

Министерство здравоохранения Российской Федерации
государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ имени И.М.СЕЧЕНОВА
Факультет высшего сестринского образования и психолого-социальной работы
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко МПФ

Выпускная квалификационная работа (бакалаврская работа) на тему:

**«РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПО ФИЗИОТЕРАПИИ В
ОПТИМИЗАЦИИ НАГРУЗКИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ»**

Направление подготовки 34.03.01 Сестринское дело

«Допущена к защите»
Протокол № _____ от _____

Исполнитель:
Егорова Галина Сергеевна
(гр. 06-03 , очная форма подготовки)

Заведующий кафедрой:
Решетников Владимир Анатольевич
Профессор, д.м.н.

Научный руководитель:
Полещук Илья Анатольевич
Старший преподаватель

«Прошла защиту»

Оценка _____

Москва – 2016 год

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Глава 1 Теоретические аспекты изучения работы отделения медицинской реабилитации	6
1.1 Организация лечебного процесса кабинета физиотерапии, отделения медицинской реабилитации	6
1.1.1 Организационно-штатная структура	7
1.1.2 Устройство, размещение и организация работы подразделения	8
1.1.3 Материально-техническое оснащение	9
1.1.4 Санитарно-гигиенический контроль помещений	11
1.1.5 Документация	13
1.1.6 Квалификация медицинской сестры	16
1.1.7 Функциональные обязанности медицинской сестры по физиотерапии	17
Глава 2 Исследования работы медицинских сестер по физиотерапии в отделении медицинской реабилитации	20
2.1 Программа исследования	20
2.2 Оценка структурно-ресурсного обеспечения и характеристика кабинета физиотерапии отделения медицинской реабилитации	21
2.3 Обработка результатов анкетирования медицинских сестер	24
2.4 Обработка результатов анкетирования пациентов	44
Выводы	54
Заключение	58
Рекомендации	64

Список использованных источников	65
Приложение А. «Анкета для пациентов»	67
Приложение Б. «Анкета для медицинских сестер»	69
Приложение В «Список документов регламентирующих деятельность отделения»	73
Приложение Г Должностная инструкция медицинской сестры по физиотерапии	76

Введение.

Данная тема весьма актуальна, как для отделения медицинской реабилитации, так и для любого другого отделения.

Большая роль в работе структурного подразделения отводится медицинским сестрам. От правильного распределения нагрузки между сотрудниками отделения зависит охват пациентов, получивших лечение.

Нагрузка в свою очередь зависит от формирования рабочего дня медицинской сестры, ее обязанностей, с которыми она зачастую не справляется из-за не правильного планирования рабочего времени.

Распорядок рабочего времени в каждой организации фиксируется в трудовом договоре, где прописывается информация о начале рабочего дня, обеденном перерыве и окончании рабочего дня. Но каждое структурное подразделение самостоятельно планирует свою работу.

Отделение медицинской реабилитации, в частности кабинет физиотерапии, это одно из немногих отделений, которое на протяжении многих лет, из года в год занимается однообразной рутинной работой. Зачастую коллектив привыкает к выполнению ежедневной монотонной работы, не замечая изменений, которые происходят вокруг и не могут объективно оценить рабочую обстановку, грамотно распределить обязанности внутри коллектива, вместо этого сотрудники продолжают не рационально использовать не только свои силы и время, но и эксплуатацию оборудования.

Проблема данного структурного подразделения, заключается в не рациональном использовании рабочего времени.

Это распространенная проблема многих отделений, из которой вытекает ряд следующих последствий:

- Очереди на процедуры;
- Эмоциональное напряжение сотрудников и пациентов;
- Конфликты, как между сотрудниками и пациентами, так и внутри коллектива, включая конфликты с врачами;

- Не качественное проведение процедур;
- Нехватка времени для заполнения документации;
- Конфликты со смежными отделениями.

Целью данного исследования является: рекомендации по оптимизации процесса в работе медицинских сестер отделения медицинской реабилитации.

Для достижения поставленной цели, нам нужно решить следующие задачи:

1. Изучить литературные источники, организацию работы кабинета физиотерапии
2. Изучить особенности работы медицинской сестры;
3. Рассмотреть структуру отделения;
4. Выявить существующие и потенциальные проблемы в работе отделения медицинской реабилитации;
5. Дать рекомендации по оптимизации работы медицинских сестер.

Практическая значимость исследования состоит в улучшении работы, как отделения медицинской реабилитации, так и непосредственно медицинских сестер, данная работа может служить пособием для организации деятельности медицинских сестер любого другого структурного подразделения.

Объект исследования – деятельность медицинских сестер по физиотерапии отделения медицинской реабилитации.

Предмет исследования – организация работы медицинских сестер по физиотерапии отделения медицинской реабилитации.

Место проведения исследования Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром» Филиал №1.

Гипотеза настоящего исследования – равномерное распределение обязанностей между сотрудниками отделения медицинской реабилитации, формирование графика на определенный вид процедур оптимизирует нагрузку отделения.

Глава 1 Теоретические аспекты изучения работы отделения медицинской реабилитации.

Отделение медицинской реабилитации это отделение, которое занимается восстановлением утраченных функций организма, вследствие травм, послеоперационных состояний, хронических заболеваний, восстановление после перенесенных респираторных инфекций и. т. д.

Для комплексного лечения используются природные и искусственные лечебные физические факторы.

Действие факторов электромагнитной природы на пациента осуществляется как путем непосредственного контакта тканей с находящимися под напряжением металлическими проводниками (электродами), так и через различные физические среды (например, воздух, воду). По взаиморасположению источника электромагнитных полей и излучений и организма выделяют контактные и дистантные методы лечебного использования. Первую группу составляют методы воздействия на больного электрическим током, который может изменяться по силе, направлению, форме и частоте. В методах второй группы при расположении пациента в ближней зоне (на расстоянии меньше длины волны излучения) в зависимости от конфигурации источника на него воздействуют электрическое и магнитное поля, а в дальней (на расстоянии больше длины волны излучения)-электромагнитные колебания различной амплитуды, силовых характеристик, формы и частоты [11].

1.1. Организация лечебного процесса кабинета физиотерапии, отделения медицинской реабилитации.

Организация лечебного процесса включает следующие пункты:

- Штатная структура отделения;
- Устройство, размещение и организация работы подразделения;
- Охрана труда;
- Материально-техническое оснащение;

- Санитарно-гигиенический контроль;
- Документация;
- Квалификация медицинской сестры;
- Функциональные обязанности медицинской сестры по физиотерапии [10].

1.1.1. Штатная структура отделения.

Большая роль в оптимизации нагрузки отделения приходится на штат сотрудников.

В большинстве случаев медицинские сестры работают на полторы, две ставки не подозревая об этом.

Эффективная организация лечебного процесса, бесперебойная работа и выполнение задач отделением возможны только при его комплектовании высококвалифицированным медицинским персоналом и оснащении современной физиотерапевтической оборудованием.

Согласно приказу Минздрава СССР от 11.10.1982 N 999 (ред. от 16.10.2001) "О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала городских поликлиник, расположенных в городах с населением свыше 25 тысяч человек" (вместе с "Порядком применения штатных нормативов медицинского персонала городских и детских городских поликлиник, расположенных в городах с населением свыше 25 тысяч человек")

Подразделением возглавляет заведующий отделением. Расчет числа должностей врачей физиотерапевтов производится с учетом должностей врачей, ведущих амбулаторный прием в прикрепленных лечебно-профилактических учреждениях.

Должность старшей медицинской сестры физиотерапевтического отделения (кабинета) устанавливается при числе полагающихся отделению (кабинету) должностей медицинских сестер по физиотерапии и массажу не менее 4-х - вместо одной из них.

Должности медицинских сестер по физиотерапии устанавливаются из расчета 1 должность на 15 тысяч условных физиотерапевтических единиц в год.

Должности санитарок устанавливаются из расчёта одна должность на каждые две должности медицинской сестры по физиотерапии [6] [10] [11].

1.1.2. Устройство, размещение и организация работы подразделения.

Так же не маловажным в оптимизации нагрузки является грамотное размещение и устройство отделения.

Рациональное устройство, оборудование и планировка физиотерапевтических кабинетов отделения медицинской реабилитации должны обеспечивать эффективное использование всех современных методов физиотерапии, создание для больных наиболее комфортных условий в процессе приема лечебных процедур и отдыха, соблюдение техники безопасности и норм охраны труда работников. Размещение и устройство помещений должно соответствовать действующим Строительным Нормам СанПин и Правилам и отраслевому стандарту ОСТ 42-21-16-86 "ССБТ. Отделения, кабинеты физиотерапии, общие требования безопасности" (1986 г.), введенному в действие приказом МЗ СССР от 4.11.86 года №1453.

Физиотерапевтические кабинеты отделения медицинской реабилитации развертывается в наземных этажах лечебного учреждения. Размещение в подвальных, полуподвальных и цокольных помещениях, пол которых расположен ниже планировочной отметки тротуара более 0,5 м, запрещается. Поверхность стен, полови потолков помещений должна быть гладкой, легко доступной для влажной уборки и устойчивой при использовании моющих и дезинфицирующих средств, разрешенных к применению в установленном порядке. Стены кабинетов врачей, холлов, вестибюлей, физиотерапевтических и других лечебно-диагностических кабинетов с сухим режимом рекомендуется окрашивать силикатными красками (при необходимости в сочетании с масляными красками). Полы должны обладать повышенными теплоизоляционными свойствами (паркет, паркетная доска, деревянные полы,

окрашенные масляной краской, линолеум). Размещение оборудования и мебели в помещениях ФТО должно обеспечивать доступность для уборки.

Для проведения лечебных процедур следует оборудовать процедурные кабины, каркас которых выполняется из пластмассовых или хорошо отполированных деревянных стоек. Размеры кабин не должны быть менее по высоте - 2 м, длине - 2,2 м. В каждой кабине должны быть деревянная кушетка с подъемным изголовником, стул, вешалка, устройство для местного освещения, один передвижной или два переносных физиотерапевтических аппарата, размещаемых на подвижных столиках. При применении аппаратов только с контактным воздействием экранирование процедурных кабин не требуется. Аппараты для гальванизации можно размещать в кабинах, подвесив их на стену (жесткую стенку кабины). Лазерные установки 3 и 4 класса опасности должны размещаться в отдельных помещениях. Стены должны изготавливаться из негорючих материалов с матовой поверхностью. При входе в кабину должен быть знак лазерной опасности. Лазерные установки 1 и 2 класса опасности разрешается размещать в общих помещениях. В кабинетах лазеротерапии стены и потолок должны иметь матовое покрытие. При этом стены окрашиваются масляной краской. В кабинете рядом с лазером необходимо разместить кушетку для пациента, а также обеспечить свободный доступ обслуживающего персонала к пультам управления и проход пациента к кушетке [2] [3] [7] [8] [9].

1.1.3. Материально - техническое оснащение.

Не маловажным фактором в работе отделения является материально – техническое оснащение кабинетов. На данный момент существуют аппараты комбинированной терапии.

Комбинирование терапии:

- лазерная терапия и магнитотерапия;
- ультразвук и лазер;
- электротерапия и ультразвук;

- электротерапия с дополнительными токами + ультразвук;
- электротерапия, ультразвук, лазерная и магнитная терапия.

В связи с нормами размещения физиотерапевтического оборудования в кабинках, в одной кабине разрешено размещать один стационарный аппарат или не более двух портативных. Следовательно, используя аппараты с комбинированной терапией можно решить ряд проблем связанных с назначением большого количества терапии одного вида или при скоплении пациентов на один вид процедур. Тем самым решится проблема с очередями на процедуры, так как в любой кабине можно будет провести ряд процедур и пациенту не придется переходить из одной кабины в другую.

Не смотря на то, что на рынке представлено большое количество аппаратов, не стоит забывать о следующих правилах материально-техническом оснащении отделения.

Физиотерапевтические кабинеты следует оснащать аппаратурой и оборудованием, соответствующими требованиям стандартов, технических условий и разрешенными к применению МЗ СР РФ в установленном законом порядке. Допускается использование аппаратов, разрешенных к клиническому применению Росздравом и имеющих регистрационное удостоверение МЗ и СР РФ. Сертификат соответствия не является документом, разрешающим использование аппаратов в клинической практике. Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы лечения могут использоваться в интересах излечения пациента только после получения его добровольного письменного согласия ("Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" (утв. ВС РФ 22.07.1993 N 5487-1) (ред. от 07.12.2011)).

Физиотерапевтические процедуры разрешается проводить только на исправной аппаратуре, имеющей заводскую электрическую схему и технический паспорт. Для исключения случайного контакта больного с аппаратом, его устанавливают на максимальном удалении от кушетки или же загораживают щитком из токонепроводящего материала. Всю аппаратуру

(оборудование) необходимо содержать в чистоте и в состоянии, обеспечиваемым их исправное действие. Соблюдать сроки эксплуатации оборудования. Пропаганда методов лечения, не прошедших проверочных испытаний в установленном законом порядке запрещается [3] [8] [10] [11].

1.1.4. Санитарно-гигиенический контроль помещений.

Работа медицинских сестер так же складывается и в процессе соблюдения всех санитарно-гигиенических норм.

Противоэпидемический режим в отделении устанавливается на основании документов. Инструменты после использования подвергаются дезинфекции. Все предметы, инструменты, подлежащие дезинфекции или стерилизации должны быть предварительно очищены от всех органических материалов (кровь, слизь и т. д.) и других остатков. Медицинские инструменты и оборудование, проникающие в стерильные ткани, полости, сосудистую систему или соприкасающиеся с раневыми поверхностями кожи и слизистых, должны подвергаться стерилизации перед каждым использованием [9] [10] [11].

Важным этапом в соблюдении санитарно-гигиенических норм является правильный выбор дезинфицирующего средства. На рынке представлено огромное количество средств, для дезинфекции. При выборе дезинфицирующего средства нужно руководствоваться целями и задачами проведения дезинфекционных мероприятий. Так же нужно учитывать спектр антимикробного действия и токсичности, специфику лечебно - профилактического учреждения. В работе медицинской сестры так же важно время экспозиции при дезинфекции. Зачастую работа отделений ограничивается из-за обработки инструментов, на которое уходит много времени. Поэтому целесообразно подбирать дезинфицирующее средство с меньшей экспозицией, тогда время работы отделения заметно увеличится, следовательно увеличится объем принятых пациентов.

Обработка помещений, мебели.

Размещение оборудования и мебели в помещениях отделения должно обеспечивать доступность для уборки. Влажная уборка помещений (мытьё

полов, протирка мебели, оборудования, подоконников, дверей и т.д.) должна осуществляться не менее 2 раз в сутки, а при необходимости чаще, с применением моющих (мыльно-содовых растворов и других, разрешенных органами и учреждениями санэпидслужбы) и дезинфицирующих средств (в соответствии с инструкцией по дезинфекционному режиму, утвержденной МЗРФ). Протирка оконных стекол должна проводиться не реже 1 раза в месяц изнутри и по мере загрязнения, но не реже 1 раза в 4-6 месяцев, снаружи. Использование для влажной уборки помещений порошкообразных синтетических моющих средств не допускается. Весь уборочный инвентарь (ведра, тазы, ветошь, швабры и др.) должен иметь четкую маркировку с указанием помещений и видов уборочных работ, использоваться строго по назначению и храниться отдельно. Генеральная уборка помещений, функциональных помещений и кабинетов должна проводиться по утвержденному графику не реже 1 раза в месяц с тщательным мытьем стен, полов, всего оборудования, а также протиранием мебели, светильников, защитных жалюзи и т. п. от пыли. Помещения, требующие соблюдения особого режима стерильности, асептики и антисептики, следует после уборки, а также в процессе текущей эксплуатации периодически облучать ультрафиолетовыми стационарными или передвижными бактерицидными лампами из расчета 1 Вт мощности лампы на 1 м³ помещения.

Организация сбора, обезвреживания, временного хранения и удаления отходов проводится в соответствии с требованиями СанПиН. В результате деятельности кабинета физиотерапии формируются неопасные отходы класса «А», которые необходимо собирать в одноразовые пакеты в многоразовые баки белого цвета по 50 л, которые необходимо менять один раз в день. Хранение отходов класса «А» в отделении допускается в течение 1 суток в естественных условиях и более 1 суток при температуре не выше 5С [9] [10] [11].

Так же в результате деятельности ингалятория формируются отходы класса «Б», это потенциально инфицированные биологические жидкости. В данном случае это слизистые выделения из полости рта и носа.

Отходы класса «Б» подлежат обязательному обеззараживанию (дезинфекции), обезвреживанию. Обеззараженные отходы помещаются в большой полиэтиленовый пакет, который заполняется на 3\4 и маркируется надписью «Отходы. Класс «Б», с нанесением названия организации, подразделения, даты и фамилии ответственного за сбор отходов лица. Пакет завязывают для предотвращения высыпания отходов класса «Б». Оставляется соответствующая запись в журнале «Отходы. Класс «Б»».

1.1.5. Документация

В отделении медицинской реабилитации ведется следующая документация:

- Положение об отделении, кабинете;
- Должностные инструкции, копии;
- Журнал учета занятий по специальности в отделении, кабинете;
- График отпусков работников;
- Инструкции по технике безопасности. Копии;
- Журнал регистрации инструктажа по технике безопасности на рабочем месте;
 - Отчеты работы подразделения. Годовые;
 - Журнал учета спирта;
 - Требования на медикаменты в аптеку. Копии;
 - Инвентаризационные описи товарно-материальных ценностей (2-ой экземпляр);
 - Накладные на медикаменты и изделия медицинского назначения (2-ой экземпляр);
 - Расходные накладные на материальные ценности хозяйственного и медицинского назначения (2-ой экземпляр);
 - Акты списания расходных материалов (медикаменты), МБП хозяйственного и медицинского назначения (2-ой экземпляр);

- Акты списания материальных ценностей медицинского и хозяйственного назначения (2-ой экземпляр);
- Журнал учета медицинского инструментария в ЦС;
- Карта больного, лечащегося в отделении медицинской реабилитации;
- Графики учета рабочего времени;
- Журнал регистрации инструктажа по информационной безопасности;
- Журнал регистрации административных обходов;
- Журнал регистрации времени, отработанного бактерицидными лампами;
- Журнал проведения генеральных уборок;
- Технологический журнал учета отходов класса «Б»;
- Дневник работы врача-физиотерапевта;
- Журнал регистрации инструктажа по технике пожарной безопасности;
- Журнал учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения;
- Журнал учета температурного режима в холодильном оборудовании
- Журнал технического обслуживания лазерной аппаратуры;
- Журнал контроля концентраций рабочих растворов дезинфицирующих и стерилизующих средств.

Отдельно хочется выделить документ, который ведется только медицинскими сестрами по физиотерапии.

Карта больного, лечащегося в отделении медицинской реабилитации форма 044/у

Физиотерапевтическое назначение оформляется с указанием всех параметров процедуры и подписывается врачом. Необходимо указать фамилию

лечащего врача, отделение, направившее больного, указать кто назначил процедуру лечащий врач или врач-физиотерапевт, место проведения процедуры (в кабинете, перевязочной, на дому), другие виды лечения, эпикриз включая количество принятых процедур, количество процедурных единиц и результаты лечения, подпись врача-физиотерапевта. На обороте медсестра отмечает порядковый номер процедуры, дату ее проведения, наименование, дозировку, продолжительность и расписывается. Ведение процедурной карточки больного Форма 044/у является самостоятельным юридическим документом и постоянно находится в отделении, пока больной лечится, по окончании лечения никуда не подклеивается и не вкладывается, а сохраняется до конца текущего года в отделении. Для отчета хранится ежемесячно; для анализа работы карты распределяют по нозологическим формам заболеваний или по врачам (что важно при наличии у больного противопоказаний к физиотерапии). По ним же производится подсчет больных, лечившихся в кабинете физиотерапии, в том числе первичных. При этом амбулаторный больной, поступающий для лечения по поводу разных заболеваний, каждый раз учитывается как первичный; а стационарный больной, поступивший в отделение от разных врачей независимо от рода заболевания, учитывается как первичный только один раз. Поэтому карты 044/у первичного стационарного больного маркируют (помечаются каким-либо знаком, например «О»). На всех остальных процедурных формах, заполненных на данного больного, такого знака не ставят.

Форма 044/у содержит необходимую информацию для отчета и анализа работы: распределение больных по полу и возрасту, нозологическим формам по ней легко установить какие врачи направляют больного, какие физические факторы чаще используют (нагрузка на аппараты), количество процедурных единиц, количество больных, закончивших и прервавших лечение, количество больных, имеющих противопоказания к физиотерапии, эффективность лечения. Карты № 044\у хранятся в отделении один год [10] [11] [12].

Так же данная карта дублируется в электронной истории болезни пациента.

1.1.6 Квалификация медицинской сестры.

Должность медицинской сестры по физиотерапии может занимать сотрудник имеющий среднее профессиональное образование по специальности «Сестринское дело», «Акушерское дело» и наличия сертификата по специальности «Физиотерапия».

На должность старшей медсестры назначается одна из медсестер, имеющая среднее медицинское образование, дополнительную подготовку по физиотерапии, сертификат специалиста и опыт работы по физиотерапии не менее года.

К проведению физиотерапевтических процедур допускаются медицинские сестры прошедшие первичную специализацию по физиотерапии (не менее 288 часов) и имеющие сертификат специалиста. Повышение квалификации среднего медицинского персонала с подтверждением сертификата должно осуществляться на курсах тематического усовершенствования (в объеме 144 часа) не реже одного раза в 5 лет. Для совершенствования профессионального уровня персонала отделения и повышения персональной ответственности за выполнение ими функциональных обязанностей проводится аттестация специалистов. Аттестация производится по желанию специалистов и является добровольной. По результатам аттестации специалистам присваивается квалификационная категория. вторая квалификационная категория по физиотерапии медицинским сестрам присваивается 3 лет работы, первая через 5 лет работы, а высшая - соответственно 7 лет работы по специальности [10] [11] [15].

В соответствии с Приказ ФМБА России от 09.12.2014 N 356 "О Ведомственной аттестационной комиссии Федерального медико-биологического агентства по присвоению квалификационных категорий медицинским и фармацевтическим работникам" (вместе с "Положением о Ведомственной аттестационной комиссии Федерального медико-биологического агентства по присвоению квалификационных категорий

медицинским и фармацевтическим работникам") (Зарегистрировано в Минюсте России 31.12.2014 N 35505)

1.1.7. Функциональные обязанности медицинской сестры по физиотерапии.

Медсестра физиотерапевтического кабинета подчиняется заведующему отделением, в части касающейся проведения процедур и врачу-физиотерапевту, в части касающейся распорядка работы старшей медсестре. Она несет ответственность за правильное проведение процедур больными. Медицинская сестра обязана: знать основные теоретические положения о механизме действия физических факторов на организм, совместимости и последовательности выполнения физиотерапевтических процедур; точно выполнять назначения лечащего врача (врача-физиотерапевта) в соответствии с методикой, указанной в процедурной карте (форма 44/у); находиться в лечебном процедурном кабинете неотлучно при проведении процедуры; наблюдать постоянно за больными во время проведения процедуры; при ухудшении состояния больного немедленно прекратить процедуру и вызвать врача-физиотерапевта; знать и строго соблюдать правила техники безопасности при проведении физиотерапевтических процедур; осуществлять технический контроль над работой физиотерапевтических аппаратов; при их неисправности прекратить процедуру, сделать запись в журнале технического обслуживания медицинской аппаратуры и доложить заведующему или врачу-физиотерапевту; контролировать выключение аппаратов и рубильников по окончании работы; следить за сохранностью медицинского и хозяйственного имущества, поддерживать надлежащее санитарно-гигиеническое состояние кабинета; вести учет и отчетность по установленным формам; организовать работу младшего медицинского персонала, обучать его методом подготовки рабочих мест к выполнению процедур [10] [11] [14] (Приложение Г).

Медицинская сестра по физиотерапии должна знать:

- Конституцию Российской Федерации.

- Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, федеральные законы и иные нормативные правовые акты по вопросам здравоохранения.
- Теоретические основы сестринского дела.
- Основы медицины катастроф.
- Аппаратуру, применяемую в физиотерапии, ее технические возможности, методики проведения физиотерапевтических процедур; правила и требования к оборудованию физиотерапевтического отделения;
- Правила эксплуатации медицинского инструментария и оборудования.
- Возможные осложнения при проведении физиотерапевтических процедур, меры по профилактике, принципы оказания неотложной помощи при поражениях электрическим током, световым излучением, электромагнитным полем и др.
- Правила сбора, хранения и удаления отходов медицинских организаций.
- Организацию социальной и медицинской реабилитации больных.
- Организацию санитарного просвещения, гигиенического воспитания населения и пропаганды здорового образа жизни.
- Основы медицинской этики и деонтологии; правовые аспекты медицинской деятельности.
- Основы трудового законодательства.
- Технику безопасности в физиотерапевтическом отделении, нормативные документы по охране труда и технике безопасности.
- Основные виды медицинской документации, правила ведения медицинской документации структурного подразделения.
- Действующие локальные Положения об оплате труда, материальном стимулировании работников, о режиме коммерческой тайны, о порядке подготовки и предоставления информационных материалов средствам

массовой информации, о защите персональных данных; Коллективный договор между работодателем и работниками Поликлиники, Правила внутреннего распорядка; требования приказов и инструкций.

- Так же медицинская сестра должна уметь квалифицированно оказывать первую медицинскую помощь при неотложных состояниях.

Глава 2. Исследования работы медицинских сестер по физиотерапии в отделении медицинской реабилитации

2.1 Программа исследования

В соответствии с целью данного исследования были разработаны программа и методика его проведения. Программа исследования представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Программа и методы исследования

Целью данного исследования является: рекомендации по оптимизации процесса в работе медицинских сестер отделения медицинской реабилитации.				
Задачи исследования	Единицы исследования	Предмет исследования	Методы исследования	Источники информации
Изучить литературные источники, организацию работы кабинета физиотерапии	Литературный источник	Организация работы ОМР\кабинета физиотерапии	Аналитический, социологический	Литературный источник – отечественная литература. Анкета для персонала
Изучить особенности работы медицинской сестры	Нормативные документы	Деятельность медицинских сестер документооборот	Непосредственное наблюдение, социологический	Нормативные документы учетно-отчетные формы, анкеты
Рассмотреть структуру отделения	Литературный источник	Структура отделения	Статистический, социологический, непосредственное наблюдение	Анкеты, учетно-отчетные формы
Выявить существующие и потенциальные проблемы в работе отделения медицинской реабилитации	Экспертная группа	Деятельность медицинских сестер, ответы пациентов	Статистический, экспертных оценок.	Результаты исследования
Дать рекомендации по оптимизации работы медицинских сестер	Медицинская сестра по физиотерапии	Работа медицинской сестры по физиотерапии	Аналитический	Анкета

Методы исследования. В работе использован комплекс методов исследования: социологический (анкетного опроса); аналитический; графоаналитический; наблюдение.

Социологический метод. Социологический метод путем анкетирования пациентов, а так же медицинского персонала (медицинских сестер по физиотерапии). Разработаны: «Анкета для пациента» (Приложение А), «Анкета для медицинской сестры по физиотерапии» (Приложение Б).

Аналитический метод применялся при анализе литературы по проблеме исследования, анализе полученных результатов.

С помощью графоаналитического метода проведена оценка уровня удовлетворенности пациентов работой отделения медицинской реабилитации, а так же уровня удовлетворенности медицинских сестер, работающих в данном подразделении.

С помощью такого метода как наблюдение проведена объективная оценка работы отделения медицинской реабилитации.

Программа исследования:

Единица наблюдения: Медицинская сестра по физиотерапии – 12 человек, пациенты получающие лечение в отделении медицинской реабилитации, а частности в кабинете физиотерапии – 30 человек.

Атрибутивные признаки: уровень образования, наличие квалификационной категории.

Количественный признак: возраст, стаж работы, загруженность кабинета\кабин, простой кабинета\кабин.

2.2 Оценка структурно – ресурсного обеспечения и характеристика кабинета физиотерапии отделения медицинской реабилитации

Большую роль в эффективности работы отделения медицинской реабилитации играет организация работы кабинета физиотерапии, а так же не маловажную роль играет оснащение кабинета аппаратурой и его рациональное размещение в кабинах.

Кабинет физиотерапии отделения медицинской реабилитации расположен на третьем этаже Поликлиники. Разделен на две части ингаляторий и кабинет электросветолечения, который в свою очередь был поделен на семь кабин. Кабины между собой разделены пластмассовыми перегородками. В кабине имеется: кушетка, стул, от одного до двух аппаратов в кабине, стойка для аппаратуры.

Большая часть аппаратов импортного производства, но так же имеются отечественные аппараты. Аппаратура в отделение постоянно обновляется.

За исправностью аппаратуры следят инженеры отдела эксплуатации оборудования.

Перечень аппаратов находящихся в кабинете физиотерапии:

- Green Press 12 - канальная система прессотерапии и лимфодренажа;
- Sonopuls 591 универсальный аппарат для электротерапии;
- Полимаг – 2 аппарат магнитотерапевтический;
- BTL- 5000 - аппарат магнитотерапевтический;
- BTL – 4000 аппарат для лазерной терапии;
- LAS – Expert аппарат для лазерной терапии;
- Endomed 982 универсальный двухканальный аппарат для электротерапии и элетродиагностики;
- Pari master компрессор;
- Галонеб (Гиса – 01) Галоингалятор сухой солевой. Аэрозольтерапии настольный;
- УПС – 01 Устройство для подогрева соли;
- Salina – ингаляторная система;
- Endomed 482 универсальный аппарат для электротерапии;
- Curapuls 970 аппарат для УВЧ терапии;
- Radarmed 650+ аппарат для СВВ терапии;
- Искра -1 аппарат для дарсонвализации.

Кабины оснащены мобильными стойками для аппаратуры, которые при уборке можно легко сдвинуть с места, тем самым освободить доступ к труднодоступным местам. Мебель в отделении так же легко доступна и проста для обработки и дезинфекции. Отделение оснащено централизованной вентиляционной системой, кондиционером. Полы соответствует нормам СанПиН 26-30-10.

Помещение кабинета физиотерапии достаточно просторное, легко проветриваемое с помощью искусственной и естественной вентиляции.

2.3 Обработка результатов анкетирования медицинских сестер.

Распределение среднего медицинского персонала по возрасту (таблица 2).

Таблица 2 - Распределение среднего медицинского персонала по возрасту

Возраст, лет	Абсолютное число	Относительное число (в % к итогу)
до 30;	2	16,7
от 31 до 50;	2	16,7
от 51 и старше.	8	66,7

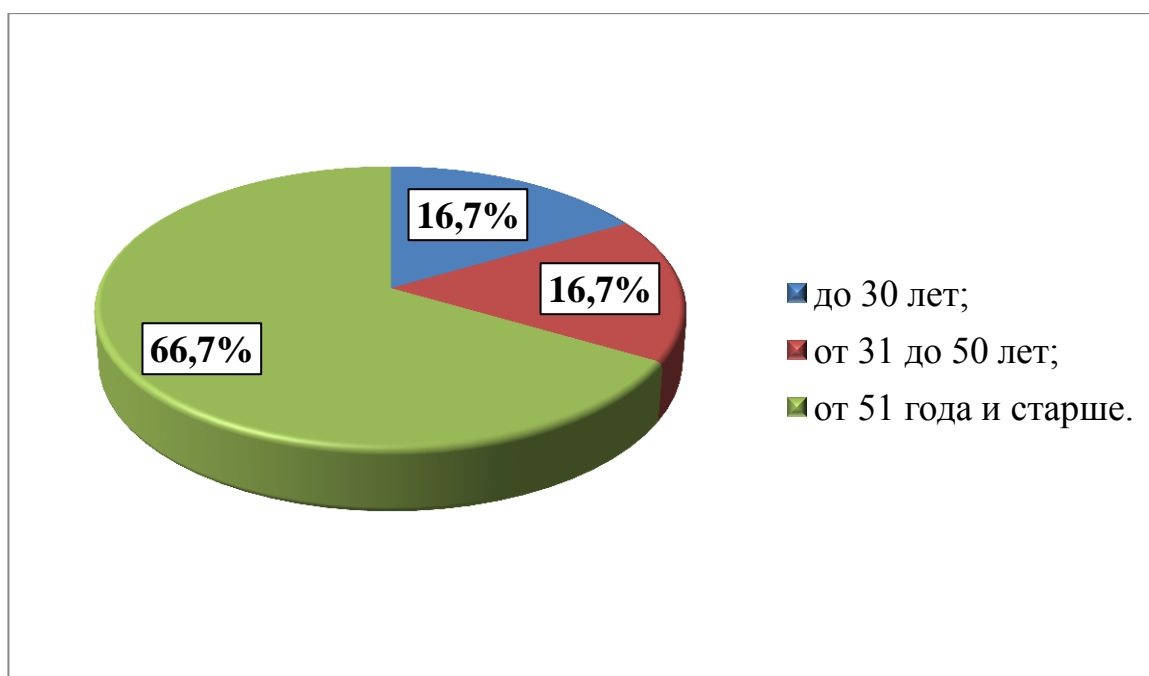


Рисунок 1 - Распределение среднего медицинского персонала по возрасту (в % к итогу)

Большую часть медицинских сестер (66,7%) составили опытные сотрудники в возрасте 51 года и старше. Доля работников в возрасте до 30 лет и моложе и от 31 до 50 лет составила по 16,7%.

Можно сделать вывод об ориентации кадровой политики подразделения на наиболее опытных работников и недостаточный акцент на молодых и средневозрастных сотрудников. Данный подход, к сожалению, может привести

к нехватке квалифицированных работников с течением времени. Помимо этого, нехватка молодых перспективных медицинских сестер сказывается на приверженности современным способам лечения в связи со сложностями освоения возрастными сотрудниками новых методов медицинской помощи населению.

Уровень образования медицинских сестер по физиотерапии

Таблица 3 - Распределение медицинских сестер в зависимости от уровня образования

Образование	Абсолютное число	Относительное число (в % к итогу)
Среднее специальное	12	100
Высшее медицинское	0	0
Высшее немедицинское	0	0
Два и более высших	0	0

По результатам оценки уровня образования можно отметить, что все медицинские сестры имели среднее специальное образование (таблица 3)

Респондентам было предложено указать стаж работы в должности медицинской сестры по физиотерапии (таблица 4).

Таблица 4 - Распределение медицинских сестер по физиотерапии в зависимости от стажа работы

Стаж, лет	Абсолютное число	Относительное число (в % к итогу)
менее 5 лет;	2	16,7
от 6 до 11 лет;	0	0
от 12 до 17 лет;	2	16,7
от 18 до 23 лет;	4	33,3
от 24 до 29 лет;	0	0
от 30 до 35 лет;	4	33,3

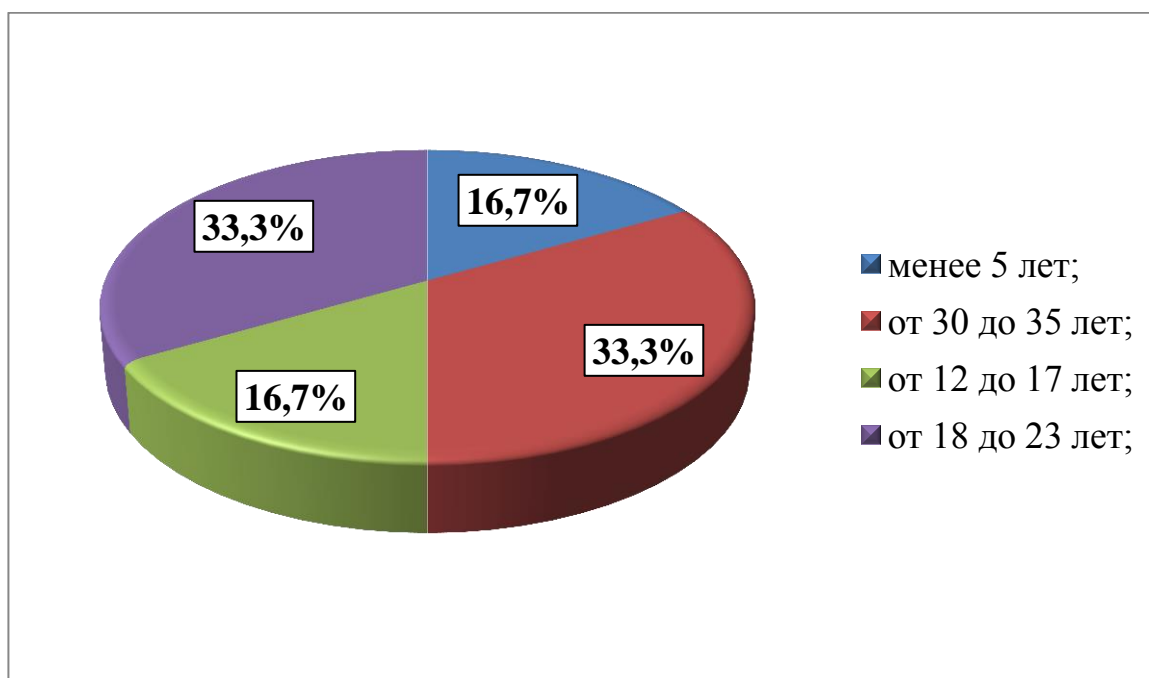


Рисунок 2. Распределение медицинских сестер по физиотерапии в зависимости от стажа работы (в % к итогу)

33,3% опрошенных имели трудовой стаж по специальности «Физиотерапия» от 18 до 23 лет, такое же количество сотрудников – от 30 до 35 лет. Доля сотрудников с опытом работы менее 5 лет и от 12 до 17 лет составила по 16,7%.

Сотрудники, имеющие трудовой стаж более 18 лет, в большинстве своем в возрасте от 51 года и старше обладают глубокими знаниями по данной специальности, но в то же время являются зачастую недостаточно мотивированными к труду и к развитию.

Распределение среднего медицинского персонала в зависимости от квалификации (таблица 5).

Таблица 5 - Распределение медицинских сестер по физиотерапии в зависимости от квалификации

Квалификационные категории	Абсолютное число	Относительное число (в % к итогу)
Вторая	0	0
Первая	2	16,7
Высшая	8	66,6
Нет категории	2	16,7

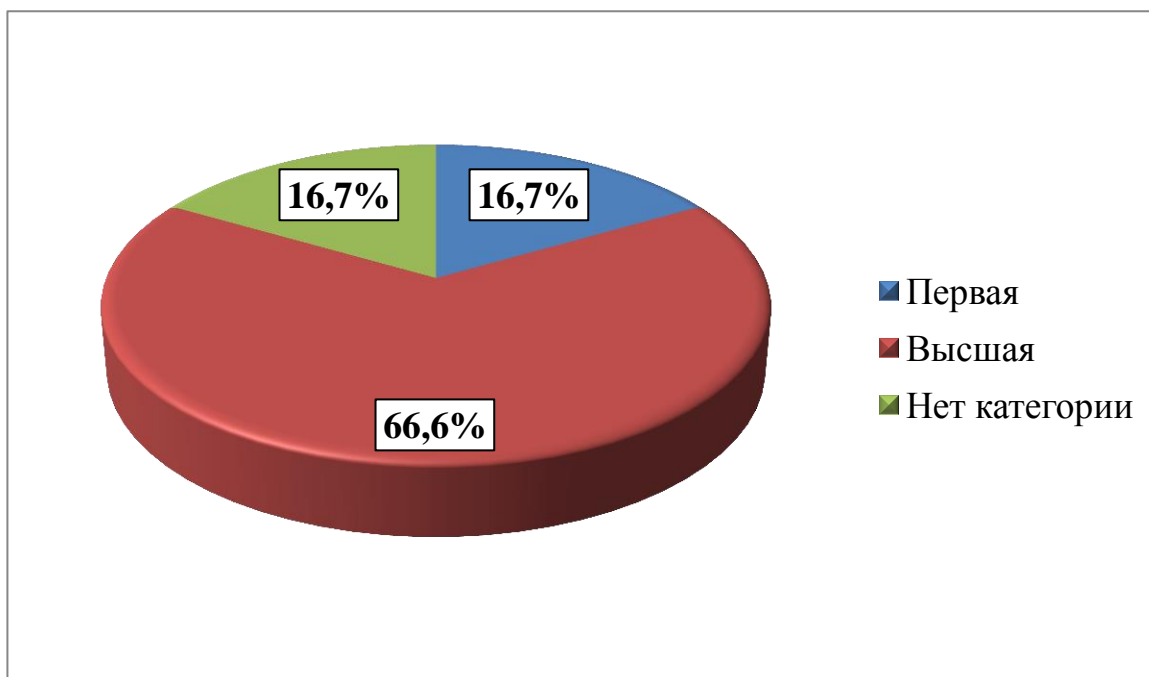


Рисунок 3 - Распределение медицинских сестер по физиотерапии в зависимости от квалификации (в % к итогу)

В целом по отделению можно отметить высокий уровень квалификации среднего медицинского персонала. Больше половины медицинских сестер 66,6% имеют высшую квалификационную категорию. Доля работников с наличием первой квалификационной категории, и без наличия категории составило по 16,7%. Связано это в большинстве случаев с недостаточным стажем работы по специальности.

Таблица 6 - Оценка нагрузки на медицинских сестер в течение рабочего дня

Равномерная нагрузка	Абсолютное число	Относительное число (в % к итогу)
Да	2	16,7
Нет	10	83,3

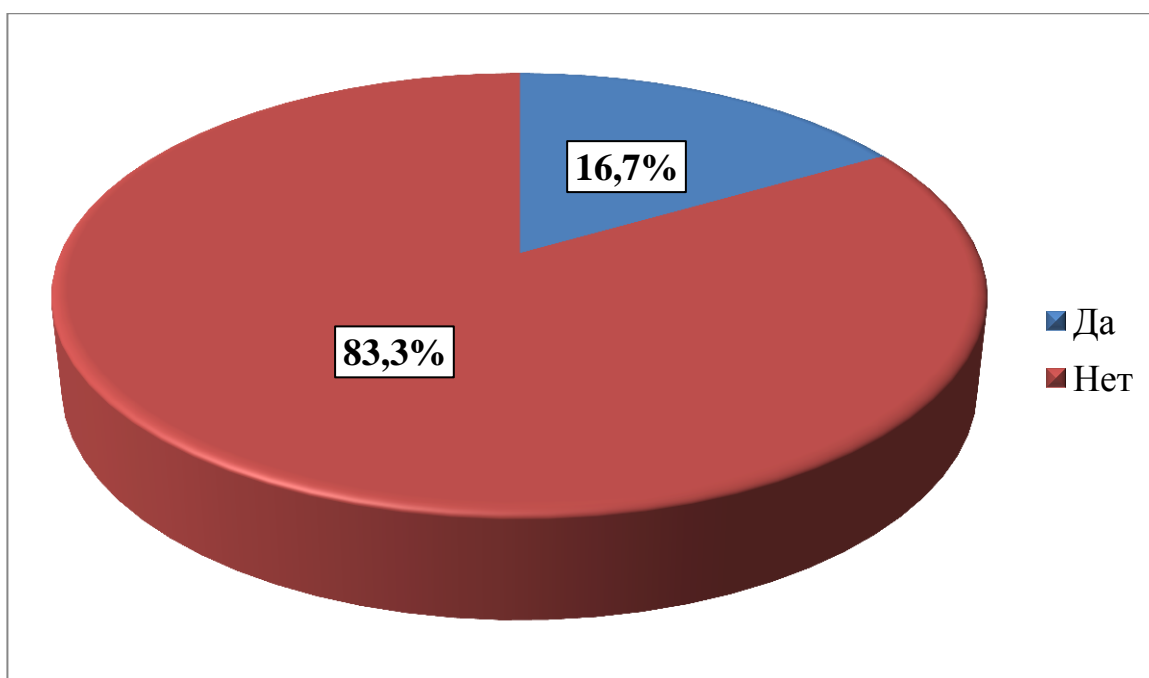


Рисунок 4 - Оценка нагрузки на медицинских сестер в течение рабочего дня (в % к итогу)

По результатам оценки нагрузки, было выявлено, что 83,3% респондентов считают, что их нагрузка в течение рабочего дня неравномерна, 16,7% респондентов считают нагрузку равномерной (таблица 6).

Респондентам было предложено указать степень их удовлетворенности организацией работы подразделения в целом (таблица 7).

Таблица 7 - Уровень удовлетворенности медицинских сестер работой данного структурного подразделения

Уровень удовлетворенности	Абсолютное число	Относительное число (в % к итогу)
Удовлетворены	8	66,6
Удовлетворены не в полной мере	2	16,7
Не удовлетворены	2	16,7

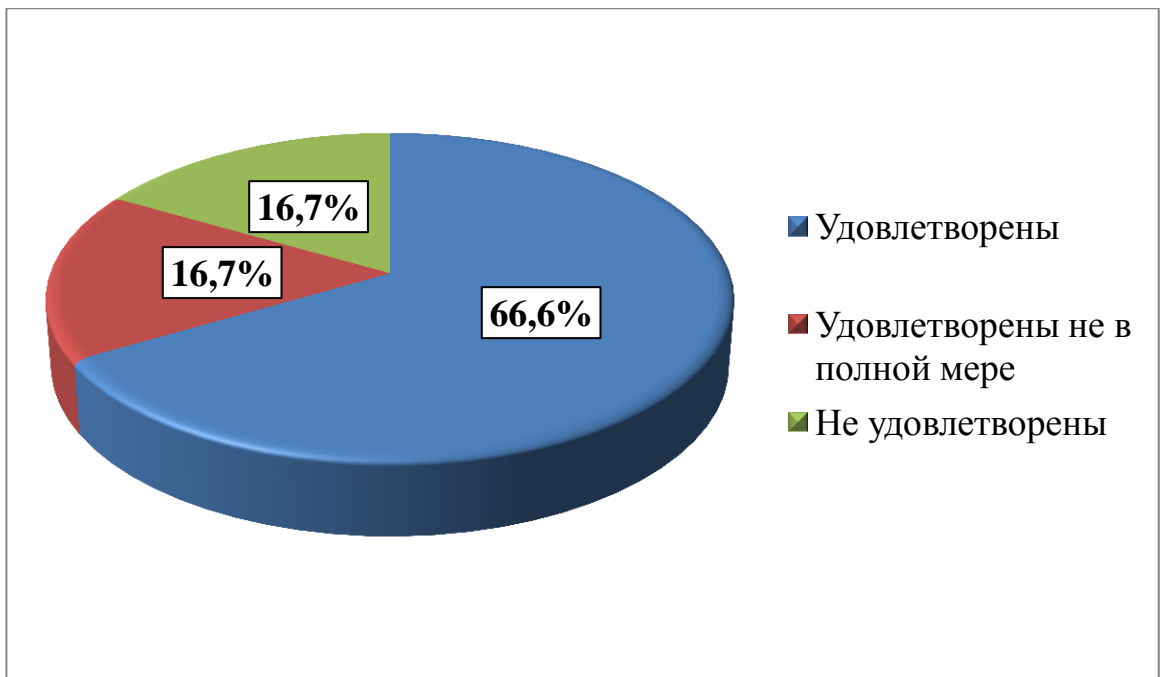


Рисунок 5 - Распределение медицинских сестер по физиотерапии в зависимости от уровня удовлетворенности организацией работы подразделения в целом (в % к итогу)

Большая часть опрошенных (66,6%) удовлетворены организацией работы структурного подразделения. 16,7% опрошенных удовлетворены не в полной мере. Столько же не удовлетворены организацией работой отделения.

Респондентам был предложено выбрать ряд факторов, которые негативно влияют на них во время рабочего процесса (таблица 8).

Таблица 8 - Распространенность ответов на вопрос о факторах негативно влияющих на работу медицинских сестер

Факторы	Абсолютное число	Относительное число (на 100 опрошенных)
Недостаточное количество времени;	0	0
Большое количество процедур одного больного	8	30,8
Нехватка кабин	12	46,1
Плохие отношения с коллективом	0	0
Выполнение работы сверх функциональных обязанностей	0	0
Не корректная запись врача в карточке процедур	4	15,4
Большая нагрузка в смену	2	7,7
Другое	0	0

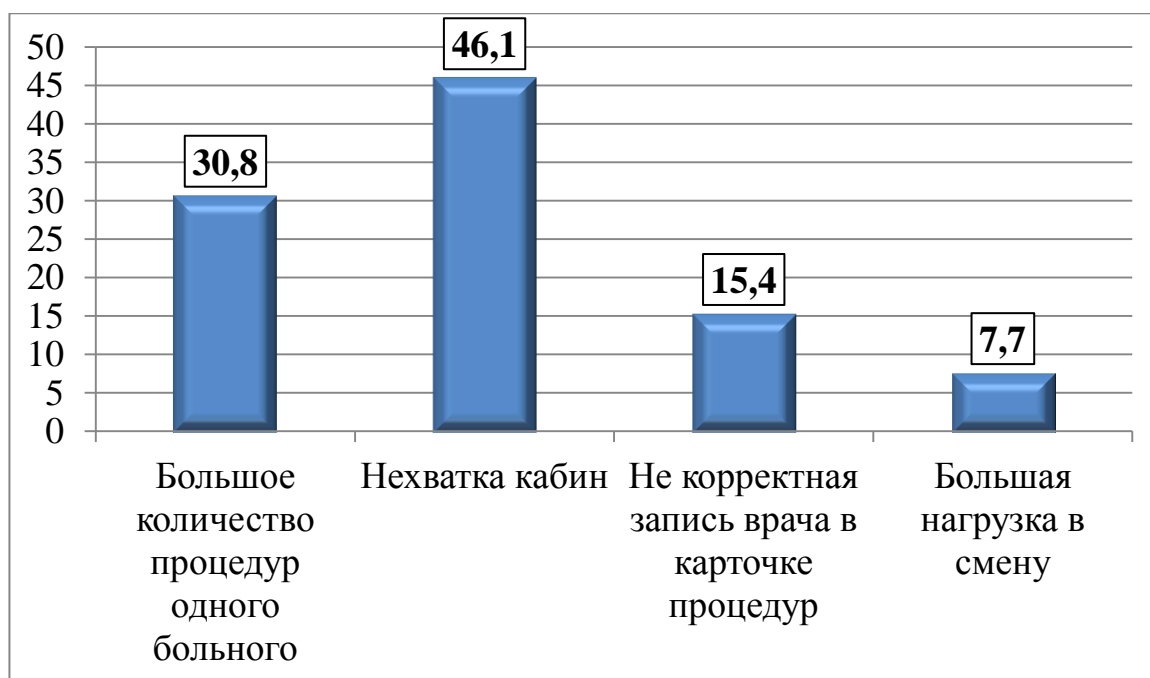


Рисунок 6 – Распространенность ответов на вопрос о факторах негативно влияющих на работу медицинских сестер (на 100 опрошенных)

Респонденты выделяют 4 основных факторов, негативно влияющих на работу. На первом месте находится «нехватка кабин» 46,1(на 100 опрошенных), второе место занимает «большое количество процедур на одного больного» 30,8(на 100 опрошенных), третье место – «не корректная запись врача в карточке процедур» 15,4(на 100 опрошенных) и четвертое место – «большая нагрузка в смену» 7,7(на 100 опрошенных).

Важно отметить, что большинство этих факторов возможно нивелировать посредством правильной организации труда. Можно сделать вывод о разобщенности коллектива и отсутствия командной работы, отсутствия желания оптимизировать свою нагрузку. Полученные данные отражают дефекты во взаимосвязи между врачебным медицинским персоналом и сестринским, что, несомненно, негативно отражается на качестве оказания медицинской помощи.

Таблица 9 - Результат оценки мнений медицинских сестер о времени, которое затрачивается на дезинфекцию тубусов

Слишком много времени затрачивается на дезинфекцию тубусов	Абсолютное	Относительное число (в % к итогу)
Да, согласны	6	50,0
Нет, не согласны	6	50,0

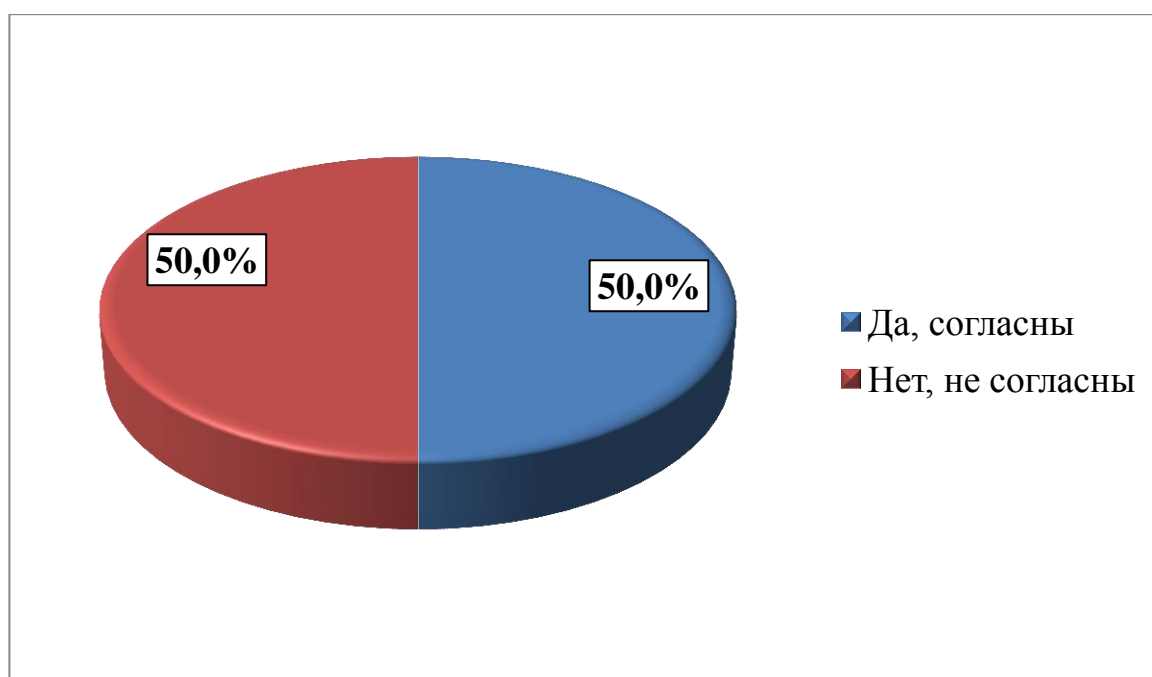


Рисунок 7 - Результат оценки мнений медицинских сестер о времени, которое затрачивается на дезинфекцию тубусов (в % к итогу)

По результатам оценки времени затрачиваемом на дезинфекцию тубусов можно отметить, что мнение респондентов было неоднозначно. 50% респондентов считают, что данная процедура занимает слишком много рабочего времени, другие 50% респондентов не согласны с коллегами (таблица 9).

Мнение медицинских сестер о целесообразности смены дезинфицирующего средства с целью сокращения времени экспозиции (таблица 10).

Таблица 10 - Распределение мнений медицинских сестер относительно замены дезинфицирующего средства

Ответ	Абсолютная величина	Относительное число (в % к итогу)
Да, хотели	8	66,7
Нет, не хотели	4	33,3

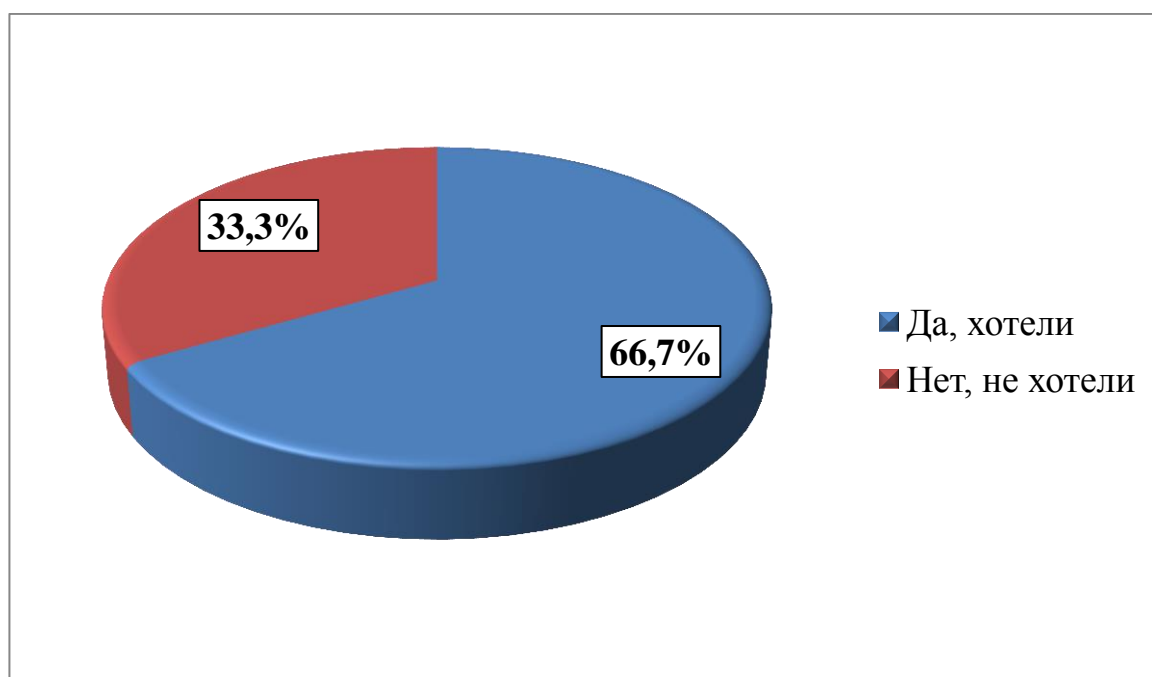


Рисунок 8 - Распределение мнений медицинских сестер относительно замены дезинфицирующего средства (в % к итогу)

Большая часть медицинских сестер (66,7%) хотела бы сократить время дезинфекции тубусов за счет смены дезинфицирующих средств. 33,3% опрошенных не желают сокращать время экспозиции тубусов.

Со сменой дезинфицирующего средства с меньшей экспозицией увеличится интенсивность работы ингалятора, оборот оборудования. Можно сделать вывод, что та часть респондентов, которая не изъявила желания заменить дезинфицирующее средство, не хотят увеличения интенсивности

работы ингалятория. Можно предположить, что данная категория людей избегает рабочего процесса.

В связи с тем, что процесс дезинфекции занимает определенное количество времени, в работе персонала, было интересно узнать, кто из персонала данного подразделения проводит дезинфекцию тубусов (первый этап стерилизации).

Таблица 11 - Распределение сотрудников проводящих дезинфекцию тубусов

Кто проводит дезинфекцию тубусов?	Абсолютное число	Относительное число (в % к итогу)
Медицинская сестра	12	100
Санитарка	0	0

По данным опроса мы можем видеть, что в данном отделении дезинфекцию тубусов проводят медицинские сестры.

В процессе опроса было выяснено, что помимо выполнения назначений врача медицинские сестры занимаются дезинфекцией тубусов (таблица 11), несомненно, это обязанности медицинской сестры с этим фактом сложно спорить, но в данной работе мы пытаемся найти варианты оптимизации нагрузки, в первую очередь нагрузки на медицинских сестер так как основная работа отделения лежит именно на них. В связи с этим, было интересно выяснить у респондентов о том, смогла бы санитарка взять на себя данную процедуру.

Таблица 12 - Распределение мнения медицинских сестер о дезинфекции тубусов

Справилась бы санитарка с дезинфекцией тубусов?	Абсолютное число	Относительное число (в % к итогу)
Да	12	100
Нет	0	0

100% опрошенных считают, что санитарка справиться с данной работой.

Исходя из полученных данных мы можем сделать вывод, что с дезинфекцией тубусов санитарка может справиться. Тем самым у медицинских сестер будет больше времени уделять работе с пациентами. Будет логичным передать данную обязанность младшему медицинскому персоналу.

Респондентам было предложено указать используют ли они в своей работе одноразовые токопроводящие гидрофильные прокладки при проведении импульсных токов и гальванизации (таблица 13).

Таблица 13 - Результат оценки использования одноразовых гидрофильных прокладок

Ответ	Абсолютное число	Относительное число (в % к итогу)
Да, используем	12	100,0
Нет, не используем	0	0

Использование одноразовых гидрофильных прокладок в разы облегчает работу медицинских сестер, так как одно из самых затратных по времени мероприятий это обработка прокладок.

Мы можем видеть, что в данной организации используются одноразовые гидрофильные прокладки.

По результатам оценки осуществления приема пациентов в порядке записи в данном отделении, были получены следующие результаты (таблица 14).

Таблица 14 - Доля осуществления приема пациентов по предварительной записи

Осуществляется ли прием по предварительной записи	Абсолютное число	Относительное число (в % к итогу)
Да, на все виды процедур	0	0
Да, но только на те процедуры, которые по времени проведения превышают 30 минут	12	100
Нет	0	0
Да, но только на те процедуры, которые по времени проведения превышают 10 минут	0	0

В данном отделении прием по записи осуществляется только на тот вид процедур, которые превышают 30 минут.

В процессе исследования было интересно выяснить мнение медицинских сестер о возможности осуществлять прием пациентов по предварительной записи.

Таблица 15 – Распространенность ответов медицинских сестер о возможности проведения процедур по предварительной записи

Возможно ли осуществлять прием пациентов по записи?	Абсолютное число	Относительное число (на 100 опрошенных)
Да	0	0
Да, но не на все виды процедур	10	83,3
Нет	2	16,7

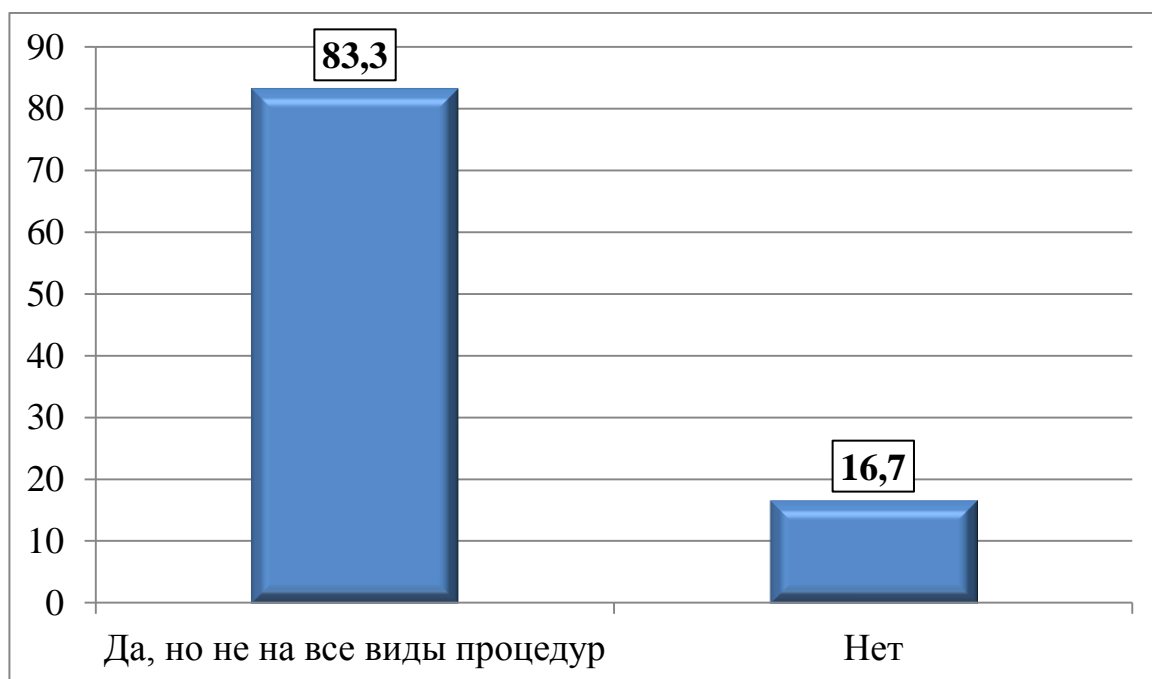


Рисунок 9 - Распространенность ответов медицинских сестер о возможности проведения процедур по предварительной записи (на 100 опрошенных)

На данном рисунке мы можем видеть, что большая часть медицинских сестер 83, 7(на 100 опрошенных) считает возможным проведение процедур по

записи, но не на все виды процедур, 16, 7(на 100 опрошенных) медицинских сестер считают, что прием по записи категорически невозможен.

Исходя из опыта медицинских сестер по физиотерапии, можно сделать вывод, что осуществлять прием пациентов по записи возможно, но не на все виды процедур.

В связи с тем, что нагрузка на медицинских сестер не равномерная (таблица 6) и отделение принимает пациентов на основные виды физиотерапевтических процедур без предварительной записи (таблица 14). Было интересно узнать у респондентов их мнение, о том распределиться ли их нагрузка в течение рабочего дня при введении записи на процедуры.

Таблица 16 - Распределение мнения медицинских сестер относительно нагрузки, после внедрения записи на процедуры

Внедрение записи на процедуры распределит нагрузку на медицинских сестер в течение дня?	Абсолютное число	Относительное число (в % к итогу)
Да	4	33,3
Нет	8	66,7

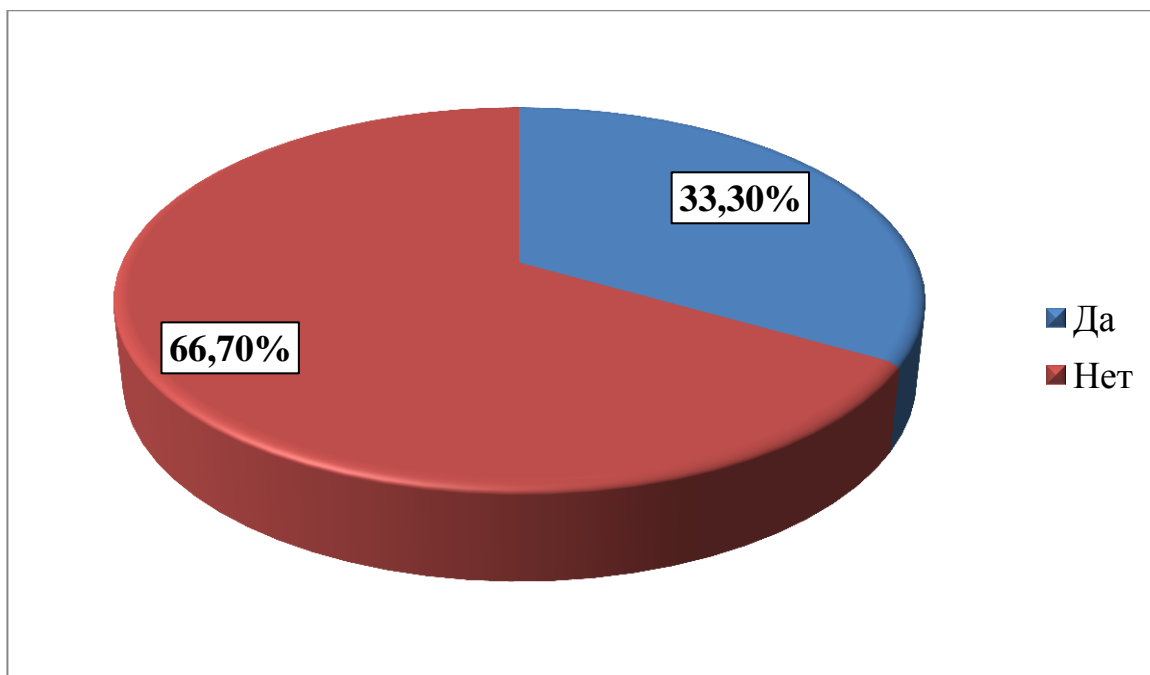


Рисунок 10 - Распределение мнения медицинских сестер относительно нагрузки, после внедрения записи на процедуры (в % к итогу)

На данном рисунке мы можем видеть, что мнения респондентов разделились: 33,3% медицинских сестер считают, что внедрение записи на процедуры распределит нагрузку на медицинских сестер в течение дня, а 66,7% медицинских сестер напротив считают, что внедрение записи на процедуры не повлияет на нагрузку.

По полученным данным можно сделать вывод, что медицинские сестры по физиотерапии не имеют представления о том, как путем внедрения расписания на процедуры распределиться нагрузка в течение рабочего дня.

Так как после внедрения записи на физиотерапевтические процедуры, пациенты будут обременены временными рамками, было интересно узнать мнение персонала о возможных проблемах посещаемости пациентов оздоровительных процедур (таблица 17).

Таблица 17 - Распределение мнения сотрудников относительно посещаемости пациентами оздоровительных процедур после внедрения записи

Внедрение записи на процедуры, сократит количество пациентов планирующих пройти курс лечения?	Абсолют число	Относительное число (в % к итогу)
Да, сократится	6	50
Нет, не сократится	6	50

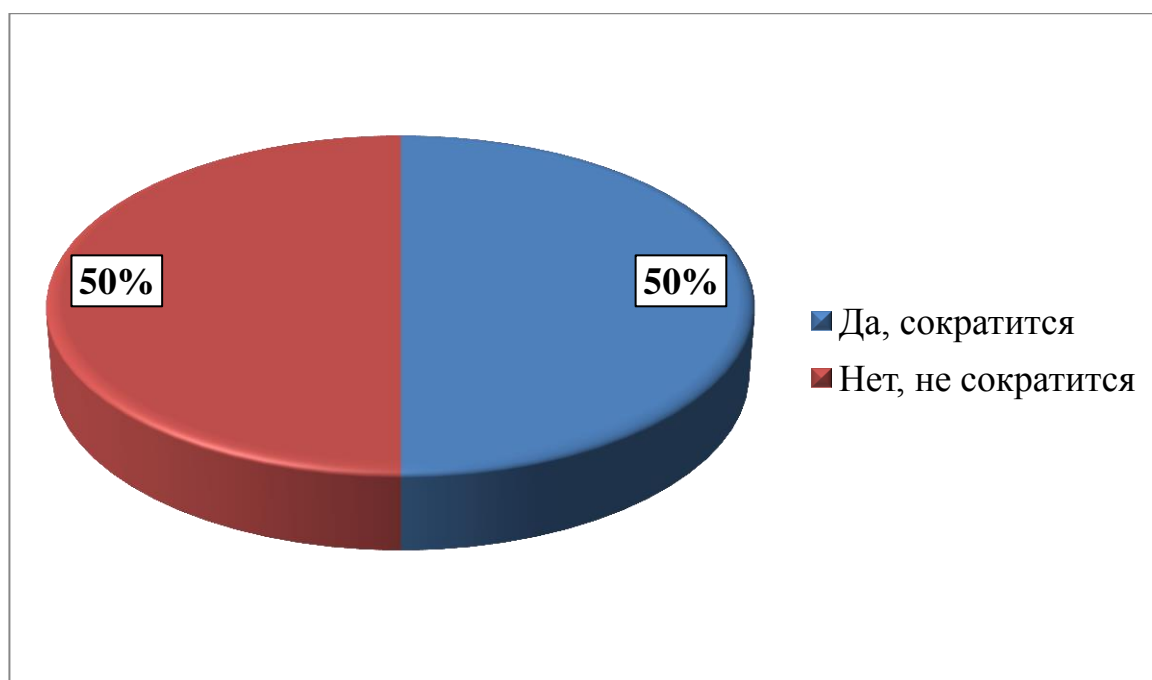


Рисунок 11 - Распределение мнения сотрудников относительно посещаемости пациентами оздоровительных процедур после внедрения записи (в % к итогу)

По данному рисунку видно, что мнения респондентов разделилось пополам, 50% считают, что с внедрением расписания на процедуры сократится число пациентов, которые хотели бы пройти курс физиотерапевтических

процедур, другие 50% опрошенных считают, что внедрение записи на процедуры никак не отразится на посещаемость.

В процессе исследования было интересно узнать о загруженности кабинета\кабин в первой половине рабочего дня, медицинским сестрам было предложено выбрать один из предложенных вариантов предоставленные в процентном соотношении (таблица 18).

Таблица 18 – Доля загруженности кабинета\кабин в первой половине рабочего дня

Загруженность кабин\кабинета	Абсолютное число	Относительное число (в % к итогу)
25% и менее	2	16,7
от 26% до 50%	2	16,7
от 51% до 75%	6	50
76% и более	2	16,7

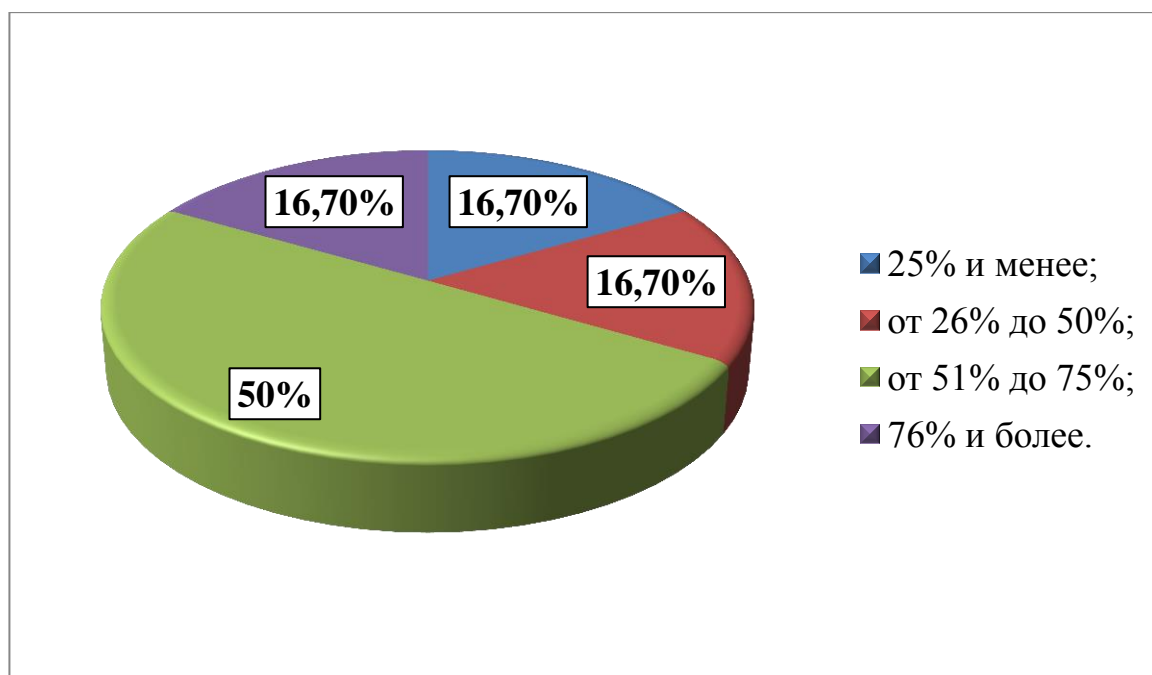


Рисунок 12 - Доля загруженности кабинета\кабин в первой половине рабочего дня (в % к итогу)

На данном рисунке мы можем видеть, что мнения респондентов разделилось, но 50% опрошенных единогласно считают, что загруженность кабинета\кабин в первой половине рабочего дня составляет от 51% до 75%, что является больше половины от общей нагрузки во время всего рабочего дня.

Можем сделать вывод о том, что основная нагрузка на медицинских сестер приходится в первой половине дня, на вторую половину дня приходится гораздо меньше. Данный факт является показателем неравномерности нагрузки в течение всего рабочего дня.

Так же в связи с тем, что в данном структурном подразделении прием пациентов производится без записи, есть большая вероятность простоя кабинета\кабин, было так же предложено выбрать соответствующий вариант представленного в процентном соотношении (таблица 19).

Таблица 19 - простой кабинета\кабин в течение рабочего дня

	Абсолютное число	Относительное число (в % к итогу)
25% и менее	12	100
от 26% до 50%	0	0
от 51% до 75%	0	0
76% и более	0	0

На данном рисунке видно, что медицинские сестры единогласно считают, что простой кабин в течение рабочего дня не превышает 25%.

2.4 Обработка результатов анкетирования пациентов получающих лечение в отделении медицинской реабилитации

Распределение пациентов по полу (таблица 20).

Таблица 20 - Распределение пациентов по полу

Пол	Абсолютное число	Относительное число (в % к итогу)
Мужской	10	33,3
Женский	20	66,7

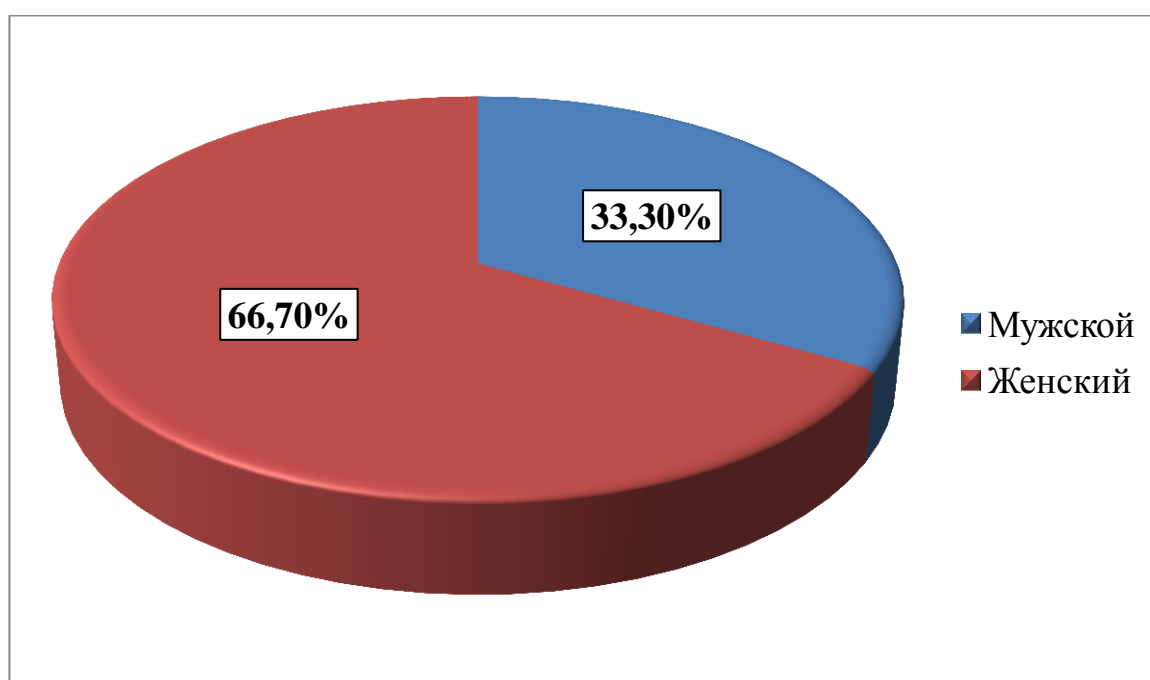


Рисунок 13 - Распределение пациентов по полу (в % к итогу).

Большую часть опрошенных составили женщины (66,7%), доля мужчин среди опрошенных составила 33,3%.

Из данного рисунка мы можем видеть, что среди опрошенных пациентов количество женщин преобладает над количеством мужчин.

Распределение пациентов по возрасту.

Таблица 21 - Распределение пациентов по возрасту

Возраст, лет	Абсолютное число	Относительное число (в % к итогу)
до 30	0	0
от 31 до 50	3	10
от 51 и старше	27	90

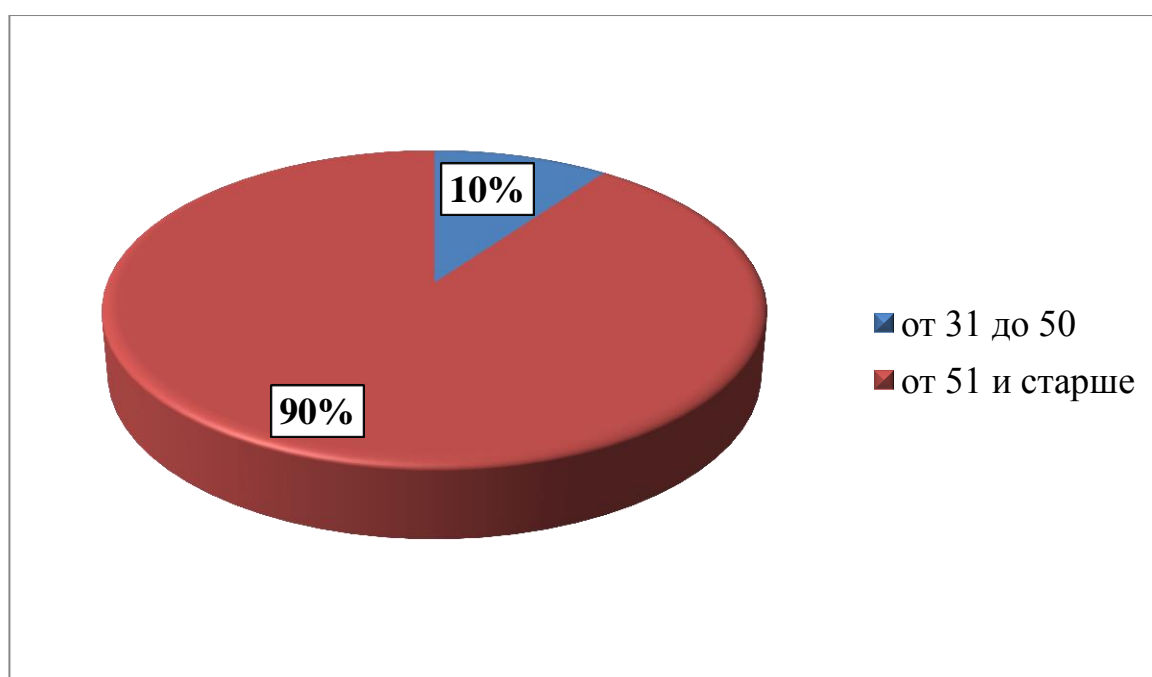


Рисунок 14 - Распределение пациентов по возрасту (в % к итогу).

На данном рисунке мы можем увидеть, большая часть пациентов в возрасте от 51 года и старше, что составляет 90% от всех опрошенных. Количество респондентов в возрасте от 31 до 50 составляет 10% от опрошенных и в возрасте до 30 лет 0% опрошенных.

Можно сделать вывод, что основной контингент обсуживаемых лиц, это люди пенсионного или предпенсионного возраста. Скорее всего, данная категория пациентов не имеет временных ограничений по времени для посещения физиотерапевтических процедур, так же имеются средневозрастные пациенты, которые имеют ограничения по времени посещения процедур.

Таблица 22 - Удовлетворенность работой отделения медицинской реабилитации

Устраивает ли вас работа данного отделения?	Абсолютные числа	Относительное число (в % к итогу)
Да, устраивает	30	100
Нет, не устраивает	0	0

По результатам оценки уровня удовлетворенности работой данного отделения можно отметить, что всех респондентов устраивает работа данного структурного подразделения (таблица 22).

В процессе опроса, хотелось выяснить приходилось ли пациентам сталкиваться с грубостью персонала. Был задан соответствующий вопрос (таблица 23).

Таблица 23 - Приходилось ли сталкиваться с грубостью персонала

Варианты ответов	Абсолютное число	Относительное число (в % к итогу)
Да	0	0
Нет	30	100

Респондентам не приходилось сталкиваться с грубостью от медицинского персонала.

Хотелось узнать мнение пациентов о том достаточно ли времени им уделяет медицинская сестра во время проведения процедур (таблица 24).

Таблица 24. Достаточно ли времени медицинские сестры уделяют пациентам.

Варианты ответа	Абсолютное число	Относительное число (в % к итогу)
Да	30	100
Нет	0	0

Можем видеть, что по мнению пациентов медицинская сестра во время физиотерапевтических процедур уделяет им достаточно времени.

В связи с тем, что в данном подразделении отсутствует запись на процедуры, хотелось выяснить, как пациенты оценивают время, которое они затрачивают на ожидания процедур (таблица 25).

Таблица 25 - Распространенность ответов, относительно времени, затраченного на ожидание процедур

Варианты ответов	Абсолютное число	Относительное число (в % к итогу)
5 и менее минут	21	70
6-10 минут	6	20
11-15 минут	3	10
16-20 минут	0	0
21-25 минут	0	0
26-30 минут	0	0
31 и более минут	0	0

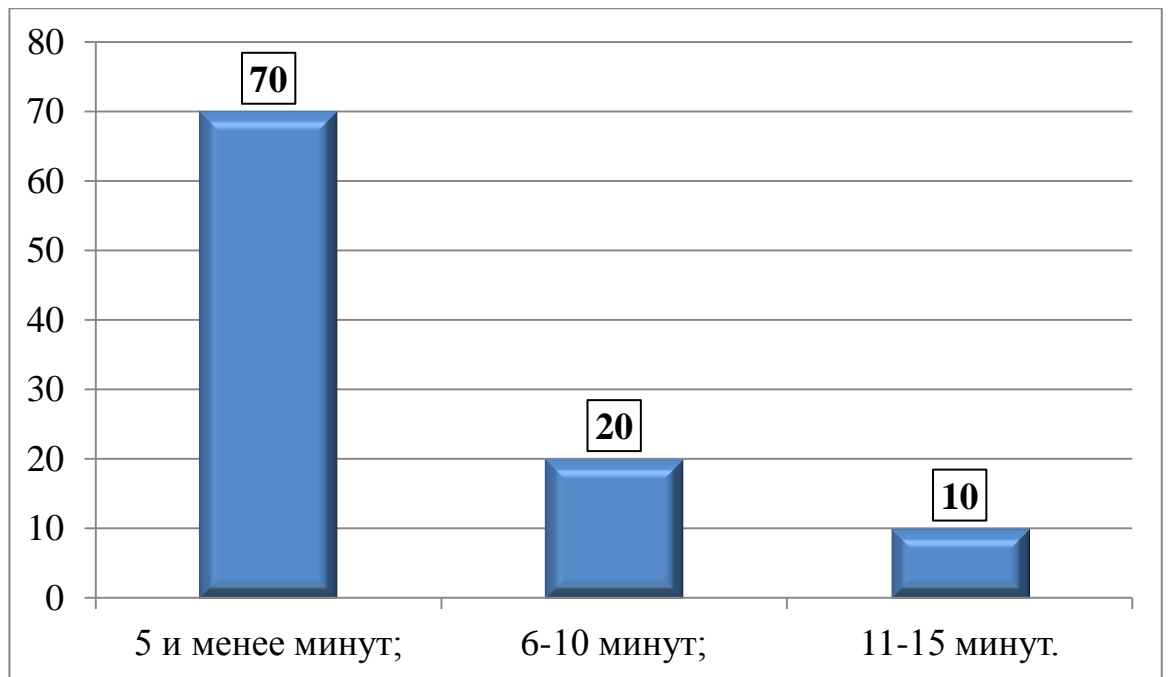


Рисунок 15 – Распространенность ответов, относительно времени, затраченного на ожидание процедур (на 100 опрошенных).

На данном рисунке мы можем видеть, что большая часть респондентов (70 (на 100 опрошенных)) ответило, что ждать им приходится 5 и менее минут, 20 (на 100 опрошенных) ответило, что им приходится ждать от 6-10 минут и всего лишь 10 (на 100 опрошенных) ответило, что они ожидают свои процедуры в течение 11-15 минут. Все остальные предложенные варианты остались не востребованными.

Можно сделать вывод, что среднее время ожидания процедур составляет 5 минут.

В связи с тем, что в данном отделении отсутствует запись на процедуры, хотелось выяснить удобно ли пациентам приходить на процедуры без предварительной записи (таблица 26).

Таблица 26 - Распределение мнений по поводу посещения физиотерапевтических процедур без предварительной записи.

Варианты ответов	Абсолютное число	Относительное число (в % к итогу)
Да	24	80
Нет	6	20

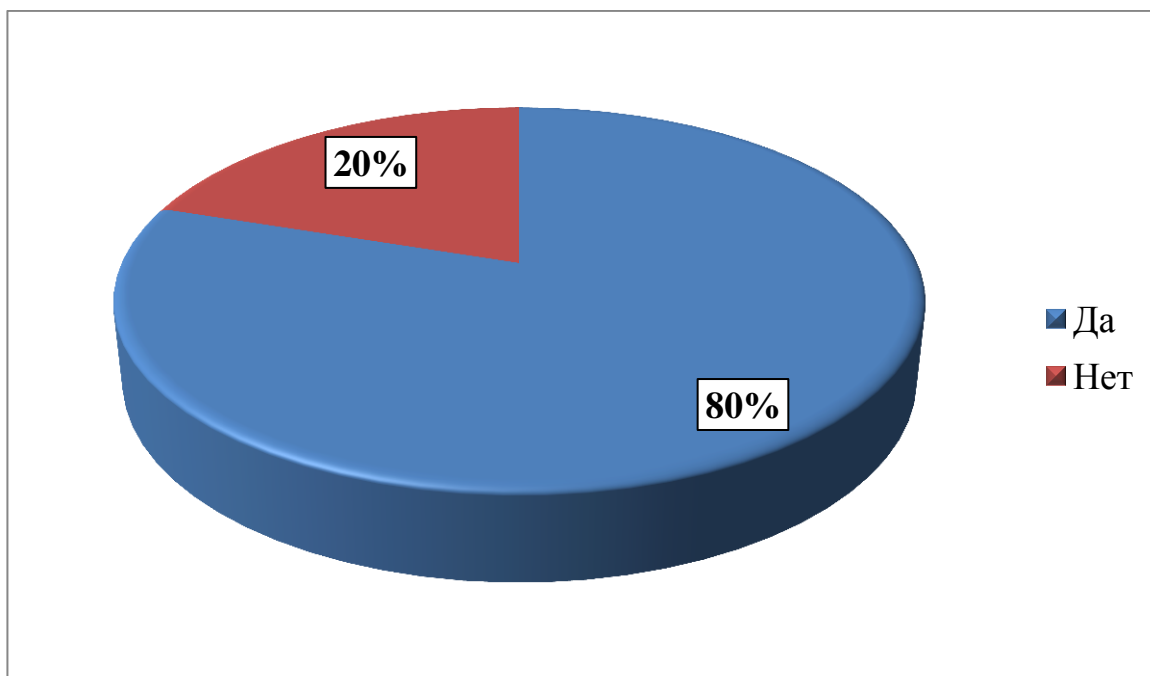


Рисунок 16 - Распределения мнений по поводу посещения физиотерапевтических процедур без предварительной записи (в % к итогу).

На данном рисунке мы можем видеть, что 20% респондентов неудобно посещать физиотерапевтические процедуры без предварительной записи, а 80% респондентов напротив удобно посещать без предварительной записи.

Распределение желания пациентов посещать физиотерапевтических процедуры по записи (таблица 27).

Таблица 27 - Распределение желания пациентов посещать физиотерапевтических процедуры по записи

Хотели бы Вы приходить на процедуры в отведенное для вас время?	Абсолютное число	Относительное число (в % к итогу)
Да	21	70
Нет	9	30

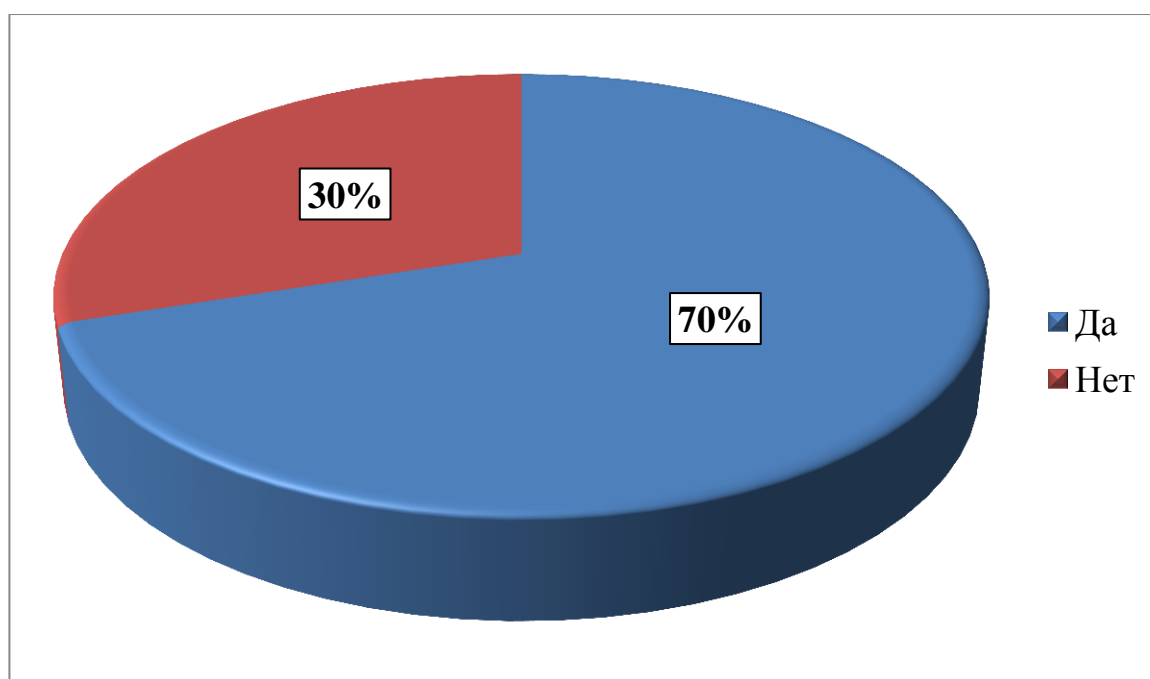


Рисунок 17 - Распределение желания пациентов посещать физиотерапевтических процедуры по записи (в % к итогу)

По данному рисунку мы можем видеть, что 70% респондентов выявили желание приходить на процедуры в определенное для них время, 30% респондентов напротив не хотят приходить на процедуры согласно записи.

Можно сделать вывод, что несмотря на то, что пациентам удобно посещать процедуры без предварительной записи (таблица 27), большая часть

респондентов хотели бы приходить на процедуры в определенное время согласно расписанию.

Респондентам было предложено выбрать промежуток времени работы отделения, в которое им удобнее всего приходить на процедуры (таблица 28).

Таблица 28 – Распространенность ответов респондентов, относительно удобного для них времени посещения процедур

Удобное время для посещения процедур	Абсолютное число	Относительное число (в % к итогу)
С 8.00 до 11.00	3	10
С 11.00 до 14.00	15	50
С 14.00 до 17.00	6	20
С 17.00 до 20.00	3	10
В любое время	3	10

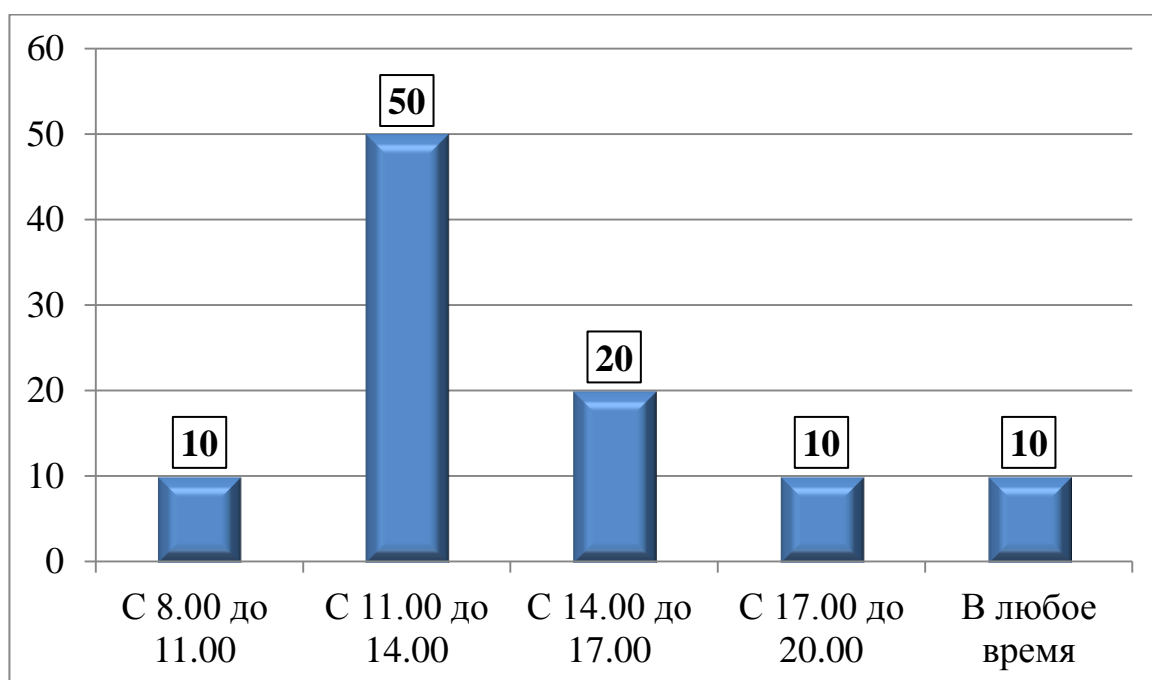


Рисунок 18 - Распространенность ответов респондентов, относительно удобного для них времени посещения процедур (на 100 опрошенных)

На данном рисунке мы можем видеть, что все варианты были востребованы, но 50 (на 100 опрошенных) респондентов выбрали время с 11.00

до 14.00, 20 (на 100 опрошенных) отметило как удобное время для прохождения процедур с 14.00 по 17.00, по 10 (на 100 опрошенных) респондентов выбрали время с 8.00 до 11.00 и с 17.00 до 20.00. Так же 10 (на 100 опрошенных) респондентов не выделяют для себя конкретного времени и им удобно приходить в любое из представленного времени.

Можно сделать следующий вывод, 60(на 100 опрошенных) респондентов, а это большая часть пациентов выбрали первую половину рабочего дня, 30(на 100 опрошенных) выбрали вторую половину дня для посещения процедур. 10 (на 100 опрошенных) удобно приходить в любое время. Отсюда следует, что мнение медицинских сестер, что нагрузка в течение дня не равномерна, подтверждается в данном опросе, так же с учетом того, что востребованным оказалось каждое время можно предположить о возможности внедрения записи на процедуры с учетом того, что сами респонденты были бы не против приходить в отведенное для них время (таблица 27).

В связи с рассмотрением варианта внедрения записи на процедуры, было интересно узнать, как повлияют трудности с записью на посещаемость (таблица 29).

Таблица 29 – Распространенность ответов относительно посещаемости физиотерапевтических процедур по предварительной записи

Если будут трудности с выбором времени при записи на процедуры то:	Абсолютные числа	Относительное число (в % к итогу)
Буду подстраиваться под расписание	27	90
Не буду ходить на процедуры	0	0
Другое	3	10

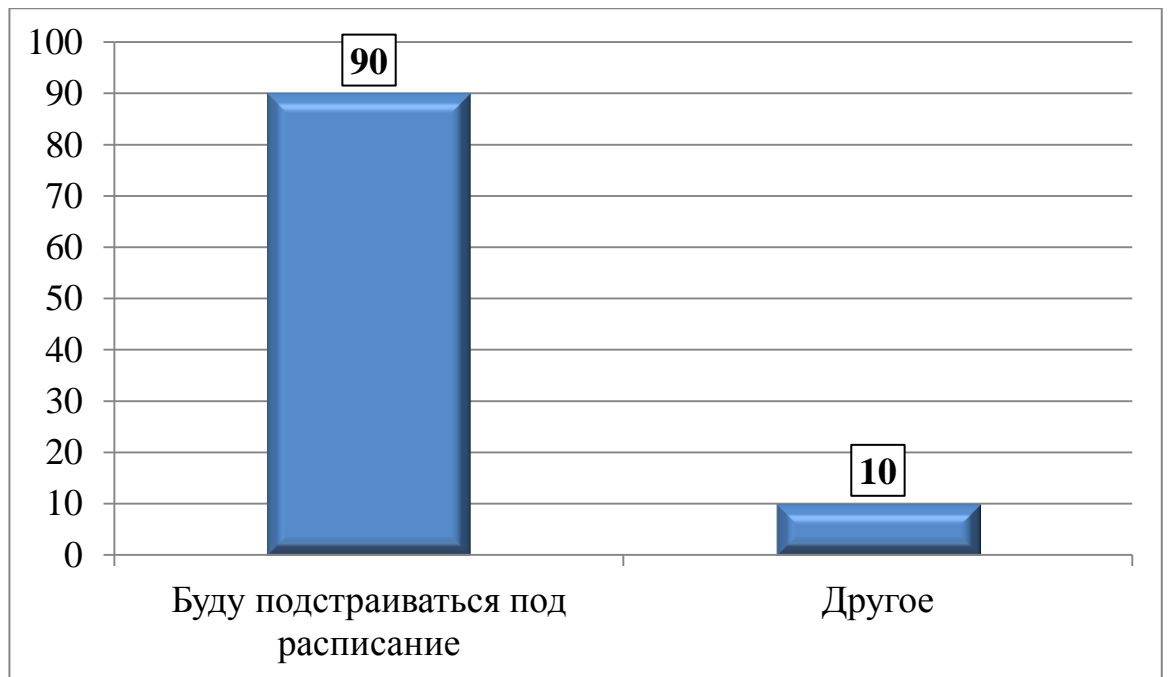


Рисунок 19 - Распространенность ответов относительно посещаемости физиотерапевтических процедур по предварительной записи (на 100 опрошенных)

На данном рисунке мы можем видеть, что 90 (на 100 опрошенных) респондентов готовы подстраиваться под расписание, так же нужно обратить внимание, что ни один из респондентов не сказал, что из-за сложностей в записи он не будет приходить на процедуры и 10 (на 100 опрошенных) респондентов выбрали «Другое».

Можно сделать следующий вывод: Количество пациентов желающих пройти курс лечения в отделении медицинской реабилитации после введения расписания не измениться.

Вывод

Для изучения данной темы были проанализированы отечественные источники литературы, документы регламентирующие работу отделения физиотерапии.

В процессе работы были разработаны анкеты, как для медицинских сестер, так и для пациентов проходящих лечение в отделение медицинской реабилитации, а в частности в кабинете физиотерапии.

В анкетировании приняли участие: 12 медицинских сестер по физиотерапии и 30 пациентов проходящих курс лечения в кабинете физиотерапии.

Исследование проходило на базе Отраслевого клинико-диагностического центра ПАО «Газпром» Филиала №1.

Для лучшей наглядности работы результаты исследования были представлены в виде таблиц и диаграмм.

В процессе исследования было выделено семь основных подразделов влияющие на организацию работы отделения:

- Возраст, квалификация и стаж работы медицинских сестер по физиотерапии;
- Нагрузка;
- Факторы, негативно влияющие на медицинских сестер во время рабочего процесса;
- Организация дезинфекции медицинских инструментов;
- Организация приема пациентов данного структурного подразделения;
- Загруженности кабинета\кабин отделения медицинской реабилитации.
- Посещаемость.

По окончанию анкетирования медицинских сестер были получены следующие результаты:

Большую часть медицинских сестер (66,7%) составили опытные сотрудники в возрасте 51 года и старше.

По результатам оценки уровня образования можно отметить, что все медицинские сестры имели среднее специальное образование.

33,3% опрошенных имели трудовой стаж по специальности «Физиотерапия» от 18 до 23 лет, такое же количество сотрудников – от 30 до 35 лет. Доля сотрудников с опытом работы менее 5 лет и от 12 до 17 лет составила по 16,7%.

Большее половины медицинских сестер 66,6% имеют высшую квалификационную категорию.

По результатам оценки нагрузки, было выявлено, что 83,3% медицинских сестер по физиотерапии считают, что их нагрузка в течение рабочего дня неравномерна.

Медицинские сестры выделяют 4 основных факторов, негативно влияющих на работу. На первом месте находится «нехватка кабин» 46,1 (на 100 опрошенных), второе место занимает «большое количество процедур на одного больного» 30,8 (на 100 опрошенных), третье место – «не корректная запись врача в карточке процедур» 15,4 (на 100 опрошенных) и четвертое место – «большая нагрузка в смену» 7,7(на 100 опрошенных).

По результатам оценки времени затрачиваемом на дезинфекцию тубусов мнение респондентов было неоднозначно. 50% респондентов считают, что данная процедура занимает слишком много рабочего времени, другие 50% респондентов не согласны с коллегами.

Большая часть медицинских сестер (66,7%) хотела бы сократить время дезинфекции тубусов за счет смены дезинфицирующих средств.

В результате опроса было выявлено, что в данном отделении дезинфекцию тубусов проводят медицинские сестры.

100% опрошенных считают, что дезинфекцию тубусов можно передать младшему медицинскому персоналу.

В данной организации используются одноразовые гидрофильные прокладки. Данный факт заметно упрощает работу медицинских сестер.

В данном отделении прием по записи осуществляется только на тот вид процедур, которые превышают 30 минут.

Большая часть медицинских сестер 83, 7% считает возможным проведение процедур по записи, но не на все виды процедур.

33,3% медицинских сестер считают, что внедрение записи на процедуры распределит нагрузку на медицинских сестер в течение дня, а 66,7% медицинских сестер напротив считают, что внедрение записи на процедуры не повлияет на нагрузку.

50% респондентов считают, что с внедрением расписания на процедуры сократится число пациентов, которые хотели бы пройти курс физиотерапевтических процедур, другие 50% опрошенных считают, что внедрение записи на процедуры никак не отразится на посещаемость.

50% опрошенных единогласно считают, что загруженность кабинета\кабин в первой половине рабочего дня составляет от 51% до 75%

Медицинские сестры единогласно считают, что простой кабин в течение рабочего дня не превышает 25%.

Анкетирование пациентов проходивших лечение в кабинете физиотерапии дало следующие результаты:

Большая часть пациентов в возрасте от 51 года и старше, что составляет 90% от всех опрошенных.

Респонденты отмечают, что с грубостью от медицинского персонала сталкиваться им не приходилось. Так же они отмечают, что медицинская сестра во время физиотерапевтических процедур уделяет пациентам достаточно времени.

Большая часть респондентов (70%) ответило, что ожидать процедуры им приходится 5 и менее минут.

Не смотря на то, что 80% респондентов ответили, что им удобно посещать процедуры без предварительной записи. 70% опрошенных изъявили

желание приходить на процедуры в определенное для них время. Согласно расписанию.

50% респондентов отметили удобное время для посещения физиотерапевтических процедур «с 11.00 до 14.00 часов»

В связи с рассмотрением варианта внедрения записи на процедуры, было интересно узнать, как повлияют трудности с записью на посещаемость. 90% респондентов готовы подстраиваться под расписание.

Заключение

Цель данного исследования: Рекомендации по оптимизации процесса в работе медицинских сестер отделения медицинской реабилитации.

Можно сделать вывод об ориентации кадровой политики подразделения на наиболее опытных работников и недостаточный акцент на молодых и средневозрастных сотрудников. Данный подход, к сожалению, может привести к нехватке квалифицированных работников с течением времени. Помимо этого, нехватка молодых перспективных медицинских сестер сказывается на приверженности современным способам лечения в связи со сложностями освоения возрастными сотрудниками новых методов медицинской помощи населению.

По результатам оценки уровня образования можно отметить, что все медицинские сестры имели среднее специальное образование (таблица 3)

Сотрудники, имеющие трудовой стаж более 18 лет, в большинстве своем в возрасте от 51 года и старше обладают глубокими знаниями по данной специальности, но в то же время являются зачастую недостаточно мотивированными к труду и к развитию.

В целом по отделению можно отметить высокий уровень квалификации среднего медицинского персонала. Больше половины медицинских сестер 66,6% имеют высшую квалификационную категорию. Доля работников с наличием первой квалификационной категории, и без наличия категории составило по 16,7%. Связано это в большинстве случаев с недостаточным стажем работы по специальности.

Респонденты выделяют 4 основных факторов, негативно влияющих на работу. На первом месте находится «нехватка кабин» 46,1%, второе место занимает «большое количество процедур на одного больного» 30,8%, третье место – «не корректная запись врача в карточке процедур» 15,4% и четвертое место – «большая нагрузка в смену» 7,7%.

Важно отметить, что большинство этих факторов возможно нивелировать посредством правильной организации труда. Можно сделать вывод о разобщенности коллектива и отсутствия командной работы, отсутствия желания оптимизировать свою нагрузку. Полученные данные отражают дефекты во взаимосвязи между врачебным медицинским персоналом и сестринским, что, несомненно, негативно отражается на качестве оказания медицинской помощи.

По результатам оценки времени затрачиваемом на дезинфекцию тубусов можно отметить, что мнение респондентов было неоднозначно. 50% респондентов считают, что данная процедура занимает слишком много рабочего времени, другие 50% респондентов не согласны с коллегами (таблица 9).

Большая часть медицинских сестер (66,7%) хотела бы сократить время дезинфекции тубусов за счет смены дезинфицирующих средств. 33,3% процента опрошенных не желают сокращать время экспозиции тубусов.

Со сменой дезинфицирующего средства с меньшей экспозицией увеличится интенсивность работы ингалятория, оборот оборудования. Можно сделать вывод, что та часть респондентов, которая не изъявила желания заменить дезинфицирующее средство, не хотят увеличения интенсивности работы ингалятория. Можно предположить, что данная категория людей избегает рабочего процесса.

Использование одноразовых гидрофильных прокладок в разы облегчает работу медицинских сестер, так как одно из самых затратных по времени мероприятий это обработка прокладок.

Мы можем видеть, что в данной организации используются одноразовые гидрофильные прокладки.

По рисунку можно сказать, что в данном отделении прием по записи осуществляется только на тот вид процедур, которые превышают 30 минут.

На данном рисунке мы можем видеть, что большая часть медицинских сестер 83, 7% считает возможным проведение процедур по записи, но не на все

виды процедур, 16, 7% медицинских сестер считают, что прием по записи категорически невозможен.

Исходя из опыта медицинских сестер по физиотерапии, можно сделать вывод, что осуществлять прием пациентов по записи возможно, но не на все виды процедур.

На данном рисунке мы можем видеть, что мнения респондентов разделились: 33,3% медицинских сестер считают, что внедрение записи на процедуры распределит нагрузку на медицинских сестер в течение дня, а 66,7% медицинских сестер напротив считают, что внедрение записи на процедуры не повлияет на нагрузку.

По полученным данным можно сделать вывод, что медицинские сестры по физиотерапии не имеют представления о том, как путем внедрения расписания на процедуры распределиться нагрузка в течение рабочего дня.

По данному рисунку видно, что мнения респондентов разделилось пополам, 50% считают, что с внедрением расписания на процедуры сократится число пациентов, которые хотели бы пройти курс физиотерапевтических процедур, другие 50% опрошенных считают, что внедрение записи на процедуры никак не отразится на посещаемость.

По данным опроса мы можем видеть, что в данном отделение дезинфекцию тубусов проводят медицинские сестры.

100% опрошенных считают, что санитарка справиться с данной работой.

Исходя из полученных данных мы можем сделать вывод, что с дезинфекцией тубусов санитарка может справиться. Тем самым у медицинских сестер будут больше времени уделять работе с пациентами. Будет логичным передать данную обязанность младшему медицинскому персоналу.

На данном рисунке мы можем видеть, что мнения респондентов разделилось, но 50% опрошенных единогласно считают, что загруженность кабинета\кабин в первой половине рабочего дня составляет от 51% до 75%, что является больше половины от общей нагрузки во время всего рабочего дня.

Можем сделать вывод о том, что основная нагрузка на медицинских сестер приходится в первой половине дня, на вторую половину дня приходится гораздо меньше. Данный факт является показателем неравномерности нагрузки в течение всего рабочего дня.

На данном рисунке видно, что медицинские сестры единогласно считают, что простой кабин в течение рабочего дня не превышает 25%.

Обработка результатов анкетирования пациентов получающих лечение в отделении медицинской реабилитации

Распределение пациентов по полу (таблица 20).

Среди опрошенных пациентов количество женщин преобладает над количеством мужчин.

На данном рисунке мы можем увидеть, большая часть пациентов в возрасте от 51 года и старше, что составляет 90% от всех опрошенных. Количество респондентов в возрасте от 31 до 50 составляет 10% от опрошенных и в возрасте до 30 лет 0% опрошенных.

Можно сделать вывод, что основной контингент обсуживаемых лиц, это люди пенсионного или предпенсионного возраста. Скорее всего, данная категория пациентов не имеет временных ограничений по времени для посещения физиотерапевтических процедур, так же имеются средневозрастные пациенты, которые имеют ограничения по времени посещения процедур.

По данному рисунку мы можем видеть, что с грубостью от медицинского персонала сталкиваться респондентам не приходилось.

На данном рисунке мы можем видеть, что по мнению пациентов медицинская сестра во время физиотерапевтических процедур уделяет им достаточно времени.

На данном рисунке мы можем видеть, что большая часть респондентов (70%) ответило, что ждать им приходится 5 и менее минут, 20% ответило, что им приходится ждать от 6-10 минут и всего лишь 10% ответило, что они ожидают свои процедуры в течение 11-15 минут. Все остальные предложенные варианты остались не востребованными.

Можно сделать вывод, что время ожидания процедур находится в рамках допустимого.

На данном рисунке мы можем видеть, что 20% респондентов неудобно посещать физиотерапевтические процедуры без предварительной записи, а 80% респондентов напротив удобно посещать без предварительной записи.

По данному рисунку мы можем видеть, что 70% респондентов выявили желание приходить на процедуры в определенное для них время, 30% респондентов напротив не хотят приходить на процедуры согласно записи.

Можно сделать вывод, что несмотря на то, что пациентам удобно посещать процедуры без предварительной записи (таблица 27), большая часть респондентов хотели бы приходить на процедуры в определенное время согласно расписанию.

На данном рисунке мы можем видеть, что все варианты были востребованы, но 50% респондентов выбрали время с 11.00 до 14.00, 20% отметило как удобное время для прохождения процедур с 14.00 по 17.00, по 10% респондентов выбрали время с 8.00 до 11.00 и с 17.00 до 20.00. Так же 10% респондентов не выделяют для себя конкретного времени и им удобно приходить в любое из представленного времени.

Можно сделать следующий вывод, 60% респондентов, а это большая часть пациентов выбрали первую половину рабочего дня, 30% выбрали вторую половину дня для посещения процедур. 10% удобно приходить в любое время. Отсюда следует, что мнение медицинских сестер, что нагрузка в течение дня не равномерна, подтверждается в данном опросе, так же с учетом того, что востребованным оказалось каждое время можно предположить о возможности внедрения записи на процедуры с учетом того, что сами респонденты были бы не против приходить в отведенное для них время (таблица 27).

На данном рисунке мы можем видеть, что 90% респондентов готовы подстраиваться под расписание, так же нужно обратить внимание, что ни один из респондентов не сказал, что из-за сложностей в записи он не будет приходить на процедуры и 10% респондентов выбрали «Другое».

Можно сделать следующий вывод: Количество пациентов желающих пройти курс лечения в отделении медицинской реабилитации после введения расписания не измениться.

Рекомендации

Проанализировав полученные данные можно предложить следующие рекомендации:

1. Внедрение расписания на процедуры, которые длятся от 10 и более минут.
2. Постепенное обновление коллектива, более молодыми специалистами.
3. Смена дезинфицирующего средства с меньшей экспозицией.
4. Передача младшему медицинскому персоналу обязательств по дезинфекции инструментов.

Список использованных источников.

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. N 1705н «О Порядке организации медицинской реабилитации».
2. Приказ МЗ СССР № 1440 от 21 декабря 1984 года «Об утверждении условных единиц на выполнение физиотерапевтических процедур, норм времени по массажу, положений о физиотерапевтических подразделениях и их персонале».
3. Приказ Минздрава СССР от 4.11.1986 N 1453 «О введении в действие отраслевого стандарта ОСТ 42-21-16-86 «ССБТ. Отделения, кабинеты физиотерапии. Общие требования безопасности».
4. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.11.2004 N 278 «Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с болезнями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, кишечника».
5. Приказ Минздрава России от 06.08.2013 N 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций» (Зарегистрировано в Минюсте России 13.09.2013 N 29950).
6. Приказ Минздрава СССР от 11.10.1982 N 999 (ред. от 16.10.2001) "О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала городских поликлиник, расположенных в городах с населением свыше 25 тысяч человек" (вместе с "Порядком применения штатных нормативов медицинского персонала городских и детских городских поликлиник, расположенных в городах с населением свыше 25 тысяч человек").
7. ГОСТ 12.1.040-83*. Государственный стандарт Союза ССР. Система стандартов безопасности труда. Лазерная безопасность. Общие положения" (введен в действие Постановлением Госстандарта СССР от 31.01.1983 N 560) (ред. от 01.12.1985).
8. ОСТ 42-21-16-86 ССБТ. Отделения, кабинеты физиотерапии. Общие требования безопасности. – М.,1986.

9. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность". – М.,2010.

10. Пономаренко Г.Н. Организация работы физиотерапевтических отделений лечебных учреждений: Методическое пособие. - Санкт-Петербург, 2011. – 112 с.

11. Общая физиотерапия: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования, обучающихся по специальности 060101.65 "Лечебное дело" по дисциплине "Медицинская реабилитация" / Г. Н. Пономаренко. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 368 с.

12. Пономаренко, Г.Н. Основы физиотерапии: Учебник / Г.Н. Пономаренко. - М.: Медицина, 2008. - 416 с.

13. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: учеб. пос. для практ. занятий / под ред. В.З. Кучеренко. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 256 с.

14. Ибатов А.Д., Пушкова С.В. Основы реабилитологии: Учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 160 с.

15. В.З. Кучеренко. Избранные лекции по общественному здоровью и здравоохранению: учебное пособие / В.З. Кучеренко - М. : Медицина, 2010. - 464 с.

16. Организация и проведение исследований в области сестринского дела. М.: Т-во научн. изданий КМК. 2006. – 163 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Уважаемые пациенты!

В рамках выпускной Квалификационной работы на тему: «Роль медицинских сестер по физиотерапии в оптимизации нагрузки работы отделения медицинской реабилитации» прошу Вас принять участие в проведении данного исследования и ответить на вопросы анкеты. Исследование анонимное. Результаты будут использоваться только в учебных целях.

1. Пол:

- А) Мужской
- Б) Женский

2. Ваш возраст (в годах):

- А) до 30;
- Б) от 31 до 51;
- В) от 51 и старше;

3. Устраивает ли Вас работа данного отделения?

- А) Да
- Б) Нет

4. Приходилось ли Вам сталкиваться с грубостью персонала данного отделения?

- А) Да
- Б) Нет

5. Достаточно ли времени на Ваш взгляд Вам уделяет медицинская сестра во время проведения процедуры?

- А) Да
- Б) Нет

6. Как долго Вы ожидаете приглашения на процедуры?

- А) 5 и менее минут;
- Б) 6-10 минут;
- В) 11 – 15 минут;
- Г) 16 – 20 минут;
- Д) 21 – 25 минут;
- Е) 26 – 30 минут;
- Ж) 31 и более минут.

7. Удобно ли Вам посещать физиотерапевтические процедуры без предварительной записи?

- А) Да;
- Б) Нет.

8. Хотели бы вы приходить на свои процедуры в отведенное для вас время?

- А) Да;
- Б) Нет.

9. В какое время Вам удобнее приходить на физиотерапевтические процедуры?

- А) с 8.00 до 11.00;
- Б) с 11.00 до 14.00;
- В) с 14.00 до 17.00;
- Г) с 17.00 до 20.00;
- Д) в любое время.

10. Если будут трудности с выбором времени при записи на процедуры то:

- А) Буду подстраиваться под расписание;
- Б) Не буду ходить на процедуры;
- В) Другое.

Спасибо за участие!

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Уважаемые коллеги!

В рамках выпускной Квалификационной работы на тему: «Роль медицинских сестер по физиотерапии в оптимизации нагрузки работы отделения медицинской реабилитации» прошу Вас принять участие в проведении данного исследования и ответить на вопросы анкеты. Исследование анонимное. Результаты будут использоваться только в учебных целях.

1. Ваш возраст (в годах):

- А) до 30;
- Б) от 31 до 51;
- В) от 51 и старше;

2. Уровень образования:

- А) среднее специальное;
- Б) высшее медицинское;
- В) Высшее не медицинское;
- Г) два и более высших;

3. Ваш стаж работы, по специальности физиотерапия, в данном ЛПУ?

- А) менее 5 лет;
- Б) от 6 до 11 лет;
- В) от 12 до 17 лет;
- Г) от 18 до 23 лет;
- Д) от 24 до 29 лет;
- Е) от 30 до 35 лет;

4. Квалификационная категория:

- А) вторая;
- Б) первая;
- В) высшая;
- Г) нет категории;

5. Считаете ли вы свою нагрузку в течение дня равномерной?

А) Да;

Б) Нет;

6. Удовлетворены ли Вы организацией работы отделения?

А) удовлетворены;

Б) удовлетворены не в полной мере;

В) не удовлетворены;

7. Производственные факторы негативно влияющие на Вас на рабочем месте (выбрать не более трех факторов):

А) недостаточное количество времени;

Б) большое количество процедур на одного больного;

В) нехватка кабин;

Г) плохие отношения с коллективом;

Д) выполнение работы сверх функциональных обязанностей;

Е) не корректная запись врача в карточке процедур;

Ж) большая нагрузка в смену;

З) Другое.

8. Согласны ли Вы с утверждением, что слишком много рабочего времени затрачивается на дезинфекцию тубусов?

А) Да;

Б) Нет;

9. Хотели бы Вы сократить время экспозиции тубусов в дезинфицирующем растворе до 5 минут путем смены дезинфицирующего средства?

А) Да;

Б) Нет;

В) мы уже используем такие дезинфицирующие средства.

10. Используете ли вы в своей организации одноразовые гидрофильные прокладки?

А) Да;

Б) Нет;

11. Осуществляется ли в вашем отделении прием по предварительной записи?

А) Да, на все виды процедур;

Б) Да, но только на те процедуры, которые по времени проведения превышают 30 минут;

В) Нет;

Г) Да, но только на те процедуры, которые по времени проведения превышают 10 минут.

12. Как Вы считаете, возможно ли осуществлять прием пациентов по записи?

А) Да;

Б) Да, но не на все виды процедур;

В) Нет.

13. Как Вы считаете, внедрение записи на процедуры распределит нагрузку на медицинских сестер в течение дня?

А) Да;

Б) Нет;

14. Как Вы считаете, внедрение записи на процедуры, сократит количество пациентов планирующих пройти курс лечения?

А) Да;

Б) Нет.

15. Кто проводит дезинфекцию тубусов в вашем отделении?

А) медицинские сестры;

Б) санитарки.

16. Как Вы считаете, справилась бы санитарка с дезинфекцией тубусов?

А) Да;

Б) Нет.

17. Равномерная ли загруженность кабинета/кабинетов в течение рабочего дня?

А) Да;

Б) Нет;

18. Какая загруженность кабинета/кабинетов в первой половине рабочего дня? (в процентном соотношении)

А) 25% и менее;

Б) от 26% до 50%;

В) от 51% до 75%;

Г) 76% и более.

19. Простой кабин в отделении в течение рабочего дня составляет:

А) 25% и менее;

Б) от 26% до 50%;

В) от 51% до 75%;

Г) 76% и более.

Спасибо за участие!

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Список документов регламентирующих деятельность физиотерапии.

1. Федеральный закон от 04.05.2011 N 99-ФЗ (ред. от 13.07.2015, с изм. от 30.12.2015) «О лицензировании отдельных видов деятельности» (с изм. и доп., вступ. в силу с 10.01.2016).
2. Приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации» (Зарегистрировано в Минюсте России 22.02.2013 N 27276).
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 01.12.2005 N 753 «Об оснащении диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждений муниципальных образований».
4. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 N 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 25.08.2010 N 18247).
5. Приказ Минздрава СССР от 11.10.1982 N 999 (ред. от 16.10.2001) «О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала городских поликлиник, расположенных в городах с населением свыше 25 тысяч человек» (вместе с «Порядком применения штатных нормативов медицинского персонала городских и детских городских поликлиник, расположенных в городах с населением свыше 25 тысяч человек»).
6. Приказ Минздрава СССР от 04.11.1986 N 1453 «О введении в действие отраслевого стандарта ОСТ 42-21-16-86 «ССБТ. Отделения, кабинеты физиотерапии. Общие требования безопасности».
7. Приказ Минздрава СССР от 22.07.1987 N 902 «Об отмене планирования и оценки работы амбулаторно-поликлинических учреждений по числу посещений».

8. Приказ Минздрава России от 06.08.2013 N 529н "Об утверждении номенклатуры медицинских организаций" (Зарегистрировано в Минюсте России 13.09.2013 N 29950)

9. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 09.12.2010 N 163 «Об утверждении СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами» (вместе с «СанПиН 2.1.7.2790-10. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы...») (Зарегистрировано в Минюсте РФ 17.02.2011 N 19871).

10. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 N 58 (ред. от 04.03.2016) «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (вместе с "СанПиН 2.1.3.2630-10. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы...») (Зарегистрировано в Минюсте России 09.08.2010 N 18094).

11. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.11.2004 N 278 «Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с болезнями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, кишечника».

12. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.11.2004 N 277 «Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с болезнями печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы».

13. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.11.2004 N 276 «Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с цереброваскулярными болезнями».

14. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.11.2004 N 275 «Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с болезнями уха и сосцевидного отростка, верхних дыхательных путей».

15. Приказ Минздрава РФ от 29.04.1997 N 126 «Об организации работы по охране труда в органах управления, учреждениях, организациях и на предприятиях системы Министерства здравоохранения Российской Федерации».

16. Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н (ред. от 05.12.2014) «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» (Зарегистрировано в Минюсте России 21.10.2011 N 22111).

17. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" (утв. ВС РФ 22.07.1993 N 5487-1) (ред. от 07.12.2011).

18. Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 N 291 (ред. от 15.04.2013) «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»(вместе с «Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»).

19. Постановление Госкомстата РФ от 10.09.2002 N 175 (ред. от 29.12.2011) «Об утверждении форм федерального государственного статистического наблюдения за заболеваемостью населения, профилактическими прививками, деятельностью медицинских учреждений».

20. Санитарные нормы и правила устройства и эксплуатации лазеров (утв. Главным государственным санитарным врачом СССР 31.07.1991 N 5804-91).

21. ГОСТ 12.0.004-90. Межгосударственный стандарт. Система стандартов безопасности труда. Организация обучения безопасности труда. Общие положения" (утв. и введен в действие Постановлением Госстандарта СССР от 05.11.1990 N 2797)

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ

медицинской сестры по физиотерапии физиотерапевтического отделения

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Медицинская сестра по физиотерапии относится к категории служащих.

1.2. На должность медицинской сестры по физиотерапии физиотерапевтического отделения (далее - отделение) Медицинского частного учреждения «Поликлиника» (далее - Поликлиника) назначается работник, имеющий среднее профессиональное медицинское образование по специальности «Сестринское дело» и сертификат специалиста по специальности «Физиотерапия» без предъявления требований к стажу работы.

1.3. Назначение и увольнение медицинской сестры по физиотерапии осуществляется приказом главного врача Поликлиники.

1.4. Медицинская сестра по физиотерапии непосредственно подчиняется старшей медсестре и заведующему отделением.

1.5. В своей работе медицинская сестра по физиотерапии руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, законом об охране здоровья граждан и иными нормативно-правовыми актами по вопросам здравоохранения, Уставом Поликлиники, Положением об Отделении, настоящей инструкцией, локальными нормативными актами Поликлиники, Правилами внутреннего трудового распорядка, Коллективным договором между работниками и администрацией Поликлиники, указаниями заведующего отделением и старшей медицинской сестры.

II. ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ

Медицинская сестра по физиотерапии обязана:

2.1. Подготавливать перед приемом рабочее место, контролируя наличие необходимого медицинского имущества, оборудования, документации, проверяя исправность аппаратуры.

2.2. Выполнять профилактические, лечебные, реабилитационные мероприятия, назначенные врачом – физиотерапевтом.

2.3. Следить за состоянием больного во время проведения процедуры и за работой аппарата, показаниями измерительных приборов, сигнальных часов во время отпуска процедур.

2.4. Немедленно прекращать проведение процедуры при ухудшении состояния больного.

При необходимости оказать ему первую доврачебную помощь, немедленно сообщить врачу.

2.5 . Находиться постоянно на рабочем месте во время отпуска процедур.

2.6. Соблюдать правила обработки гидрофильных прокладок, электродов, тубусов и другого медицинского инвентаря.

2.7. Выполнять процедуры в соответствии с назначенной методикой.

2.8. Вести необходимую учетно-отчетную документацию и своевременно подавать отчет о проделанной работе.

2.9. Следить за содержанием в исправности медицинского оборудования.

2.10. Соблюдать правила техники безопасности и противопожарной безопасности при работе в отделении.

2.11. Осуществлять мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в помещении, правил асептики и антисептики.

2.12. Осуществлять сбор и утилизацию медицинских отходов.

2.13. Систематически повышать свою квалификацию.

2.14. Своевременно и в полном объеме выполнять распоряжения и указания заведующего отделением, врача-физиотерапевта, старшей медицинской сестры.

2.15. Проводить санитарно-просветительную работу.

2.16. Обеспечивать правильное хранение, учет использования лекарственных средств.

2.17. Обеспечивать инфекционную безопасность пациентов и медицинского персонала, выполнять требования инфекционного контроля в физиотерапевтическом отделении.

2.18. Соблюдать нормы этики поведения и принципы медицинской деонтологии. Не допускать: неуместные разговоры и действия в кабинетах и коридорах; небрежность, бестактность и недоброжелательность персонала по отношению к пациентам, а также коллегам по работе. Создавать в отделении обстановку взаимного доверия и уважения.

III. ПРАВА

Медицинская сестра по физиотерапии имеет право:

3.1. Предъявлять требования руководству по созданию необходимых условий на рабочем месте, обеспечивающих качественное выполнение своих должностных обязанностей.

3.2. Контролировать работу младшего медицинского персонала отделения в пределах должностной компетенции.

3.3. Повышать свою квалификацию на рабочих местах, курсах усовершенствования, сестринских конференциях в установленном порядке.

3.4. Получать необходимую информацию для выполнения своих функциональных обязанностей от заведующего отделением, старшей медицинской сестры отделения и главной медицинской сестры Филиала NQ 1.

3.5. Принимать участие в совещаниях при обсуждении работы отделения.

3.6. Требовать от посетителей соблюдения правил внутреннего распорядка Филиала

IV. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Медицинская сестра по физиотерапии несет ответственность:

4.1. За ненадлежащее исполнение или неисполнение своих должностных обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией, в пределах, определенных действующим трудовым законодательством Российской Федерации.

4.2. За правонарушения, совершенные в процессе осуществления своей деятельности, - в пределах, определенных действующим административным, уголовным и гражданским законодательством Российской Федерации.

4.3. За ошибки, повлекшие за собой тяжкие последствия (причинение вреда здоровью людей), - в пределах действующего административного, уголовного и гражданского законодательства.

4.4. За соблюдение правил конфиденциальности и сохранности служебной информации.

V. ТРЕБОВАНИЯ К ЗНАНИЯМ

Медицинская сестра по физиотерапии должна знать: 5.1. Конституцию Российской Федерации.

5.2. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан,

федеральные законы и иные нормативные правовые акты по вопросам здравоохранения. 5.3 Теоретические основы сестринского дела.

5.4. Основы медицины катастроф.

5.5. Аппаратуру, применяемую в физиотерапии, ее технические возможности, методики проведения физиотерапевтических процедур; правила и требования к оборудованию физиотерапевтического отделения;

5.6. Правила эксплуатации медицинского инструментария и оборудования.

5.7. Возможные осложнения при проведении физиотерапевтических процедур, меры по профилактике, принципы оказания неотложной помощи при поражениях электрическим током, световым излучением, электромагнитным полем и др.

5.8. Правила сбора, хранения и удаления отходов медицинских организаций.

5.9. Организацию социальной и медицинской реабилитации больных.

5.10. Организацию санитарного просвещения, гигиенического воспитания населения и пропаганды здорового образа жизни.

5.11. Основы медицинской этики и деонтологии; правовые аспекты медицинской деятельности.

5.12. Основы трудового законодательства.

5.13. Технику безопасности в физиотерапевтическом отделении, нормативные документы по охране труда и технике безопасности.

5.14. Основные виды медицинской документации, правила ведения медицинской документации структурного подразделения.

5.15. Действующие локальные Положения об оплате труда, материальном стимулировании работников, о режиме коммерческой тайны, о порядке подготовки и предоставления информационных материалов средствам массовой информации, о защите персональных данных; Коллективный договор между работодателем и работниками Поликлиники, Правила внутреннего распорядка; требования приказов и инструкций.

Заведующий отделением медицинской реабилитации Поликлиники

С инструкцией ознакомлена. Согласна. Один экземпляр получила на руки.