявления особенностей работы семейных медицинских сестер, изучены организация труда и структура затрат рабочего времени участковых терапевтических медицинских сестер и медицинских сестер общеврачебной практики (табл. 2).

Анализ материалов исследования показал, что на выполнение медицинских манипуляций медицинские сестры общеврачебной практики затрачивают в два раза

**Таблица 2. Структура затрат рабочего времени участковых терапевтических медсестер и медсестер общеврачебной практики (в % к итогу)**

Элементы труда	Участковые терапевтические медсестры	Медсестры общеврачебной практики	P
Подготовительная работа	4,9	3,4	0,001
Письменная работа, связанная с приемом больных	13,7	9,9	0,00
Работа с медицинской документацией в отсутствие больных	21,2	14,7	0,00
Медицинские манипуляции	6,7	13,5	0,00
Профилактическая работа	6,9	19,1	0,00
Повышение личной квалификации	4,9	13,0	0,0001
Прочие затраты времени	27,8	19,8	0,0002
Перерывы в работе	13,9	6,6	0,00

Таблица 3. Качество работы медицинских сестер терапевтического и хирургического профилей в сложившихся условиях и в эксперименте по материалам экспертных оценок (в %)

Элементы труда	Терапевтические медсестры		P	Хирургические медсестры		P	
	в сложившихся условиях	в эксперименте		в сложившихся условиях	в эксперименте		
Выполнение врачебных назначений:	своевременно	67,3	0,027	64,2	0,048		
	несвоевременно	32,7		72,1			
	качественно	63,4	27,9	35,8			
	некачественно	36,6	70,3	29,7		62,1	23,6
Выполнение стандартов (технологий) сестринской помощи:	в полном объеме	35,7	0,012	44,3	0,05		
	в неполном объеме	33,1		58,9			
	частично	31,2		22,5		18,6	28,5
Качество медико-социального патронажа:	регулярно	50,7	0,01	48,4	0,03		
	нерегулярно	49,3		67,8			
	качественно	54,1	32,2	51,6		63,2	36,8
	некачественно	45,9	69,5	30,5		55,3	68,4
Участие в диспансеризации:	полноценно	51,5	0,0002	50,1	0,0003		
	неполноценно	48,5		77,1		22,9	49,9
Качество санитарно-просветительной работы:	качественно	57,1	0,0001	58,4	0,001		
	некачественно	42,9		69,9		30,1	41,6
Качество санитарно-противоэпидемической работы:	качественно	64,4	0,06	67,9	0,08		
	некачественно	35,6		75,8		24,2	32,1
Удовлетворенность населения качеством сестринской помощи:	удовлетворено	64,8	0,11	61,3	0,09		
	не удовлетворено	35,2		76,1		23,9	38,7

больше времени, чем участковые терапевтические медицинские сестры (13,5% против 6,8%).

Нами также изучены факторы, влияющие на качество сестринской помощи. По мнению экспертов, при ранговой оценке факторов по степени значимости их влияния на качество сестринской помощи в поликлиниках на первом месте стоит квалификация медицинских сестер (87,1 на 100 опрошенных), на втором – материальное стимулирование труда (76,2), на третьем – техническая оснащенность (67,3), на четвертом – уровень внедрения новых медицинских технологий (стандартов) (62,4), на пятом – организация труда (52,7), на шестом – система контроля качества сестринской помощи (47,1), на седьмом – личностные и профессиональные качества медицинских сестер (35,3 на 100 опрошенных). Полученные результаты послужили основанием для разработки рекомендаций по совершенствованию организации труда и рациональному распределению рабочего времени меди-

цинских сестер городских поликлиник.

Экспертная оценка качества труда медицинских сестер (табл. 3) показала, что врачебные назначения в среднем в 37,3±0,8% случаев выполнялись некачественно, а в 34,2±1,2% – несвоевременно. При этом 60,2±0,7% стандартов (технологий) сестринской помощи выполнялись в полном объеме. По данным анкетирования уровень культуры обслуживания пациентов в 35,9±2,2% случаев низкий, в 44,2±0,9% – средний и лишь в 19,9±1,1% случаев – высокий.

Экспертная оценка показала, что в 50,4±1,2% случаев участковые медсестры медико-социальный патронаж проводят нерегулярно, при этом полноценное участие в диспансеризации принимает лишь половина (50,8±1,4%) медицинских сестер. В 21,2% случаев контроль явки диспансерных больных проводился нерегулярно, а в трети случаев (33,2%) вновь выявленные больные несвоевременно взяты на диспансерный учет.

Таблица 4. Удовлетворенность населения качеством сестринской помощи ( на 100 опрошенных)

Элементы организации труда	Полностью удовлетворен	Не совсем удовлетворен	Не удовлетворен
Внешний вид медицинских сестер	26,1	31,8	42,1
Знание психологии общения с пациентами	27,8	27,9	44,3
Профессиональная подготовка	25,3	31,8	42,9
Выполнение врачебных назначений	30,4	32,2	37,4
Выполнение санитарно-просветительной работы	31,6	13,6	54,8
Личностные характеристики медсестер	22,2	18,5	59,1
Условия труда	33,1	30,7	36,2
Оснащение рабочего места	39,9	32,5	27,6
Уровень культуры обслуживания	36,1	24,4	39,5
Качество сестринской помощи	28,4	36,4	35,2

По материалам экспертизы, в среднем в  $32,5 \pm 1,2\%$  случаев профилактическая работа медицинскими сестрами выполнялась некачественно, в 17,6% случаев профилактические прививки проводятся несвоевременно. Установлено, что в 21,3% случаев медицинские сестры не имели плана проведения профилактической работы. В  $25,6 \pm 1,2\%$  случаев имеет место нарушение санитарно-противоэпидемического режима.

Экспертная оценка показала, что 27,6% медицинских сестер нерегулярно занимается санитарно-просветительной работой. В  $57,8 \pm 1,4\%$  случаев медсестры санитарно-просветительную работу среди населения проводят качественно, однако, более трети медсестер (37,8%) ограничивается выпуском санбюллетеней из-за отсутствия материального стимулирования за объем и качество этой работы.

Результаты экспертной оценки показали, что почти в 2/3 случаев рабочие места медицинских сестер организованы нерационально. Лишь у 33,2% медицинских сестер рабочие места обеспечены стандартными бланками, вкладышами, канцелярскими принадлежностями, средствами оргтехники в полном объеме, а у 18,3% – недостаточно. У 28,7% медицинских сестер на рабочих местах отсутствуют инструктивно-методические материалы по вопросам организации их труда, а 19,8% обеспечены ими лишь частично.

Известно, что на качество работы медицинских сестер значительное влияние оказывает уровень квалификации. Сертификат специалиста имеют 96,4% медицинских сестер, более трети (35,6%) – нерегулярно проходят повышение квалификации. Лишь 9,5% медицинских сестер имеют высшую квалификационную категорию, 21,2% – первую и 29,3% – вторую.

После внедрения разработанных нами рекомендаций повторно изучено качество труда медицинских сестер городских поликлиник методом экспертной оценки. В условиях эксперимента улучшилось качество выполнения врачебных назначений с 63,4% до 70,3% у медсестер терапевтического профиля и с 62,1% до 71,8% – хирургического. Доля больных, получивших, по мнению экспертов, полноценный уход составила 73,8% против 48,5% в сложившихся условиях. Выполнение стандартов (техно-

логий) сестринской помощи в полном объеме возросло у терапевтических медсестер с 35,7% до 58,9%, а у хирургических медсестер – с 44,1% до 61,5%.

Улучшились регулярность и качество проведения патронажа в среднем на треть, качество выполнения диспансерной работы в 1,5 раза. Объем санитарно-просветительной работы увеличился на 15%. Показатель удовлетворенности населения качеством оказанной сестринской помощи в условиях эксперимента возрос с 63,6% до 76,1%.

Изучение мнения населения (табл.4) показало, что личностными характеристиками медсестер не удовлетворены 59,1% опрошенных; санитарно-просветительной работой – 54,8%; психологией общения с пациентами – 44,3%; внешним видом медсестер – 42,1%; уровнем культуры обслуживания – 39,5%; выполнением врачебных назначений – 37,4%; качеством сестринской помощи – 35,2% респондентов.

Изучение мнения медицинских сестер по вопросам организации и качества труда среднего медперсонала показало, что в сложившихся условиях не удовлетворено системой морального стимулирования – 64,4% опрошенных; оснащением рабочего места – 58,2%; системой повышения квалификации – 53,1%; информационным обеспечением – 48,7%; организацией рабочего места – 40,2%; условиями труда – 35,6%; системой материального стимулирования – 25,6%; отношениями с администрацией – 23,6% респондентов.

## Выводы

1. В сложившихся условиях выполнению основных обязанностей медицинские сестры уделяют в среднем 57,4% рабочего времени. Недостаточно времени затрачивается на профилактическую работу (9,1%) и повышение личной квалификации (4,3%). Велики затраты на работу с медицинской документацией (31,8%) и прочие виды деятельности (25,1%).

2. Экспертная оценка качества работы медицинских сестер терапевтического и хирургического профилей показала, что некачественное выполнение медицинских манипуляций установлено в более трети случаев; неполноценный патронаж – в 50,4% случаев; недоста-

точное соблюдение санитарно-противоэпидемического режима – в 25,6%; неполноценное проведение санитарно-просветительной работы – в 37,8%; некачественное ведение медицинской документации – в более половины случаев.

3. Экспериментальная оценка разработанных рекомендаций и предложений по повышению качества сестринской помощи подтвердила эффективность их внедрения в практику: увеличились затраты рабочего времени на выполнение основной деятельности у медицинских сестер терапевтического профиля на 11%, а хирургического профиля – на 14%. В два раза (с 26,2 до 12,1%) сократились нерациональные затраты времени. Возросла доля профилактической работы в среднем в 1,5

раза; своевременность выполнения врачебных назначений – на 8%, качество выполнения медицинских манипуляций возросло с 62,7 до 70,3%. ■

*Гаджиев Рашид Сейфиевич – доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Даггосмедуниверситета. Агаларова Луиза Саидахмедовна – доктор мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Даггосмедуниверситета. Автор, ответственный за переписку - Агаларова Луиза Саидахмедовна, 367003 Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ушакова, д. 9, кв. 10. Телефон – 8 – 960 - 409 - 45 - 97 e-mail: luiza\_agalarova@mail.ru*

---

### Литература:

1. Гаджиев Р.С. Основы сестринского дела. Учебник. – М.: Медицина, 2008. – 432 с.
2. Грошева Р.Л. Опыт анализа затрат рабочего времени медсестер. //Медицинская сестра. – М., 2004. – № 3. – С. 9 - 10.
3. Зотов Ю.И., Куценко Г.И. Организация труда медицинского персонала городской поликлиники. – М.: Медицина, 1988. – 288 с.
4. Косарева Н.Н. Управление сестринским персоналом и качество медицинской помощи // Медицинская сестра. – М., 2004. – № 3. – С. 5-6.
5. Обуховец Т.П., Склерова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского дела. Ростов-на-дону: Феникс, 2003. – 504 с.
6. Перфильева Г.М. Нужны ли медсестры с высшим сестринским образованием практическому здравоохранению. //Сестринское дело. – М.: – 1998. – № 2. – С. 8 - 9.
7. Тарновская И.И. Качество сестринской помощи. // Сестринское дело. – 2002. – № 7. – С. 17 - 21.
8. Токарева Е.Н. Система управления сестринским персоналом в муниципальном учреждении здравоохранения. //Главная медсестра. – 2003. – № 2. – С. 87 - 93.