Дипломная работа

Оптимизация сестринской помощи детям с психоневрологической патологией в специализированном детском санатории

Содержание

[Введение](#_Toc317274587)

[Глава 1. Обзор литературы (реабилитация детей с психоневрологической патологией в медицинских учреждениях санаторного типа)](#_Toc317274588)

[Глава 2 Структура и организация деятельности санатория "Ласточка"](#_Toc317274589)

[2.1 Структура санатория "Ласточка](#_Toc317274590)

[2.2 Организация деятельности санатория](#_Toc317274591)

[2.2.1 Организация заезда](#_Toc317274592)

[2.2.2 Отбор детей для санаторного лечения](#_Toc317274593)

[2.2.3 Организация приема детей](#_Toc317274594)

[2.2.4 Период активного лечения и реабилитации](#_Toc317274595)

[2.2.5 Период подготовки ребенка к выписке](#_Toc317274596)

[2.2.6 Эффективность лечения и реабилитации детей](#_Toc317274597)

[2.3 Анализ должностных обязанностей медицинских сестер](#_Toc317274598)

[2.4 Анализ результатов исследования](#_Toc317274599)

[Глава 3 Оценка качества медицинской помощи детям в санатории "Ласточка"](#_Toc317274600)

[3.1 Опыт оценки качества сестринской помощи](#_Toc317274601)

[3.2 Оценка качества работы медицинских сестер санатория "Ласточка"](#_Toc317274602)

[3.3 Анализ результатов исследования](#_Toc317274603)

[Вывод](#_Toc317274604)

[Глава 4. Организация деятельности сестринского персонала санатория "Ласточка"](#_Toc317274605)

[4.1 Улучшение работы с родственниками](#_Toc317274606)

[4.2 Оптимизация работы сестринского персонала санатория](#_Toc317274607)

[Вывод](#_Toc317274608)

[Заключение](#_Toc317274609)

[Список литературы](#_Toc317274610)

[Приложения](#_Toc317274611)

# Введение

Особенностью системы психиатрической помощи детям в России с ранних этапов ее становления является установка на развитие внебольничной психиатрии, на лечение, реабилитацию и изучение больных детей непосредственно в условиях их жизни и деятельности. На современном этапе организации психиатрической помощи детям роль внебольничных форм ведения психически больных детей у нас в стране еще более возросла. По примеру нашей страны указанная тенденция за последние годы получила распространение и в некоторых зарубежных странах. Это объясняется рядом факторов [1]. Во-первых, расширением выявления психически больных детей в населении, особенно за счет благоприятно протекающих вариантов психических заболеваний, лечение которых в условиях больницы не всегда является целесообразным. Во-вторых, патоморфозом психических заболеваний с изменениями в их клинических проявлениях и течении с возрастанием числа обострений, не требующих обязательной госпитализации, увеличением вариантов заболеваний, характеризующихся менее выраженной остротой симптоматики и не столь глубокой социальной дезадаптацией больных детей. В-третьих, важную роль сыграло широкое внедрение методов фармакотерапии, приводящих к быстрому восстановлению социально-сохранных форм поведения и позволяющих лечить больных детей вне условий закрытого стационара, а также активизация и внедрение разнообразных форм и методов социально-восстановительных мероприятий. С другой стороны, российские психиатры всегда обращали внимание на дезадаптирующую роль стационаров закрытого типа при длительном пребывании в них психически больных, что приводит к развитию явлений госпитализма и снижению социальной активности больных [10]. Все это создало условия для широкого развития, наряду с другими организационными формами внебольничного ведения психически больных, таких учреждений, как детские санатории [43].

Для оздоровления детей, страдающих различными хроническими заболеваниями, существует сеть санаторно-курортных учреждений различного типа, включая специализированные санатории, санатории для лечения детей с родителями [2].

Сегодня в местных санаториях всех профилей получают лечение более 5000 детей. Обеспеченность детскими санаторными койками (без учета противотуберкулезных) составляет 6,2 на 10000 детского населения при показателе РФ 20,9. Столь низкая обеспеченность детскими санаторными койками в крае требует научно обоснованного использования имеющего коечного фонда.

Для лечения детей, страдающих психоневрологической патологией в г. Красноярске функционирует КГУЗ Детский санаторий ”Ласточка" на 100 коек. Однако, план койко-дней в течение последних трех лет выполняется в среднем на 95%.

В настоящее время проблема реабилитации детей с заболеваниями нервной системы продолжает оставаться актуальной. Важная роль в этой работе играет сестринский персонал.

**Цель** дипломной работы: разработка предложений по оптимизации помощи детям на основе углубленного изучения работы сестринского персонала КГУЗ Детского санатория ”Ласточка”.

**Задачи**:

1. Изучить организацию работы детского санатория.

2. Проанализировать должностные обязанности сестринского персонала.

3. Оценить качество оказания медицинской помощи детям в санатории.

4. Разработать предложения по улучшению работы сестринского персонала.

Сестринская помощь детям с психоневрологической патологией в специализированном детском санатории является **объектом** нашего исследования.

**Предметом** нашего исследования является организация работы специализированного детского санатория, анализ должностных обязанностей сестринского персонала и оценка качества оказания медицинской помощи детям в санатории.

**Гипотеза исследования**.

Организация лечебной и реабилитационной работы с хронически больными детьми, в медицинских учреждениях санаторного типа связана с психоневрологической патологией, возрастом детей, материально-техническими возможностями учреждения, квалификацией врачебного персонала. На всех этапах пребывания ребенка в санатории с ним работают медицинские сестры и от их мотивации, компетенции, соблюдения медицинской этики во многом зависит качество медицинской помощи детям. Повышению эффективности работы сестринского персонала будут способствовать разработанные критерии оценки качества и доработанные должностные обязанности.

В ходе исследования нами были опрошены врачи - 13 человек, медицинские сестры - 20 человек, родители детей находящихся на реабилитации в санатории в количестве 100 человек.

**Метод сбора информации**: анкетирование.

**Методы исследования**:

1. Социологический;
2. Статистический;
3. Системного анализа;

**Программа и план исследования включали**:

1. Составление регистрационных документов (анкет);
2. Определение методов сбора информации;
3. Сбор информации;
4. Анализ полученных результатов;
5. Разработка предложений по улучшению работы сестринского персонала.

**Практическая значимость и новизна**. Эффективность деятельности детского психоневрологического санатория "Ласточка" в значительной мере зависит от организации адресных лечебно-восстановительных мероприятий, выполняемых медицинскими сестрами и критериев качества оценки их работы.

**Место проведения исследования** - КГУЗ Детский санаторий ”Ласточка" психоневрологическое отделение.

# Глава 1. Обзор литературы (реабилитация детей с психоневрологической патологией в медицинских учреждениях санаторного типа)

Детский психоневрологический санаторий соединяет в себе, с одной стороны, преимущества стационарного ведения больных (возможность ежедневного наблюдения врачом и средним медицинским персоналом, применение различных видов активной терапии, организации терапевтической среды и пр.), с другой, - положительные стороны амбулаторного лечения, т.е. лечение без отрыва от привычных жизненных условий, что имеет ряд чрезвычайно важных преимуществ (сохранение социального статуса больного, положительное влияние привычных условий социальной среды и пр.) [16,21,28]. Наряду с вышеуказанным, детские психоневрологические санатории имеют и ряд экономических преимуществ: для их развертывания требуются меньшие площади; отсутствует необходимость развертывания большого количества коек; стоимость одного дня пребывания в по сравнению с больницей в два раза меньше. В настоящее время в детских психоневрологических санаториях успешно лечится все возрастающая часть тех больных детей, которые ранее помещались исключительно в стационары закрытого типа. Детский психоневрологический санаторий оказывает все большее влияние на показатели деятельности психиатрических учреждений, в частности, на показатели госпитализации [14, 27, 69].

В некоторых санаториях наряду с традиционными методами реабилитации применяют и нестандартные. Рассмотрим детский психоневрологический санаторий "Калуга Бор" в пригороде г. Калуга. В этом санатории применяются следующие виды лечения: лекарственная терапия; физиотерапия: бальнеотерапия, теплолечение (озокерит), электролечение, ингаляции, УФО, кислородный коктейль; оздоровительный комплекс "Сауна"; лечебная физкультура и массаж; динамическая проприоцептивная коррекция (лечебно - нагрузочный костюм "Адели" и "Гравистат"; коррекция двигательных нарушений с помощью тренажера "Гросса", механотренажеров, настольного тенниса; лечебная хореография; бассейн, гидрокинезотерапия; статокинезиметрия; иппотерапия; ортопедическая помощь; трудотерапия; музыкальные занятия; логоритмика; логопедические занятия с помощью тренажеров БОС для речедвигательной реабилитации, компьютерных обучающих программ; развивающие компьютерные игры на основе БОС; школа дефектолога-логопеда; психологическая помощь (педагогом-психологом, клиническим психологом, практическим психологом); детская терапевтическая стоматология. Хочется особенно отметить такой метод реабилитации, как иппотерапия.

Верховую езду стали использовать в качестве лечебного и реабилитирующего средства, воздействующего на физическую и психическую сферу больного. Так иппотерапия получила признание как уникальный высокоэффективный метод реабилитации. Особенно эффективной иппотерапия оказалась в реабилитационной практике с детьми, страдающими тяжелыми заболеваниями, в борьбе с которыми традиционная медицина часто оказывается бессильной (детский церебральный паралич, ранний детский аутизм, умственная отсталость и др.). Иппотерапия - это лечение без боли, без страха и насилия, без труднопереносимых процедур и препаратов. Она сочетает в себе социально-психологическое и лечебно-реабилитационное воздействие. Знакомство с лошадью создает положительный эмоциональный фон: это радость от встречи и общения с прекрасным животным, большим, сильным и очень ласковым. Занятия с детьми, имеющими тяжелые физические поражения, проводятся как правило без седла. При посадке на лошадь происходит естественный развод сведенных при ДЦП ног ребенка. Его мышцы разогреваются теплом тела лошади и массируются движениями мощной мускулатуры животного. Размеренный ритм движений лошади также оказывает благоприятное воздействие, улучшая общее состояние организма, нормализует мышечный и сосудистый тонус, укрепляет сердечно-сосудистую и дыхательную системы, благотворно влияет на опорно-двигательный аппарат, улучшает осанку координацию движений, балансировку, инициирует и укрепляет двигательные рефлексы. Все это играет положительную роль в восстановительных процессах. Умение балансировать достигается только на практике, теоретически этому научить нельзя. С помощью иппотерапии мы достигаем этого быстрее и эффективнее. Отмечено, что эффективность комплексного лечения с помощью иппотерапии достигает 96%.

При проведении иппотерапевтических занятий отмечается положительная динамика:

1. Снижение реактивности, тревожности, аутизма.

2. Улучшение самочувствия, активности, настроения.

3. Отчетливой тенденции к проявлению самостоятельности, особенно у детей привыкших к гиперопеке.

4. Повышается жизненная активность, нарастает мотивация к реабилитации.

Иппотерапия назначается с учетом показаний и противопоказаний. Продолжительность занятия 30 минут. Минимальный курс 10 дней [3].

За последние десятилетия направленность и содержание работы детских психоневрологических санаториев претерпели изменения. Во-первых, в детский санаторий стало больше направляться больных непосредственно из населения, минуя стадию пребывания в стационаре закрытого типа, в том числе впервые заболевших, а также больных на разных стадиях заболевания. Во-вторых, изменились показания для направления больных в детский санаторий в зависимости от их психического состояния. В настоящее время в детский санаторий преимущественно направляются больные с различными подострыми состояниями и выраженными психопатологическими расстройствами при сохранении упорядоченного поведения и наличием у больных положительной установки на лечение. Осуществляя лечение без отрыва от обычной социальной среды, дневные стационары отвечают задачам предупреждения социальной дезадаптации у психически больных детей и занимают определенное место в системе психиатрической помощи. За последние годы, в связи с патоморфозом психических заболеваний и возросшими возможностями психофармакотерапии, контингенты детских психоневрологических санаториев значительно расширились за счет больных с более прогредиентным течением и широким кругом подострых состояний [40, 65]. Иными словами, оказалось возможным и более целесообразным в дневных детских психоневрологических санаториях лечить и ту часть психически больных, которые ранее чаще направлялись в обычные стационары. Поскольку особенность деятельности детских санаториев заключается в пребывании больных детей в домашних условиях с ежедневным посещением дневного стационара, эта форма помощи может существовать лишь при значительном приближении к населению. Поэтому количество мест в детском санатории зависит от местных условий - плотности населения, транспортных условий, места расположения детского санатория в регионе обслуживания [44, 56].

Поскольку в нашей стране психоневрологические диспансеры или диспансерные отделения существуют в городах с населением в 200 тыс. и более, детские санатории могут быть организованы практически при всех диспансерах. Детские санатории могут и должны быть также организованы в городах и населенных пунктах с меньшим населением при медсанчастях некоторых крупных предприятий, а также в сельских районах при психиатрических кабинетах ЦРБ в качестве составной части этих учреждений с учетом размеров региона обслуживания и хороших транспортных условий [24,29].

Но наиболее широкие возможности по оснащенности и комплексной реабилитации имеют санатории, расположенные в крупных городах с населением более 1 млн. человек. Например, детский психоневрологический санаторий №66, г. Москва. Здесь реабилитация пациентов осуществляется с помощью новейшего медицинского оборудования. В том числе создан кабинет гипокситерапии. В санатории наблюдаются дети от 4 до 8 лет с отставанием в развитии, отклонениями в речи, сложными неврологическими расстройствами. Большое внимание в кабинете гипокситерапии уделяется детям, которые имеют отставание в весе, анемию, другие сопутствующие соматические заболевания. Обращается внимание на категорию длительно и часто болеющих детей. По всем этим позициям удается достигнуть положительных результатов. Средняя эффективность лечения составляет около 98%. С поправкой на длительный летний отпуск и карантины в течение года через кабинет проходит 70-80 детей с курсом лечения 15-25 сеансов [6].

По мнению ряда авторов: [35, 59] задачами детских психоневрологических санаториев являются:

уточнение диагноза и особенностей состояния, в том числе для подбора более адекватных видов терапии, определения прогноза, путей реабилитации; в части случаев оценки степени утраты трудоспособности (когда обследование не может быть осуществлено в условиях стационара).

долечивание больных, получивших основной курс терапии в отделениях больницы, которые могут быть переведены на полустационарный режим и нуждаются в постепенной адаптации к обычной жизненной обстановке.

Решение указанных задач включает мероприятия по социально-трудовой реабилитации (обычно с привлечением семьи, близких больного) [4], а также выявление и коррекцию конфликтных взаимоотношений между больными и их ближайшим социальным окружением (семья, производственный коллектив и др.) [38,53].

Предметом деятельности такого учреждения является: санаторно-курортная и реабилитационная помощь, лечебно-профилактическая помощь детям и подросткам, страдающим психоневрологическими и сопутствующими заболеваниями [11].

Виды деятельности, требующие специального разрешения (лицензии), осуществляются после получения такого разрешения в установленном законодательством порядке [15].

Объем указанных видов помощи соответственно двум основным функциям (помощи больным, поступающим через диспансер непосредственно из населения и переведенных на долечивание из больницы). Причем, он варьирует в зависимости от ряда местных особенностей организации психиатрической помощи - совместное или раздельное расположение больницы и диспансера, обеспеченность населения местами в больнице и дневном стационаре, количество больных, состоящих на учете, и др. [66].

В случае, если детские санатории имеются как при больнице, так и при диспансере, каждый из них практически может быть целиком ориентирован на осуществление одной из указанных функций. В крупных областных центрах, где больница, диспансер, дневной стационар и детский санаторий расположены в одном месте, функция долечивания может занимать значительное место в работе детского санатория и объем этого контингента может достигать до половины от общего числа пользованных больных детей. Если детский санаторий организован при диспансере, расположенном раздельно с больницей, тем более при значительном удалении от нее, в работе детского санатория доминирует помощь больным, направляемым непосредственно из населения, а функция долечивания составляет лишь 10-20% [62].

Примером такого взаимодействия является сотрудничество Алтайского краевого детского психоневрологического санатория, Алтайского диагностического центра и Алтайской краевой клинической больницы в г. Барнауле. Комплексная реабилитация детям проводится в течение трех недель в условиях Алтайского краевого детского психоневрологического санатория. Реабилитационные мероприятия - комплексные, направленные на устранение патологического двигательного стереотипа и коррекцию нарушенных высших функций головного мозга. Реабилитация начинается с проведения медикаментозной, адаптационной терапии, состоящей из седативных препаратов (таблетки валерианы, успокаивающие фитосборы, глицин, аминалон) и адаптагенов. Адаптационный период длится 5-7 дней, а в некоторых случаях - 10 дней. Затем плавно "подключаются" другие реабилитационные мероприятия. Среди этих мероприятий приоритетное место занимает лечебная физкультура и массаж, направленные на развитие и закрепление имеющихся у детей двигательных навыков и создание мотиваций к выработке новых двигательных актов. При этом особенно активно внедряется "кондуктивный" метод лечебной физкультуры, когда действие всего (!) персонала учреждения направлены на устранение патологического двигательного стереотипа. Применение факторов физиолечения в данном возрастном периоде ограничено: с 2-х лет применяется электромиостимуляция, но широко используются тепловые процедуры. В комплексной реабилитации большой объем занимает логопедическая работа - это обязательный логопедический массаж (преимущественно по методике Новиковой) и постоянная работа с кистью. Значительная часть времени посвящена психолого-педагогической работе. Особый интерес в реабилитации детей раннего возраста представляют занятия в сенсорной комнате с логопедом и психологом, где происходит постоянная работа руками на получение раздражителей различных видов чувствительности. Интересно внедрение аромотерапии: в частности аромо-массаж кистей, лица, точечный массаж. Положительные результаты проводимой реабилитации обнаруживаются к 7-10 дню. К концу пребывания в санатории наблюдается снижение спастического мышечного тонуса, увеличение объема движений в паретичных конечностях, богаче становится мимика и жестикуляция, в речи появляется эмоциональная окраска. По окончании курса лечения хороший эффект получен у 71% пациентов, удовлетворительные результаты - у 13% с давностью заболевания 2-2,5 года, эффект не отмечался у 7 пациентов 16% с давностью заболевания 3-3,5 года.

Описанный метод комплексной реабилитации представляет собой попытку подойти к решению проблемы лечения детского церебрального паралича, расширяет возможности воздействия на механизмы патогенеза. Как показали данные проведенного исследования комплексная реабилитация, в отличие от монотерапии, позволяет получить значительно лучшие лечебные результаты [49].

В детских санаториях могут лечиться больные со всеми нозологическими формами. Обострения или декомпенсации, с которыми больные направляются в детский санаторий, требуют отграничения от состояний, в связи с которыми больные подлежат госпитализации или лечению в амбулаторных условиях. При этом обострения должны оцениваться с учетом как клинических, так и социальных критериев.

Вопрос о направлении больного в детский санаторий решается не только с учетом выраженности и остроты психопатологической симптоматики, но и в зависимости от наличия упорядоченности поведения, социально сохранных установок и пр., а также с учетом ряда микросоциальных факторов (наличия членов семьи или других близких, которые могут оказать помощь в контроле за появлением и лечением больного в домашних условиях в тех случаях, когда в этом есть необходимость, отсутствие некоррелируемых конфликтных ситуаций в семье и пр.). Именно в таком подходе возможности детского санатория могут быть использованы наиболее эффективно [54, 22].

Опыт комплексной реабилитации детей с психоневрологической патологией существует и за рубежом.

Примером успешного опыта реабилитации в ближнем зарубежье служит детский клинический санаторий "Чайка", расположенный на Украине в г. Евпатории. Санаторий многопрофильный. Здесь дети проходят этапное лечение, то есть поступают в здравницу сразу из стационара больницы. В санатории успешно лечат заболевания почек. Медицинские работники санатория успешно сотрудничали с Харьковским научно-исследовательским институтом ортопедии и травматологии. Были разработаны и успешно применены на практике методика лечения детей с заболеванием ревматизма. В санатории также есть кардиологическое, ортопедическое и психоневрологическое отделения. Высокой эффективности лечения, которая в среднем по санаторию составляет 93,7%, способствует внедрение новинок медицины. С хорошими результатами применяется ультразвуковой ингалятор. Успешно используется велоэргометр, который помогает определить результативность санаторно-курортного лечения. Применяется новая диагностическая методика. В начале 80-х годов в санатории стал применяться метод игровой трудотерапии. Педагогика и врачевание выступают в тесном союзе, цель которого - быстрое выздоровление больных детей. Медицинские работники санатория "Чайка" максимально используют природные условия побережья: ведь в Евпатории умеренно влажный климат. Климатотерапия - один из основных компонентов в комплексе санаторного лечения. При лечении психоневрологических заболеваний широко используется фито-бальная терапия - отвары лекарственных трав на своей минеральной воде. Компьютерно-диагностический комплекс позволяет протестировать назначенные медикаменты и узнать, не противопоказаны ли они больному. При лечении детей применяется милливолновая резонансная терапия. Работа санатория сегодня - это современное медикаментозное лечение; это лечебница на 10 ванн; санаторий располагает собственным уникальным источником термальной воды (слабощелочная, хлоридно-натриевая, средней минерализованности, поступающая с глубины 1500 метров и на 100% экологически чистая) с выраженным противовоспалительным и десенсибилизирующим действиями; грязелечебница на 10 кушеток с использованием иловых минеральных грязей знаменитого Сакского источника; клиническая и биохимическая лаборатории; амбулаторно-хирургический блок; физиотерапия; музыкотерапия; диагностика и лечение по методу Фолля; хореотерапия; школа девятилетка [60].

Исследованиями по организации работы детских санаториев ряда авторов [13, 18, 31, 46, 48] было отмечено, что:

1. Санатории в основном, размещены в старых корпусах, требующих капитального ремонта, замены сантехнического оборудования.

2. Принимаемые меры по укреплению материально-технической базы санаториев нельзя признать достаточными. Основная причина низких темпов строительства - недостаточное выделение денежных средств.

3. Снижен контроль со стороны управлений здравоохранения за деятельностью подведомственных санаториев. Организационно-методическая и консультативная помощь со стороны главных специалистов управлений здравоохранения недостаточная.

4. В отдельных санаториях план койко-дней не выполнен и не упорядочен выпуск путевок, распределение их.

5. Не везде решены организационные вопросы медицинского отбора больных на санаторное лечение.

6. Из-за опозданий к сроку заезда и досрочных отъездов санатории теряют значительное количество койко-дней. Имеют место случаи неиспользования путевок.

7. Вышеуказанные недостатки в медицинском отборе и направлении детей и детей с родителями на санаторное лечение существенно затрудняют работу санаториев, не способствуют повышению качества и эффективности лечения.

8. Не разработана научная концепция о системе использования всех санаторно-курортных учреждений для профилактики инвалидности и медицинской реабилитации инвалидов.

**Вывод.**

Проведенное исследование показывает, что при медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями повсеместно существенную роль отводят специализированным учреждениям санаторно-курортного типа.

Успешная реабилитация больных в санаторно-курортных условиях имеет большое социальное и общегосударственное значение. Одним из наиболее достоверных способов повышения эффективности СКЛ является ориентации на компьютерные технологии, особенно, когда речь идет о наиболее важном этапе курортной реабилитации. Важным аспектом развития также является внедрение новейших медицинских технологий реабилитации, использование нетрадиционных методик лечения пациентов.

Высокие результаты реабилитации и лечения больных достигаются с помощью внедрения методик комплексной реабилитации, а также активное взаимодействие диспансера, реабилитационного центра и санатория.

# Глава 2 Структура и организация деятельности санатория "Ласточка"

# 2.1 Структура санатория "Ласточка

Расположенный в городе Красноярске КГУЗ Детский санаторий "Ласточка" имеет один филиал с общим коечным фондом - 200 коек. Детский санаторий "Ласточка" специализируется по двум профилям:

* Психоневрологический - 100 коек.
* Пульмонологический - 100 коек.

Организация работы психоневрологического отделения КГУЗ Детского санатория " Ласточка" г. Красноярска для детей с заболеваниями центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата, соматическими заболеваниями является объектом нашего исследования. КГУЗ Детский санаторий "Ласточка" - государственное учреждение создано Приказом Министерства здравоохранения РСФСР от 28.12.79 №712. Учреждение расположено в г. Красноярске по адресу: ул. Лесная, 79 и представлено одноэтажным лечебным корпусом и трехэтажным главным корпусом. Расположен данный санаторий в живописном уголке на берегу реки Енисей в лесной зоне с благоприятными климатическими и природными условиями, имеет хорошие подъездные пути, возможность удобного и быстрого сообщения с детскими больницами города.

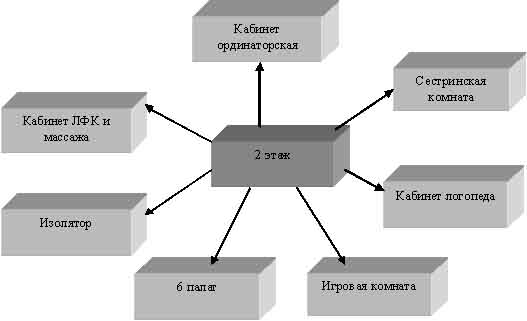
Содержание детей в санатории групповое, группы изолированы друг от друга, в каждой группе организован пост палатной медсестры.

На первом этаже главного корпуса расположены кабинеты: главного врача, старшей медсестры; кабинет теплолечения, физиокабинет, кабинет ароматерапии, ортопедический кабинет, пищеблок, столовая; раздевалка для старшей группы, раздевалка для младшей группы, приемная, ванная, сан. комната.

На втором этаже главного корпуса расположены: кабинет ЛФК и массажа, изолятор для временного пребывания одного ребенка в случае инфекционного заболевания, 6 палат, кабинет-ординаторская, сестринская комната, кабинет логопеда, игровая комната.

На третьем этаже главного корпуса расположены: учебный класс, методический кабинет, сестринская комната, кабинет-ординаторская, игровая комната, 6 палат, конференц-зал, кабинет стоматолога (схема№1).





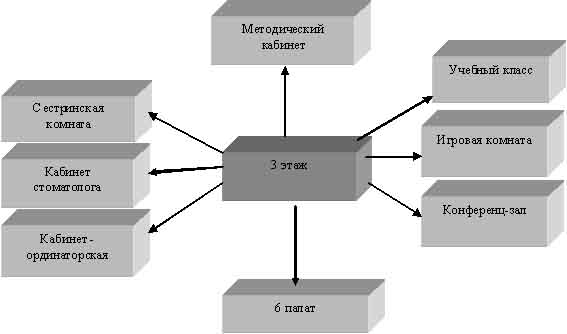


Схема №1. Главный корпус санатория.

В лечебном корпусе расположены: кабинет-ординаторская, сестринская комната, кабинет главной медсестры, кабинет сестры хозяйки, раздевалка для персонала, сан. комната, 6 палат, столовая, изолятор для временного пребывания одного ребенка в случае инфекционного заболевания, раздевалка детская, кабинет ЛФК и массажа, игровая комната (схема№2).

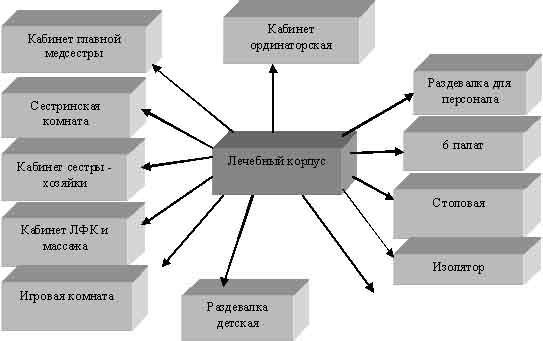


Схема №2. Лечебный корпус санатория.

Согласно штатному расписанию психоневрологическое отделение КГУЗ Детского санатория " Ласточка" имеется кадровый потенциал медицинского персонала (приложение 1).

# 2.2 Организация деятельности санатория

Детский санаторий является специализированным лечебно-профилактическим учреждением, осуществляющий проведение лечебно-оздоровительные мероприятия, способствующий восстановлению нарушенных функций организма ребенка и закреплению достигнутых результатов в лечении, подготовку и возвращение детей к обычному для сверстников образу жизни. В настоящее время детский санаторий - это узкоспециализированное медико-педагогическое учреждение, в котором лечебный процесс осуществляется в тесной взаимосвязи с воспитательно-образовательным процессом. Это обстоятельство дает возможность достигнуть наиболее эффективных результатов реабилитации больных за счет специализации медицинского и педагогического персонала, освоению и внедрению в практику новых эффективных методов лечения, оптимального учета и подбора допустимых физических и психоэмоциональных нагрузок.

В санатории круглый год лечатся дети в возрасте с 5 до 17 лет. В течение года оздоравливается от 950 до 1286 детей. Календарный год разделен на оздоровительные заезды, средняя продолжительность курса лечения 21 день. Между заездами санаторий закрывается на дезобработку на 2 дня. (приложение 2)

Соотношение детей в возрасте 5-10 лет и 10-17 лет пролеченных в санатории практически не меняется.

# 2.2.1 Организация заезда

2.этап.

Прием детей.

3. этап.

Период адаптации детей.

Психолого-педагогические мероприятия.

Диагностика основной и сопутствующих патологий.

4. этап.

Период активного лечения и реабилитации.

Работа с родителями

Консультации узких специалистов

5. этап.

Период подготовки ребенка к выписке.

Работа с семьей

Работа с поликлиниками.

Работа со школой и детскими садами

1. этап Отбор детей для санаторного лечения

поликлиники

Детские дома

приюты

интернаты

Схема 2. Организация работы детского санатория во время заезда детей

# 2.2.2 Отбор детей для санаторного лечения

Медицинские работники работают в тесном контакте с поликлиниками, стационарами, социальными службами (приюты, интернаты, детские дома). Контингент больных детей, нуждающихся в санаторном лечение, выявляются при диспансеризации детского населения врачами детской поликлиники, а так же при выписке детей из больницы для непосредственного перевода их на реабилитацию в местный санаторий.

Решение вопросов о необходимости санаторного лечения ребенка, правильности выбора санаторного учреждения в зависимости от характера его заболевания возложено на участковых врачей и специалистов, направляющих детей на санаторное лечение, которые руководствуются Положением: "Показания и противопоказания для лечения детей в местных санаториях и на курортах нетуберкулезного типа". Перед поступлением в санаторий ребенок проходит в поликлинике осмотр узких специалистов:

* Невролог;
* Ортопед;

Проводятся лабораторные исследования: анализ крови, анализ мочи, кал и соскоб на наличие яиц гельминтов, бактериологический посев на дизентерийную группу.

# 2.2.3 Организация приема детей

Организация I этапа определяет весь маршрут пребывания ребенка в санатории. В эти дни весь персонал работает с максимальной нагрузкой и ответственностью.

Отбор детей для санаторного лечения проводится в поликлиниках отборочными комиссиями. Прием детей осуществляется в течение 3 дней.

В этот период медицинская сестра - координатор заполняет паспортную часть истории болезни ребенка, куда прилагаются санаторно-курортная карта, справка об эпид. окружении, карта профилактических прививок, выписка от участкого врача о последнем обострении заболевания, лечении и рекомендациях. Мама с ребенком и историей болезни направляются к невропатологу и педиатру. Врач общается с родителями и ребенком. У родителей собирается подробный анамнез развития ребенка, когда впервые выявили заболевание, течение заболевания, количество обострений и наличие сопутствующих заболеваний.

После приема врача, ребенка принимает воспитатель и размещает его в группе, согласно возраста и знакомит с сотрудниками санатория, территорией, кабинетами и распорядком дня.

Следует отметить, что ребенок в период лечения отрывается от привычной для него семейной обстановки, попадает в условия нового для него распорядка дня и быта. Вся обстановка в санатории способствует созданию у ребенка благоприятного эмоционального и психологического тонуса.

Педагогическая работа в санатории проводится на фоне лечебно-охранительного режима, непременно увязывается с лечебными задачами при непосредственном активном участии медицинского персонала.

Повседневная жизнь детей в санатории, основывается на расписанном по минутам распорядке дня, составленном раздельно для школьников и дошкольников (приложение 3).

Дети школьного возраста проходят обучение в стенах санатория, во второй половине дня. Учебный процесс осуществляют преподаватели из школы г. Красноярска, по школьным программам. Особенностью школьного обучения детей в санатории заключается еще и в том, что учителя имеют дело с больными детьми, часто отстающими в учебе от своих сверстников.

Детский санаторий на современном этапе - это медико-педагогическое учреждение, в котором осуществляются восстановительное лечение, школьное обучение, физическое, нравственное, эстетическое воспитание детей, страдающих заболеваниями.

Педагогический процесс совместно с лечебным процессом в детском санатории помогает ребенку пройти курс реабилитации. Действия врача и воспитателя направлены на использование естественных лечебных факторов, физиологических защитных свойств и механизмов организма и целебного воздействия на его психику.

Дети, оздоравливаемые в санатории с первых дней начинают заниматься с психологом, эти занятия помогают их, освоится в новом коллективе, раскрыть свои творческие способности.

Также в это время медицинские работники проводят антропометрические и функциональные исследования, позволяющие адекватно оценить состояние ребенка, выделить его в какую-либо группу здоровья, определить его физкультурную группу с адаптированной индивидуальной нагрузкой.

В санатории ведется работа с родителями. В первые дни после заезда детей проводится родительское собрание, на котором родителям рассказывают какие лечебные процедуры, будут получать их дети, как будет организован их досуг, проводятся беседы с врачами и педагогами. Два раза в неделю организованны родительские дни, во время которых, родители могут общаться со своими детьми, а дети готовят концерты для родителей.

# 2.2.4 Период активного лечения и реабилитации

Основной задачей санаторного лечения является проведение оздоровительных мероприятий, которые способствуют:

1. Стабилизации патологического процесса;

* Предупреждение рецидивов;
* Предупреждение прогрессирования патологических изменений;

1. Восстановлению нарушенных функций организма;
2. Закреплению достигнутых результатов лечения.

План реабилитации для каждого ребенка составляется индивидуально в зависимости от диагноза.

Лечебно-оздоровительная работа включает в себя комплекс мероприятий:

1. Организация режима дня;
2. Организация питания;
3. Максимальное использование природных лечебных факторов: закаливание, утренняя гимнастика, бальнеолечение, гелиотерапия;
4. Физиотерапия: электролечение, парафино-озокеритовые аппликации, лазеротерапия;
5. Традиционные методы лечения: ароматерапия, рефлексотерапия, лечебная физкультура, массаж;
6. Фитотерапия;
7. Водолечение;
8. Медикаментозная терапия;
9. Профилактика острых респираторных заболеваний часто длительно болеющих детей;
10. Климатотерапия.

При проведении курса реабилитации, ребенок проходит три режима пребывания в санатории (схема 3):

Схема №3: Режимы пребывания в санатории.

1. Щадящий режим. Этоадаптация к окружающей среде, к коллективу, режиму санатория. Продолжительность этого периода составляет 3-4 дня. В этот период врач проводит углубленный осмотр, проводится оценка физического развития, уточняется диагноз, намечается план лечения ребенка на весь период и в это время проводится санация хронических очагов инфекции.
2. Щадяще-тренирующий. В это время проводится весь комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий. Расширяется двигательный режим, проводится лечебная физкультура, закаливающие процедуры, массаж, фитотерапия по схеме, физиотерапия, назначается комплекс витаминов, симптоматическое лечение по показаниям. Проводится неспецифическая профилактика острых респираторных заболеваний у ЧДБ, уделяется внимание питанию детей, выполнению режима дня и графику отпуска лечебных процедур.

* Режим в санатории, предусматривает достаточную продолжительность ночного сна и отдыха днем, правильное распределение времени приема пищи, пищевых нагрузок, рациональное чередование закаливающих и лечебных процедур, отдыха, школьных занятий, прогулок. Учитывая место расположения санатория, широко используется климатотерапия.

Рациональное питание больных детей имеет огромное значение в комплексе санаторного лечения. Оно обеспечивает нормальный рост и развитие ребенка, способствует восстановлению нарушенных функций, покрытию повышенных энергетических затрат организма в связи с длительным пребыванием на воздухе, занятиями ЛФК. В этой связи нормы питания в детском санатории на 10-15 % увеличены по калорийности. При составлении санаторного пищевого рациона с повышенной калорийностью обязательно учитываются возрастные соотношения между. Б, Ж, У (1: 1: 4).

Медикаментозная терапия назначается адресно, с целью противорецидивного лечения [5]. Анализируя беседы с родителями, врачи пришли к выводу, что дети, находясь на диспансерном учете, не регулярно и некачественно получают противорецидивное лечение с заболеваниями центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата, соматическими заболеваниями амбулаторно.

Физиотерапия. Эффективным средством реабилитации в условиях санатория при заболеваниях центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата, соматических заболеваний является физиотерапия, использование, которой улучшает общую реактивность организма, нормализует функциональное состояние вегетативной и центральной нервной системы, регулирует секреторную функцию, стимулирует обмен веществ и трофические процессы, способствует ускорению процессов регенерации. Физиолечение назначается с учетом диагноза, форм и стадий заболевания, возраста, индивидуальной непереносимости (схема 4) [57].

Физиолечение

Лазеротерапия

Водолечение

Электролечение

Теплолечение

Фитотерапия

Ароматерапия

Схема 4. Физические факторы, применяемые в санатории.

Использование фитотерапии в лечении заболеваниях центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата, соматических заболеваний в последние годы показало высокую ее эффективность [52]. В санатории используются фиточаи, которые назначаются каждому ребенку индивидуально согласно его диагнозу. Использование фиточая является неотъемлемой частью лечебного процесса.

В первые две недели заезда дети принимают седативный чай, в последние две недели заезда - витаминный чай.

Применения водолечения в санатории играет важную роль в восстановлении нарушенных функций организма ребенка. В зависимости от диагноза детям назначают хвойные или солевые ванны.

А также все дети, поступающие в санаторий, по показаниям получают сеансы ароматерапии. Вдыхание ароматических масел, релаксирующая музыка благоприятно влияют на организм, снимают напряжение, расслабляют мускулатуру, способствуют хорошему настроению и душевному комфорту [45, 67].

Лечебная физическая культура важнейший компонент санаторного лечения. Повышенная потребность в движении является особенностью ребенка любого возраста. Активная мышечная деятельность - необходимое условие правильного формирования растущего организма. лечебная физкультура проводится всем детям, охват 100%. Занятия с детьми проводятся по группам из7-10 человек с учетом формы заболевания и возраста (схема 5) [37].

ЛФК

Закаливание

Оздоровительный бег

Утренняя гимнастика

Лечебная гимнастика

Прогулки

Механо-

терапия

Спортивные упражнения

Игровые занятия

Трудотерапия

Схема 5. Формы лечебной физкультуры.

Для получения положительного реабилитационного эффекта используют специальные группы упражнений - для детей с заболеваниями центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата:

упражнения на расслабление, ритмичное пассивное потряхивание конечностей, маховые движения, динамические упражнения;

пассивно-активные и активные упражнения из положений сидя и лежа, упражнения на мяче большого диаметра;

упражнения с предметами под музыку, переключение на новые условия деятельности, развитие выразительности движений; упражнения в различных видах ходьбы; упражнения для головы;

принятие правильной осанки у опоры со зрительным контролем; упражнения в различных исходных положениях перед зеркалом;

упражнения для развития и тренировки основных возрастных двигательных навыков: ползание, лазание (по скамейке), бег, прыжки, метания; упражнения в движении с частой сменой исходного положения;

игровые упражнения.

Массаж - это один из важных звеньев в комплексном лечении. Он широко используется не только для лечения травм, заболеваний центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата, соматических заболеваний, но и с профилактической целью (схема 6) [32, 68].

Гигиеничес-кий

Лечебный

Профилактический

Самомассаж

Восточный

Дренажный

Детский

Баночный

Аппаратный

Аурикуло-массаж

Перкуссион-ный

Криомассаж

Сегментарно-рефлекторный

Рефлексогенных зон кистей

Схема 6. Виды массажа.

В санатории используется Су-Джок терапия, точечный массаж, термопунктура, активных точек (паравертебральные точки). Терапевтический эффект при воздействии на эти точки определяется сегментарными связями. Данный метод применяется у детей с заболеваниями центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата.

Аурикуломассаж, как часть нетрадиционной терапии. Ушные раковины - своеобразная рефлекторная зона, состоящая в контакте со многими внутренними органами и системами организма. В процессе лечения ребенок обучается всем приемам массажа ушной раковины. Дети делают аурикуломассаж с удовольствием два раза в день.

# 2.2.5 Период подготовки ребенка к выписке

В этом периоде оздоровление проводится в тренирующем режиме.

За 3-5 дней до окончания сезона. В течение этого времени ребенка подготавливают к возвращению домой; продолжают занятия ЛФК, климатические процедуры, проводят заключительное обследование (антропометрические измерения), уточняют рекомендации на после санаторный период лечения, проводят оценку эффективности санаторного лечения.

Лечение детей в санатории оказывается для большинства весьма эффективным. В результате лечения уменьшаются клинические проявления заболеваний. Исчезают признаки вегетативной неустойчивости. Улучшается самочувствие, нормализуется эмоциональный статус, дети прибавляют в весе 400-600 грамм. Дети после выписки из санатория болеют в 3-4 раза реже, а если болеют, то в легкой форме. Обострения становятся реже, достигается стойкая ремиссия.

# 2.2.6 Эффективность лечения и реабилитации детей



Рис.7. Показатели эффективности лечения.

Эффективность лечения по филиалу в среднем составляет 95%. На эффективность лечения влияет:

1. Дети поступают в санаторий не обследованные, без уточненного диагноза.
2. Дети выбывают раньше срока по семейным обстоятельствам.
3. У детей период адаптации затягивается до 10 дней, в этот период не назначается активное лечение.

При выписке ребенка из санатория родители получают рекомендации врача.

В настоящее время рекомендации выглядят следующим образом.



На наш взгляд рекомендации должны учитывать возраст ребенка и состоять из 3-х разделов.

В первом разделе следует отражать рекомендации для родителей, которые носят унифицированный характер. Второй раздел зависит от возраста ребенка и включает рекомендации либо для дошкольного, либо школьного учреждения, а третий раздел для врача-невропатолога и врача - педиатра территориальной поликлиники.

В последующем такие рекомендации могут передаваться заинтересованным сторонам по электронной почте.

# 2.3 Анализ должностных обязанностей медицинских сестер

В своей работе медицинский работник обязан руководствоваться должностной инструкцией, графиком работы и правилами внутреннего трудового распорядка Медработник обязан подчиняться устным и письменным приказам и распоряжениям руководителя учреждения в пределах компетенции работника и его должностных обязанностей. Должностные инструкции разрабатываются руководителем структурного подразделения на основании типовой должностной инструкции и Положения о подразделении (отделении, учреждении), с учетом условий труда, характера работы (приложение 4). Должностная инструкция утверждается главным врачом и согласовывается с профсоюзным комитетом. При приеме на работу работник ознакамливается с должностной инструкцией и расписывается. По усмотрению администрации ЛПУ или в связи с изменениями характера работы, в должностную инструкцию могут вноситься коррективы, с которыми нужно также ознакомиться и расписаться [17, 58].

В соответствии с задачей исследования проводился опрос медицинских сестер по должностным обязанностям сестринского персонала (приложение 4).

Исследование проводилось на базе психоневрологического отделения КГУЗ Детского санатория "Ласточка". Медицинским сестрам была предложена специально разработанная анкета, включающая вопросы о должностных обязанностях сестринского персонала (приложение 5). В анкетировании приняли участие 20 медицинских сестер.

В проведенном исследовании использовался выборочный метод медицинской статистики.

# 2.4 Анализ результатов исследования

Проанализируем полученные результаты опроса.

Возраст респондентов-медсестер составил от 20 до 45 лет и со стажем работы менее 5 лет (50%). Все (100%) респонденты - медсестры - женщины, имеющие средне-специальное образование.

1. 100% респондентов-медсестер считают, что они достаточно уделяют внимания санитарно-гигиеническим моментам в своей работе.
2. Лишь с 20% респондентов - медсестер проводит санпросветработу среди родственников пациентов, а 80% респондентов-медсестер ее не проводят. Причиной такого ответа может служить высокая загруженность работой, отсутствие четкого перечня санпросветработы и условия ее проведения. Поэтому необходимо каждой медсестре периодически выпускать в санатории санбюллетень для родственников пациентов и организовывать совместно с воспитателями родительские собрания.
3. Респонденты-медсестры не придерживаются правил внутреннего распорядка: часто - 0%, редко - 17%, иногда - 83%. Причиной такого ответа послужило отсутствия четкого перечня правил внутреннего распорядка в должностных обязанностей.
4. 92% респондентов-медсестер предпочитают материальное вознаграждение и только 8% респондентов-медсестер предпочтение отдают моральному вознаграждению.
5. По мнению 80% респондентов-медсестер материальное вознаграждение повышает требования к выполнению своих обязанностей. Поэтому руководителям учреждений необходимо материально поощрять своих работников.
6. 94% респондентов-медсестер испытывают высокую загруженность работой, и только 6% респондентов-медсестер оценили свою загруженность работой как среднюю. Причиной такого ответа послужило недостаточная укомплектованность рабочего места, возложенность на медсестру обязанностей, которые могут выполнять другие сотрудники санатория (санитарки, воспитатели, медсестра смежных специальностей).
7. Для снижения нагрузки на медсестру 100% респондентов-медсестер считают, что необходимо перераспределить должностные обязанности.

Исходя из результатов исследования для улучшения выполнения медсестрой своих должностных обязанностей руководителям сестринских служб необходимо следующее:

необходимо пересмотреть нормы нагрузки сестринского персонала; проводить контроль за соблюдением норм рабочего времени медсестры;

отразить перечень правил внутреннего распорядка в должностных обязанностей, проводить контроль за соблюдением правил внутреннего распорядка сестринским персоналом;

для повышения удовлетворения от выполненной работы проводить стимулирование медсестер с помощью материального и морального вознаграждения;

улучшить материально-техническую базу учреждения;

оснастить рабочее место медсестры оргтехникой;

контроль за психологическим климатом в коллективе;

перераспределить некоторые должностные обязанности медперсонала;

внести четкий перечень санпросветработы и условия ее проведения в должностные обязанности, проводить контроль за ведением сан. просвет. работы медсестрами среди родственников.

Для достижения высокого результата в сфере оптимизации сестринской помощи вышеперечисленные рекомендации необходимо внедрять комплексно. При этом важно непрерывно отслеживать и корректировать динамику изменения психологического климата сестринского персонала для исключения отрицательных реакций на ужесточение контроля за качеством выполнения своих должностных обязанностей.

**Вывод**.

Проведенный анализ деятельности санатория показывает, что эффективность лечения достигает 95%, что свидетельствует о высокой организации процесса комплексной реабилитации пациентов. Этого удалось достичь за счет высокого профессионализма медицинского и педагогического персонала, освоения и внедрения в практику новых эффективных методов лечения, оптимального учета и подбора допустимых физических и психоэмоциональных нагрузок, а также за счет взаимодействия санатория с поликлиникой, стационаром и социальной службой.

Проанализировав должностные обязанности сестринского персонала, мы пришли к выводу, что на медсестер возложена слишком высокая нагрузка. Вследствие этого она не имеет возможности полноценно исполнять свои обязанности. Рекомендации данные выше снизят загруженность и трудоемкость работы медсестер, что позволит улучшить качество выполнения работы. Они смогут выделять больше времени для проведения санитарно - просветительной работы среди родственников пациентов.

Это позволит улучшить качество медицинской помощи и повысит эффективность реабилитации пациентов.

# Глава 3 Оценка качества медицинской помощи детям в санатории "Ласточка"

# 3.1 Опыт оценки качества сестринской помощи

Работа учреждений здравоохранения должна быть направлена на повышение качества услуг по оказанию медицинской помощи и удовлетворение нужд пациентов [38].

Выделяется четыре вида сестринской практики:

1. Обеспечение и руководство сестринской помощью - профилактика заболеваний, выполнение назначений врача, манипуляций и процедур, помощь в реабилитации.

2. Обучение пациентов и персонала служб медико-санитарной помощи - санитарное просвещение, обучение принципам здорового образа жизни.

3. Деятельность в составе бригады медико-санитарной помощи - сотрудничество медсестры с другими специалистами.

4. Развитие практики сестринского дела благодаря научным исследованиям в этой области [33, 41].

Уровень качества сестринской помощи (КСП) прямо определяется знаниями и умениями каждой медсестры, ее отношением к делу, личными качествами, взаимоотношениями в команде. Качество сестринской помощи зависит от степени развития сестринского дела в стране, городе, учреждении, от того, какие требования предъявляют к медсестре и какие функции на нее возлагают. КСП также определяется уровнем оснащения данного учреждения и рабочего места медсестры. На качество сестринской помощи оказывают воздействие основные ценности общества, а также решения людей, отвечающих за материально-техническое и кадровое обеспечение учреждения. Кроме того, на КСП оказывают значительное влияние врачи, степень ответственности, которую общество может возложить на медсестру, а это диктует условия, в которых она практикует [51, 19].

Первый этап обеспечения качества - выявление областей сестринской практики, требующих стандартизации.

Следующий этап - определение уровня и наиболее важных критериев качества. Критерии должны быть достижимыми; поддающимися оценке и измерению; наглядными; понятными; разумными [30, 34].

В России постоянно разрабатываются методики оценки и схемы управления качеством медицинской помощи.

Нормативный подход к оценке качества медицинской помощи определен в совместном приказе Министерство здравоохранения и социального развития РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.10.96 №363/77 “О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации”.

Для оценки качества сестринской помощи наиболее объективным методом является определение ее соответствия стандартам. В настоящее время перед всей медсестринской общественностью стоит проблема разработки стандартов в области сестринского дела. В нашей стране развернута работа по внедрению стандартизации в здравоохранение.

Совместным приказом Министерство здравоохранения и социального развития РФ и ФФОМС от 19.01.98 г. № 12/2 “Об организации работы по стандартизации в здравоохранении" введены в действие “Основные положения стандартизации в здравоохранении”.

Как указано в Положениях, среди основных задач в области стандартизации в здравоохранении выделяют:

создание единой системы оценки показателей качества и экономических характеристик медицинских услуг;

нормативное обеспечение сертификации и оценки качества медицинских услуг и др.

Наиболее важным и сложным объектом стандартизации являются медицинские услуги.

В практической деятельности учреждений качество медсестринского ухода оценивается по множеству критериев и оценок [8, 61].

Процедура контроля качества сестринской помощи (КСП) - одна из важнейших функций управления качеством, представляет собой новое направление деятельности сестринских служб. Она вменена в обязанности главной и старшей медицинских сестер. Данный вид деятельности они смогут успешно реализовать только в том случае, если будут разработаны соответствующие методы контроля и оценки.

Другим компетентным лицом, профессионально оценивающим КСП, является врач, который может контролировать сам процесс оказания медицинской помощи. Высоких показателей КМП можно достичь, если контроль качества осуществляется в процессе ее оказания. Контролировать технологию сестринской деятельности в процессе ее осуществления наиболее удобно врачам. Именно они могут удостовериться в своевременности и полноте выполнения врачебных назначений, оценить качество сестринских манипуляций и сестринского ухода.

Не исключается применение процедуры самоконтроля сестринским персоналом [50].

При оценке качества оказания медицинской помощи используются следующие критерии:

1. Соблюдение стандартов ведения медицинской документации.
2. Правильность учета лекарственных средств.
3. Правильность хранения лекарственных средств.
4. Правильность технологии раздачи лекарственных средств пациентам.
5. Соблюдение технологий ухода за пациентом.
6. Соблюдение технологий выполнения манипуляций и процедур.
7. Своевременность выполнения врачебных назначений.
8. Соблюдение санэпидрежима.
9. Соблюдение технологий по подготовке пациентов к различным видам процедур.
10. Соблюдение принципов этики и деонтологии.
11. Внешний вид медицинской сестры [42, 64].

Для примера приведем детский психоневрологический санаторий №66, г. Москва. Здесь на основе вышеперечисленных критериев качества сестринской помощи детям была проведена оценка, и сделан анализ. Были получены следующие результаты:

1. Наивысший средний балл по всем видам деятельности был получен по результатам самооценки медицинских сестер, а более требовательны к оценке деятельности медсестер оказались врачи и старшие медсестра;

2. Оценка врачей и старших медсестер по критериям качества сестринской помощи детям выглядит следующим образом:

низкий уровень качества по соблюдению стандартов ведения медицинской документации, по соблюдению санэпидрежима, по соблюдению принципов этики и деонтологии, по внешнему виду медицинской сестры;

средний уровень качества по правильности учета лекарственных средств, по правильности хранения лекарственных средств, по правильности технологии раздачи лекарственных средств пациентам, по соблюдению технологий ухода за пациентом, по соблюдению технологий выполнения манипуляций и процедур;

уровень выше среднего качества по соблюдению технологий по подготовке пациентов к различным видам процедур.

3. Отмечается единодушие мнений респондентов при оценке таких критериев как: соблюдение санэпидрежима, правильность учета лекарственных средств, правильность хранения лекарственных средств, правильность технологии раздачи лекарственных средств пациентам.

При анализе результатов оценки разработаны следующие рекомендации:

введение новых форм сестринской документации;

снижение нагрузки на медсестру;

контроль за четким выполнением обязанностей медсестер;

повышение материального обеспечения медсестер;

совершенствование технологий выполнения манипуляций и процедур;

повышение обеспечения дез. средствами;

контроль за соблюдением этики и деонтологии медсестры;

серьезное отношение к внешнему виду медсестры [55].

Естественно, что перечисленные показатели не исчерпывают всех критериев оценки качества сестринской помощи пациентам. Опыт других санаториев свидетельствует о том, что косвенно о высоком качестве сестринского ухода свидетельствуют:

отсутствие у пациентов осложнений, связанных с оказанием сестринских услуг;

удовлетворенность пациента и его родственников медсестринским уходом;

отсутствие жалоб и замечаний со стороны пациентов, родственников, коллег, старшей медицинской сестры, лечащих врачей и заведующего отделением [25, 70].

Руководитель учреждения несет персональную ответственность за обеспечение качества услуг по оказанию медицинской помощи.

Важнейшим инструментами управленческой деятельности руководителей сестринских служб по обеспечению высокого качества сестринской помощи являются:

обеспечение систематического контроля за работой медицинских сестер и старших медицинских сестер по выполнению ими своих должностных инструкций и стандартов деятельности;

обучение медицинских сестер требованиям должностных инструкций, стандартов деятельности;

создание надлежащих условий для работы медицинских сестер и пребывания в медицинском учреждении пациентов;

надлежащее материально-техническое и лекарственное обеспечение деятельности медицинских сестер по осуществлению ими сестринского ухода;

создание в трудовом коллективе благоприятного психологического микроклимата [7, 23, 26].

# 3.2 Оценка качества работы медицинских сестер санатория "Ласточка"

В соответствии с задачей исследования проводился сравнительный анализ результатов опроса врачей, родственников пациентов и медицинских сестер по проблемам оказания качественной медицинской помощи средним медицинским персоналом.

Исследование проводилось на базе психоневрологического отделения КГУЗ Детского санатория "Ласточка". Врачам, родственникам пациентов медицинским сестрам предлагалось оценить по пятибалльной системе различные направления деятельности сестринского персонала данного учреждения. Были предложены критерии качества в целях сравнения полученных результатов (приложение 6). В анкетировании приняли участие 13 врачей, 100 родственников пациентов и 20 медицинских сестер.

Состав респондентов, их пол, квалификационная категория, стаж работы представлены в приложении 7.

50% респондентов - медицинских сестер на момент анкетирования не имела квалификационной категории. Все участники анкетирования имели среднее специальное образование.

30,8% респондентов - врачей - высококвалифицированные специалисты, имеющие квалификационную категорию, поэтому их мнение заслуживает особого внимания.

Было опрошено 100 родителей в возрасте от 20 до 50 лет, в основном мам пациентов (91%). Подавляющее большинство опрошенных родителей имели среднее специальное (70%) и среднее (20%) образование; высшее образование имели только 10%.

У большой части опрошенных родителей удовлетворительное материальное положение (60%); хорошее материальное положение имеют 30% респондентов-родителей, а 10% респондентов-родителей - неудовлетворительное материальное положение.

В проведенном исследовании использовался выборочный метод медицинской статистики.

# 3.3 Анализ результатов исследования

Проанализируем полученные результаты оценок критериев качества медицинской помощи детям.

Как показало исследование, наивысший средний балл (4,42) по всем критериям качества медицинской помощи детям был получен по результатам самооценки медицинских сестер. Более критично, чем медицинские сестры, оценили их врачи - средний балл (3,92) по всем критериям качества медицинской помощи детям. Еще более требовательными к деятельности медсестер оказались родственники пациентов: они оценивали те сестринские услуги, которые могут наблюдать во время пребывания ребенка в санатории.

1. Серьезной проблемой является сестринская документация. В настоящее время оценка работы медицинской сестры может быть проведена по заполняемым листам наблюдений историй болезни. В той документации, с которой работают опрашиваемые, нет четкого отражения действий, выполненных медицинской сестрой, не прослеживается динамика изменения состояния различных систем организма, что очень важно при работе с детьми. Поэтому необходима сестринская документация, содержащая информацию о выполнении сестринских действий, их своевременности и полноте. Требуется разработка таких форм документов, которые были бы структурированы, формализованы, удобны при заполнении, сопоставимы с сестринскими стандартами.

Потребность в подробной и четкой регистрации деятельности среднего персонала связана также с возможностью использования такого вида информации в качестве аргумента в целях защиты прав сестринского персонала при необоснованных претензиях, как со стороны врачей, так и со стороны родственников детей.

В результате средний балл респондентов - врачей по этому критерию качества оказался низким и составил 3,2 балла. Медсестра оценили этот критерий качества в 4,1 балла.

Причинами таких оценок послужило несовершенство сестринской документации и большая загруженность медицинских сестер.

2-4. Одной из функций управления качеством является так называемое планирование качества, т.е. деятельность, определяющая цели и требования к качеству. Прежде всего, это работа по формированию системы показателей, характеризующих качество сестринской помощи. При разработке такой системы следует учитывать, что критерии оценки деятельности медицинских сестер должны быть измеряемыми.

В данную систему наряду с критерием качества ведения сестринской документации следует включить критерии соблюдения правил учета и хранения лекарственных средств, технологии раздачи лекарственных средств, что, безусловно, влияет на качество медикаментозной терапии - одно из важнейших этапов лечения.

Достаточно высоко оценили данные критерии качества сами медицинские сестра: учет лекарственных средств - 4,4 балла; хранения лекарственных средств - 4,6 балла. Врачи проявили более высокую требовательность к соблюдению правил учета и хранения лекарственных средств: их средний балл оказался равным соответственно 4,1 и 4,2 балла. По-видимому, врачам приходится встречаться с нарушениями этих правил в процессе лечения детей.

Более серьезные расхождения получены при оценке технологии раздачи лекарственных средств для внутреннего и наружного приема: средний балл медсестер - 4,5 балла, врачей - 3,9 балла.

Причиной таких оценок послужило сложность специфики выполнения этого вида деятельности.

С целью установления причин недостатков в данном виде работ, выполняемых медицинскими сестрами, руководителям среднего медицинского персонала целесообразно организовать экспертизу качества обеспечения медицинскими сестрами медикаментозной терапии. Цель ее проведения - проконтролировать соблюдение правил учета и хранения лекарственных средств, а также качество технологии раздачи лекарственных средств с последующим принятием управляющих решений по устранению причин выявленных дефектов и нарушений.

5. Для реализации системного подхода к осуществлению сестринского ухода за пациентами на высоком профессиональном уровне требуется активное внедрение новых сестринских технологий по уходу за пациентами. Средний балл медсестер - 4,2, врачей - 4,0, родственников пациентов - 3,9.

Причиной таких оценок послужило недостаточность материального обеспечения, которая ведет к снижению возможности более квалифицированного ухода. Руководителям среднего медицинского персонала целесообразно возместить недостаток материального обеспечения.

6. Реакции детей на лечебные манипуляции и процедуры могут быть сведены к минимуму только при хорошей технике их выполнения. Поэтому медицинская сестра должна постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство. На медицинских сестер оказывающих помощь детям, возложена большая ответственность за проведение манипуляций на высоком качественном уровне, и от того, насколько правильно и умело они их осуществляют, зависит состояние ребенка, сроки его реабилитации. Средний балл медсестер - 4,3, врачей - 4,1, родственников пациентов - 4,5.

7. Несвоевременность выполнения медицинскими сестрами врачебных назначений может отрицательно повлиять на процесс реабилитации пациента, явиться поводом для возникновения новых обострений. Средний балл медсестер - 4,7, врачей - 4,5, родственников пациентов - 4,3.

Причинами таких оценок послужило недостаток времени, необходимого для выполнения большого объема разнообразной работы, отсутствием возможности оперативного доступа к медицинской документации, технологической сложностью выполняемых процедур. Поэтому руководителям сестринских служб необходимо уделять больше внимания нормированию труда сестринского персонала, осуществлять контроль за соблюдением норм времени.

Качество технологий сестринского ухода за пациентами, соблюдение технологий сестринских манипуляций и своевременность выполнения врачебных назначений являются индикаторами качества сестринской помощи. Руководителям сестринских служб целесообразно организовывать и проводить экспертизу качества по этим критериям качества.

8. В вопросах эпидемиологической безопасности среднему медицинскому персоналу отводится основная, главенствующая роль - роль организатора, ответственного исполнителя, контролера. Ежедневное, тщательное и неукоснительное выполнение требований санитарно - гигиенического и противоэпидемического режима в процессе исполнения своих профессиональных обязанностей составляет основу перечня мероприятий в профилактике внутрибольничной инфекции. Соблюдение санэпидрежима оценено средним медицинским персоналом в 3,9 балла, врачами в 3,9 балла, а родственники пациентов лишь в 3,8 балла. Причинами таких оценок послужило недостаточное обеспечение дезсредствами, несовершенство технологий по предотвращению внутрибольничной инфекции. Поэтому, чтобы избежать внутрибольничных инфекций, необходимо осуществлять санитарно-противоэпидемические мероприятия, применяя новые технологии.

9. Подготовка пациентов к различным видам процедур - еще один немаловажный критерий качества деятельности медицинских сестер, т.к. от него зависит качество проведения процедуры. Сестринский персонал оценил - в 4,0 балла, врачи - 4,4 балла, родственники пациентов - 3,8. Причиной таких оценок послужило сложность этого вида деятельности. Поэтому необходимо медсестрам больше уделять внимание подготовке пациентов к различным процедурам.

10. Важное значение в медицине имеют вопросы этики и деонтологии. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии медицинские сестра оценили в 4,5 балла. Средний балл врачей - 3,6, а родственники пациентов оценили - 3,9. Причиной таких оценок послужило сложность добиться взаимопонимания в общении с пациентами и их родственниками. Поэтому сестринскому персоналу необходимо четко следовать принципам медицинской этики и деонтологии. В основе взаимоотношений с пациентами и их родственниками должна лежать коллегиальность.

11. Аккуратный и подтянутый внешний вид медицинского работника несет в себе определенную позитивную информацию для пациентов и его родственников, говорит о его профессионализме [39]. Сестринский персонал оценил - в 4,8 балла, врачи - 3,5 балла, родственники пациентов - 4,0.

Причиной таких оценок послужило недостаточно серьезное отношение медицинских сестер к своему внешнему виду. Поэтому медицинским сестрам нужно поработать над улучшением своего внешнего вида. Результаты оценки качества медицинской помощи детям отображены в табл.1 и диаграмме.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Критерии | Средний балл | | |
| Родственники пациентов | врачи | медсестра |
| 1. Соблюдение стандартов ведения медицинской документации | - | 3,2 | 4,1 |
| 2. Правильность учета лекарственных средств | - | 4,1 | 4,4 |
| 3. Правильность хранения лекарственных средств | - | 4,2 | 4,6 |
| 4 Правильность технологии раздачи лекарственных средств пациентам | - | 3,9 | 4,5 |
| 5. Соблюдение технологий ухода за пациентом | 3,9 | 4,0 | 4,2 |
| 6. Соблюдение технологий выполнения манипуляций и процедур | 4,5 | 4,1 | 4,3 |
| 7. Своевременность выполнения врачебных назначений | 4,3 | 4,5 | 4,7 |
| 8. Соблюдение санэпидрежима | 3,8 | 3,9 | 3,9 |
| 9. Соблюдение технологий по подготовке пациентов к различным видам процедур | 3,8 | 4,4 | 4,0 |
| 10. Соблюдение принципов этики и деонтологии | 3,9 | 3,6 | 4,5 |
| 11. Внешний вид медицинской сестры | 4 | 3,5 | 4,8 |

# Вывод

Качество сестринской помощи детям по существу является важнейшим показателем качества труда сестринского персонала и, следовательно, уровня управленческой деятельности руководителей сестринских служб лечебного учреждения.

Очень важно, чтобы от качества труда медицинских сестер зависело их моральное поощрение и материальное вознаграждение.

Таким образом, проблема обеспечения высокого качества сестринской помощи требует от руководителей медицинских сестринских служб комплекса организационных, регламентирующих и воспитательных мероприятий, обучения, контроля, материально-лекарственного обеспечения, использования арсенала дисциплинарной практики.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о значимости медицинской помощи детям, как для сестринского персонала, так и для врачей. Отмечается единодушие мнений респондентов при оценке некоторых показателей, например, по поводу обеспечения санитарно-эпидемического режима. По-видимому, этот вид деятельности медицинского персонала требует более серьезного контроля, по результатам которого должны быть приняты эффективные управляющие решения. Также важно сестринскому персоналу четко следовать принципам медицинской этики и деонтологии. В основе взаимоотношений с пациентами и их родственниками должна лежать коллегиальность.

# Глава 4. Организация деятельности сестринского персонала санатория "Ласточка"

# 4.1 Улучшение работы с родственниками

Для эффективной реабилитации пациента важное значение имеет непрерывность процесса. Необходимый уход должен осуществляться как в специализированном лечебном учреждении санаторного типа, так и во время нахождения на амбулаторном лечении. Задача сестринского персонала - в максимально доступной форме объяснить родственникам пациента, осуществляющих домашний уход, принципы реабилитации данного вида заболеваний. Требуется обучить их выполнению элементов ухода, не требующих специального образования.

Кроме того, для осуществления двусторонней связи между родственниками пациента и медперсоналом, важно выстраивать эти отношения, соблюдая принципы этики и деонтологии.

Для улучшения работы с родственниками необходимо регулярно проводить родительские собрания, на которых рассказывать о проводимой работе, направленной на повышение качества медицинской помощи и ухода за пациентами, слушать и принимать к сведению их предложения и пожелания.

Помимо общих собраний во многих случаях надо проводить индивидуальные встречи для того, чтобы более полно понять особенности заболевания каждого конкретного пациента и учитывать их при реабилитации, а также объяснить родственникам принципы и манипуляции по уходу за ним.

# 4.2 Оптимизация работы сестринского персонала санатория

Меры по оптимизации работы медицинского персонала санатория заключаются в следующем:

1. Проводить дни открытых дверей, конкурсы профессионального мастерства - целью которых является - повысить теоретические и практические знания среднего медицинского персонала, возможность обмениваться опытом.
2. Проводить семинары и конференции для медицинских сестер для повышения профессионального уровня.
3. Для дальнейшего улучшения организации работы среднего медицинского персонала необходимо более четко распределить должностные обязанности, создать гибкий график работы.
4. Для продуктивной и эффективной работы медицинской сестры необходимо создать удобное рабочее место, которое будет оборудовано современной мебелью и медицинской техникой.
5. Медицинская сестра должна постоянно повышать свой профессиональный уровень, для этого необходимо создать в санатории библиотеку среднего медицинского персонала.

# Вывод

Внедрение вышеперечисленных мер по оптимизации деятельности сестринского персонала санатория позволит улучшить качество медицинской помощи и повысит эффективность реабилитации пациентов. Кроме того, при уделении должного внимания работе с родственниками, повысится качество амбулаторного лечения пациентов.

# Заключение

Детский санаторий является специализированным лечебно-профилактическим учреждением, осуществляющим этапное лечение больных детей, ликвидацию последствий перенесенных ими заболеваний, подготовку и возвращение детей к обычному для сверстников образу жизни. В настоящее время филиал детского санатория - это узкоспециализированное медико-педагогическое учреждение, в котором лечебный процесс осуществляется в тесной взаимосвязи с воспитательно-образовательным процессом. Это обстоятельство дает возможность достигнуть наиболее эффективных результатов реабилитации больных за счет специализации медицинского и педагогического персонала, применению наиболее эффективных методов лечения, оптимального учета и подбора допустимых физических и психоэмоциональных нагрузок.

Филиал финансируется только из городского бюджета, путевки распространяются через Главное Управление Здравоохранение администрации г. Красноярска по заявкам детских поликлиник. Из за отсутствия возможности продавать свои путевки, администрация санатория не имеет дополнительного финансирования на приобретение современного медицинского оборудования.

Медицинские работники работают в тесном контакте с поликлиниками, стационарами, социальными службами (приюты, интернаты, детские дома). Контингент больных детей, нуждающихся в санаторном лечение, выявляются при диспансеризации детского населения врачами детской поликлиники, а так же при выписке детей из больницы для непосредственного перевода их на реабилитацию в местный санаторий.

При выписке ребенка из санатория лечащий врач дает рекомендации для родителей, детских дошкольных и школьных учреждений, а так же для участкового педиатра. После реабилитации ребенка в санатории не ведется контроль, за состоянием его здоровья со стороны медперсонала санатория.

Прием детей в санаторий осуществляется в первые три дня, но не редко бывают опоздания, что приводит к нарушению периода адаптации ребенка и формированию групп.

До недавнего времени приоритет в вопросах повышения качества медицинской помощи отдавался только врачебным службам. На наш взгляд, исключительно важным направлением является совершенствование качества сестринской деятельности, так как врачебное и сестринское дело - взаимосвязанные процессы медицинской помощи.

В основе формирования качественно нового уровня сестринской помощи лежат: совершенствование профессиональной подготовки, развитие научных исследований в области сестринского дела, внедрение инновационных технологий в сестринский процесс. Необходимо использовать сестринский потенциал как возможный резерв для создания адекватной организации медицинской помощи.

**ВЫВОДЫ:**

1. Организация работы детского санатория складывается из двух этапов:

взаимодействие санатория с внешней средой, которая включает детские поликлиники, семью ребенка, детские сады и школьные коллективы г. Красноярска;

организацию внутренней среды санатория складывающуюся на основе поставленных целей и задач, эффективного использования кадрового потенциала, современных технологий и адекватной структуры организации.

2. Анализ должностных обязанностей сестринского персонала показал, что:

в должностных обязанностях не отражен перечень правил внутреннего распорядка, что исключает полноценное их выполнение;

отсутствует перечень мероприятий, связанных с организацией и проведением санпросветработы с родителями поступивших на лечение детей. Для улучшении я качества работы сестринского персонала целесообразно предпринять следующее: перераспределить некоторые должностные обязанности медперсонала (санитарки, медсестры смежных специальностей); оснастить персонал современным медицинским оборудованием, что будет способствовать снижению трудоемкости работы медсестер и повышению ее качества.

3. Оценка качества медицинской помощи детям по 4 критериям, включающим: выполнение плановых показателей, самооценку работы медицинскими сестрами, врачебным персоналом и родителями объективна, так как позволяет сравнить полученную оценку с заданными критериями.

4. Предложения по повышению качества работы среднего медицинского персонала санатория включают:

укомплектованность рабочего места медсестры в соответствии с заданным стандартом;

усиление мотивации работников;

повышение профессионального уровня персонала путем обучения и стажировки в других санаториях, в том числе обмен опытом;

**ПРЕДЛОЖЕНИЯ:**

На основе проведенного исследования и анализа результатов нами разработаны следующие предложения:

1. Для улучшения координации работы среднего медицинского персонала, строгого ведения документации и уменьшения количества бумажной работы, рекомендовать введение компьютерных технологий учета и документооборота. При этом требуется провести обучение персонала работе с компьютерной техникой.

2. Для повышения уровня качества медицинской помощи средним медицинским персоналом необходимо постоянно обновлять материально-техническую базу санатория, укомплектовать пост медсестры современным медицинским оборудованием для внедрения современных лечебных методик.

психоневрологический медицинская сестра санаторий

3. Очень важно создавать сестринскому персоналу условия для освоения смежных специальностей. Это выгодно тем, что обеспечивается взаимозаменяемость специалистов и повышается их уровень образованности.

# Список литературы

1. Авруцкий Г.Я. Лечение психически больных. - М., 2000. - 437 с.
2. Александрова В.А. Основы курортологии. - М., 2000. - 290 с.
3. Бадтиева В.А. Оздоровительные программы в санаторно-курортной практике /В.А. Бадтиева // Курортные ведомости. - 2005. - № 5. - С.43.
4. Барышева М.И. Физическая работоспособность детей младшего школьного возраста с нарушением письма /М.И. Барышева // Курортные ведомости. - 2005. - № 5. - С.47-48.
5. *Боровик Э.Б., Баранова Г.М., Черкасова Л.Л., Подлужный Ю. В."* Современное состояние и перспективы развития санаторно-курортной помощи детям" // Вопросы курортологии физиотерапии и лечебной физической культуры. 1986г. №4. С.1-4.
6. Васильева Л.П. Новый подход к реализации санаторно-курортных услуг /Л.П. Васильева // Курортные ведомости. - 2005. - № 5. - С.64.
7. Головин А.А. Реформа сестринского дела в лечебно-профилактических учреждениях Омской области: проблемы и пути их решения /А.А. Головин, Т.В. Евсеева, Б.В. Левахин // Медицинская помощь. - 2001. - № 1. - С.33-35.
8. Глотова И.Г. Проблемы и задачи оценки качества сестринской помощи в период реформирования сестринского дела в Белгородской области/И.Г. Глотова // Главная медицинская сестра. - 2000. - № 1. - С.7-17.
9. Губина Н.Б. Опыт работы отделения психотерапии в санатории для детей и подростков с соматическими расстройствами /Н.Б. Губина // Курортные ведомости. - 2005. - № 5. - С.79.
10. Гурович И.Я. Влияние на социальное функционирование и качество жизни в процессе амбулаторного лечения/И.Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. - 1996. - №2. - С.92-97.
11. Давыдова О.Б. Актуальные вопросы медицинской курортологии /О.Б. Давыдова // Курортные ведомости. - 2005. - № 5. - С.80-81.
12. Двойников С.И. Качество медицинской помощи /И.С. Двойников // Сестринское дело. - 2004. - №3. - С.13.
13. Добрых С.В. Опыт работы санатория по программе социальной реабилитации инвалидов /С.В. Добрых // Курортные ведомости. - 2005. - № 5. - С.86.
14. Добрых С.В. О роли санаторно-курортного лечения в оздоровлении детей /С.В. Добрых // Курортные ведомости. - 2005. - № 5. - С.86.
15. Дорошенко В.А. Детские санатории: организация лечебной и учебно-воспитательной работы с детьми. - М.: Медицина, 1986. - 160 с.
16. Дорошенко В.А. Санаторный этап раннего восстановительного лечения больных после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения на курорте "Синегорские минеральные воды" /В.А. Дорошенко // Курортные ведомости. - 2005. - № 5. - С.91.
17. Евылов В.И. Справочник старшей (главной) медсестры. - Ростов-на - Дону: Издательство “Феникс”, 2000. - 510 с.
18. Жузжанов О.Т. Роль социальной медицины и управления здравоохранением в условиях перехода к рыночным отношениям /О.Т. Жузжанов // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. - 1995. - №1. - С.25-30.
19. Захаров И.А. Сравнительная оценка качества сестринской помощи по различным направлениям деятельности /И.А. Захаров, Е.А. Захарова // Главная медицинская сестра. - 2004. - № 11. - С.33-43.
20. Иванов Д.С. Медицинское образование и кадры/Д.С. Иванов // Проблемы управления здравоохранения. - 2003. - №5. - С.40-42.
21. Ивановская О.Д. Восстановительное лечение и медицинская реабилитация в лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждениях Санкт-Петербурга /О.Д. Ивановская // Курортные ведомости. - 2005. - № 5. - С.15-17.
22. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. - М., 2005. - 240 с.
23. Камынина Н.Н. Протоколы выполнения простых медицинских манипуляций как средство повышения качества деятельности медсестер /Н.Н. Камынина // Медицинская сестра. - 2005. - №8. - С.35-40.
24. Катков А.Л. Реформирование психиатрической службы в новых социально-экономических условиях /А.Л. Катков // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. - 1995. - №1. - С.31-42.
25. Коркина М.В. Врач, сестра, больной. - М., 1981. - 200 с.
26. Косарева Н.Н. Управление сестринским персоналом как одна из составляющих качества сестринской медицинской услуги /Н.Н. Косарева // Главная медицинская сестра. - 2004. - № 2. - С.29-31.
27. Краснов А.Ф. Сестринское дело. - М., 2004. - 256 с.
28. Кривобоков В.Н. К вопросу о реабилитации детей с неврологической патологией /В.Н. Кривобоков // Курортные ведомости. - 2005. - № 5. - С.125.
29. Кривобоков Н.Г. Актуальные вопросы восстановительной медицины в реабилитации детей, оперированных по поводу детского церебрального паралича (ДЦП) /Н.Г. Кривобоков // Курортные ведомости. - 2005. - № 5. - С.125-126.
30. Кудрина Т.В. Разработка качественных показателей деятельности сестринского персонала в городской больнице восстановительного лечения г. Иваново /Т.В. Кудрина // Главная медицинская сестра. - 2005. - № 4. - С. 19-22.
31. Кузьменко О.П. Экспресс-оценка эффективности курортно-восстановительного лечения /О.П. Кузьменко // Курортные ведомости. - 2005. - № 5. - С.128-129.
32. Латогуз С.И. Руководство по технике массажа и мануальной терапии. - Ростов-на-Дону: Издательство “Феникс”, 2002. - 512 с.
33. Левина И.А. Детская медсестра глазами пациентов и их родителей /И.А. Левина, И.Б. Лебедева // Сестринское дело. - 2004. - № 4-5. - С.15-16.
34. Лепляева А.К. Учимся работать качественно /А.К. Лепляева // Сестринское дело. - 2004. - № 4-5. - С.18.
35. Мазур М.М. Справочник по курортологии и курортологии. - М., 2003. - 370 с.
36. Минденбратен А.Л. О качестве медицинской помощи/А.Л. Минденбратен // Медицинская помощь. - 2005. - № 4. - С.3-5.
37. Никитенко А.А. Лечебная физкультура и медико-социальная реабилитация, трудотерапия /А.А. Никитенко // Курортные ведомости. - 2005. - № 5. - С.157.
38. Организация лечебно-профилактической работы в санаториях, профилакториях профсоюзов: Ведомственная инструкция // Министерство здравоохранения. - Киев, 1981 - 38 с.
39. Островская И.В. Внешний вид медсестры и пациента /И.В. Островская // Медицинская сестра. - 2006. - №1. - С.32.
40. Островская И.В. Основы психологии и практика общения медсестры и пациента. - М.: АНМИ, 2004. - 296 с.
41. Палеев Н.Р. Справочник медицинской сестры по уходу. - М., 1999. - 449 с.
42. Папуцкая Г.И. Качество сестринской помощи /Г.И. Папуцкая // Клиническая геронтология. - 2005. - №7. - С.47-49.
43. Полторанов В.В. Санаторно-курортное лечение и его эффективность. - М., 1999. - 300 с.
44. Пономаренко Г.Н. Перспективы развития современной курортологии и физиотерапии /Г.Н. Пономаренко // Курортные ведомости. - 2005. - № 5. - С.12-13.
45. Попов С.Н. Физическая реабилитация. - Росто-на-Дону: Издательство “Феникс”, 1999. - 608 с.
46. Прохоров В.А. Необходимость использования и условия реализации целевых комплексных программ развития курортного дела /В.А. Прохоров // Курортные ведомости. - 2005. - № 5. - С.7-8.
47. Разумов А.Н. Использование психотерапии при эмоциональных и вегетативных нарушениях /А.Н. Разумов // Курортные ведомости. - 2005. - № 5. - С.179-180.
48. Розенфельд Л.Г. Организационные технологии формирования здоровья населения региона с ведущей ролью санаторно-курортного комплекса /Л.Г. Розенфельд // Курортные ведомости. - 2005. - № 5. - С.185-186.
49. Румянцев Н.В. Реабилитация как основа повышения структурной эффективности системы здравоохранения /Н.В. Румянцев // Курортные ведомости. - 2005. - № 5. - С.186-187.
50. Саркисова В.А. Деятельность Ассоциации медицинских сестер России /В.А. Саркисова // Сестринское дело. - 2005. - № 1. - С.13-14.
51. Саркисова В.А. Деятельность Ассоциации медицинских сестер России /В.А. Саркисова // Сестринское дело. - 2004. - № 6. - С.6.
52. Седельников Е.П. Последствия ППЦНС у детей раннего возраста: новые направления физиотерапии /Е.П. Седельников // Курортные ведомости. - 2005. - № 5. - С. 190.
53. Сестринское дело в неврологии и психиатрии с курсом наркологии: Учебное пособие/Авт. - сост.: Б.А. Кабарухин. - Ростов-на-Дону: Издательство “Феникс”, 2002. - 448 с.
54. Сестринское дело в курортологии: Учебное пособие/Авт. кол.Л.К. Долгих, А.Н. Ерошенко, Е.Г. Кокоева. - Ростов-на-Дону: Издательство “Феникс”, 2005. - 320 с.
55. Серегина И.Ф. О некоторых результатах проверки качества оказания медицинской помощи и эффективности использования санаторно-курортных учреждений федерального подчинения /И.Ф. Серёгина // Курортные ведомости. - 2005. - № 5. - С.8-10.
56. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. - М., 2003. - 507 с.
57. Соколова Н.Г. Физиотерапия. - Ростов-на-Дону: Издательство “Феникс”, 2003. - 320 с.
58. Степанов В.В. Примерные должностные инструкции персонала лечебно-профилактических учреждений. - М.: МЦФЭР, 1999. - 272 с.
59. Талисов Р.Ф. Особенности санаторного этапа реабилитации больных с нарушениями мозгового кровообращения в вертебробазилярном бассейне /Р.Ф. Талисов // Курортные ведомости. - 2005. - № 5. - С. 204.
60. Федоренко А.А. Лечебно-оздоровительные программы в условиях санатория /А.А. Федоренко // Курортные ведомости. - 2005. - № 5. - С.213.
61. Фомина Е.В. Проблемы качества сестринской помощи /Е.В. Фомина // Проблемы управления здравоохранением. - 2003. - №1. - С.24-25.
62. Хальвин Р.А. Экономические аспекты деятельности психиатрической службы/Р.А. Хальвин // Социальная и клиническая психиатрия. - 2003, №3, том 3, С.63-66.
63. Хейфец А.С. Старшая медсестра - непосредственный руководитель и организатор работы сестринского и младшего медицинского персонала отделений ЛПУ /А.С. Хейфец // Главная медицинская сестра. - 2004. - № 1. - С.18-23.
64. Хейфец А.С. Планирование работы главных медицинских сестер и качество сестринской помощи /А.С. Хейфец // Главная медицинская сестра. - 1999. - № 10. - С.15-22.
65. Шамов И.А. От деонтологии к биомедицинской этике /И.А. Шамов // Медицинская сестра. - 2006. - № 1. - С.2-5.
66. Шурыгин Г.И. Возможности внебюджетного финансирования психиатрической службы в рамках организационной модели /Г.И. Шурыгин // Социальная клиническая психиатрия. - 2003, № 3 - С.61-62.
67. Шушарджан С.В. Музыкальная терапия в санаторно-курортном деле /С.В. Шушарджан // Курортные ведомости. - 2005. - № 5. - С.234.
68. Щербаков И.Ф. Рефлексотерапия соматической патологии у больных остеохондрозом позвоночника /И.Ф. Щербаков // Курортные ведомости. - 2005. - № 5. - С.234.
69. Ястребова В.С. Организационные аспекты внебольничной и стационарной психиатрической помощи // Невропатология и психиатрия им.С. С. Корсакова. 2003, №11, том 91. С.3-6.
70. Яровинский М.Я. Медицинский работник и пациент/М.Я. Яровинский // Медицинская помощь. - 1996. - №3. - С.9-11.

# Приложения

Приложение 1

**Кадровый потенциал медицинского персонала психоневрологического отделения КГУЗ Детского санатория "Ласточка".**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| п/п | Занимаемая должность | Кол-во ставок | Кол-во человек | категория |
| 1 | Главный врач | 1 | 1 | Высшая |
| 2 | Заместитель гл. врача | 1 | 1 | Высшая |
| 3 | Заведующий отделением | 1 | 1 | Молодой специалист |
| 4 | Врач невролог | 5 | 5 | Молодые специалисты |
| 5 | Врач педиатр | 1 | 1 | Первая |
| 6 | Врач физиотерапевт | 1 | 1 | Молодой специалист |
| 7 | Врач стоматолог | 1 | 1 | Молодой специалист |
| 8 | Врач логопед | 2 | 1 | высшая |
| 1 | Молодой специалист |
| 9 | Главная медсестра | 1 | 1 | Молодой специалист |
| 10 | Старшая медсестра | 1 | 1 | Молодой специалист |
| 11 | Палатная медсестра | 9 | 2 | Высшая |
| 4 | Вторая |
| 3 | Молодые специалисты |
| 12 | Медсестра по массажу | 5 | 2 | Вторая |
| 3 | Молодые специалисты |
| 13 | Медсестра физиокабинета | 3 | 2 | Молодые специалисты |
| 1 | высшая |
| 14 | Диетсестра | 1 | 1 | Молодой специалист |
| 15 | Младший медперсонал | 9 | 5 | Молодые специалисты |
| 4 | Младшая медсестра по уходу |

Приложение 2

**Календарь заездов детей на 2006г. психоневрологического отделения КГУЗ Детского санатория "Ласточка".**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата заезда | Дата выезда | Кол-во дней | пересменок |
| 10.01.06 | 02.02.06 | 24 | 03.02.06-05.02.06 |
| 06.02.06 | 02.03.06 | 24 | 03.03.06-05.03.06 |
| 06.03.06 | 29.03.06 | 24 | 30.03.06 |
| 31.03.06 | 23.04.06 | 24 | 24.04.06 |
| 25.04.06 | 18.05.06 | 24 |  |
| 19.05.06-28.05.06 | | | |
| 29.05.06 | 18.06.06 | 21 | 19.06.06 |
| 20.06.06 | 10.07.06 | 21 | 11.07.06 |
| 12.07.06 | 01.08.06 | 21 | 02.08.06 |
| 03.08.06 | 23.08.06 | 21 | 24.08.06 |
| 25.08.06 | 17.09.06 | 24 | 18.09.06 |
| 19.09.06 | 11.10.06 | 23 | 12.10.06 |
| 13.10.06 | 05.11.06 | 24 | 06.11.06 |
| 07.11.06 | 30.11.06 | 24 | 01.12.06-03.12.06 |
| 04.12.06 | 29.12.06 | 28 | 30.12.06-31.12.06 |

Приложение 3

**Распорядок дня школьников психоневрологического отделения КГУЗ Детского санатория "Ласточка".**

|  |  |
| --- | --- |
| Время | деятельность |
| 7: 00-7: 30 | Подъем, термометрия, уборка постели. |
| 7: 30-8: 00 | Утренний туалет, утренняя гимнастика. |
| 8: 00-8: 30 | Завтрак. |
| 8: 30-8: 45 | Прием лекарственных средств |
| 8: 45-9: 30 | Обход врача. |
| 9: 30-12: 00 | Лечебные процедуры. |
| 12: 00-12: 30 | Обед. |
| 12: 30-14: 00 | Дневной сон. |
| 14: 00-14: 15 | Подъем, термометрия, уборка постели. |
| 14: 15-16: 40 | Занятия в школе. |
| 16: 40-17: 15 | Полдник. |
| 17: 15-18: 00 | Прогулка, игры на свежем воздухе. |
| 18: 00-19: 00 | Выполнение школьных домашних заданий. |
| 19: 00-19: 30 | Ужин. |
| 19: 30-19: 50 | Прогулка. |
| 19: 50-21: 00 | Подготовка ко сну, прием лекарственных средств |
| 21: 00-7: 00 | Ночной сон |

**Распорядок дня дошкольников психоневрологического отделения КГУЗ Детского санатория "Ласточка".**

|  |  |
| --- | --- |
| Время | деятельность |
| 7: 00-7: 30 | Подъем, термометрия, уборка постели. |
| 7: 30-8: 00 | Утренний туалет, утренняя гимнастика. |
| 8: 00-8: 30 | Завтрак. |
| 8: 30-8: 45 | Прием лекарственных средств |
| 8: 45-9: 30 | Обход врача. |
| 9: 30-12: 00 | Лечебные процедуры. |
| 12: 00-12: 30 | Обед. |
| 12: 30-14: 00 | Дневной сон. |
| 14: 00-14: 15 | Подъем, термометрия, уборка постели. |
| 14: 15-16: 40 | Развивающие игры |
| 16: 40-17: 15 | Полдник. |
| 17: 15-18: 00 | Прогулка, игры на свежем воздухе. |
| 18: 00-19: 00 | Развивающие игры |
| 19: 00-19: 30 | Ужин. |
| 19: 30-19: 50 | Прогулка. |
| 19: 50-21: 00 | Подготовка ко сну, прием лекарственных средств |
| 21: 00-7: 00 | Ночной сон |

Приложение 6

**Анкета**

Администрация КГУЗ Детского санатория " Ласточка" ведет целенаправленную работу по повышению качества оказания медицинской помощи детям. Просим Вас заполнить настоящую анкету. В данной анкете используется пятибалльная система оценки. Ваши ответы будут способствовать совершенствованию сестринской помощи детям.

**1.** Пол

**□ М □ Ж**

**2.** Образование (подчеркните): высшее, средне-специальное, среднее, неполное среднее

**3**. Возраст лет

**4.** Материальное (подчеркните) положение: хорошее, удовлетворительное, неудовлетворительное.

**5.** Количество детей в семье **□**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Критерии | баллы | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Соблюдение технологий ухода за пациентом | 4 |  |  |  |  |
| 2. Соблюдение технологий выполнения манипуляций и процедур |  |  |  |  |  |
| 3. Своевременность выполнения врачебных назначений |  |  |  |  |  |
| 4. Соблюдение санэпидрежима |  |  |  |  |  |
| 5. Соблюдение технологий по подготовке пациентов к различным видам процедур |  |  |  |  |  |
| 6. Соблюдение принципов этики и деонтологии |  |  |  |  |  |
| 7. Внешний вид медицинской сестры |  |  |  |  |  |

Администрация КГУЗ Детского санатория "Ласточка" благодарит Вас за участие в анкетировании!

Приложение 5

**Анкета**

**Администрация КГУЗ Детского санатория " Ласточка" ведет целенаправленную работу по изучению должностных обязанностей сестринского персонала. Просим Вас заполнить настоящую анкету. Ваши ответы будут способствовать совершенствованию сестринской помощи детям.**

**1.** Пол

**□ М □ Ж**

**2.** Возраст лет

**3.** Образование (подчеркните): высшее, среднеспециальное.

**4.** Стаж работы лет

**5.** Достаточно ли Вы уделяете внимания санитарно-гигиеническим моментам в работе? **□** да, **□** нет.

**6.** Проводите ли Вы санпросветработу среди родственников пациентов? **□** да, **□** нет.

**7.** Как часто Вы не придерживаетесь правил внутреннего распорядка? (подчеркните) часто, редко, иногда.

**8.** Какому виду вознаграждения Вы отдаете предпочтения? (подчеркните):

материальному

моральному

**9.** Считаете ли Вы, что материальное вознаграждение повышает требовательность к выполнению своих обязанностей? **□** да, **□** нет.

**10.** Как Вы оцениваете загруженность своей работы?

высокая

средняя

низкая

**11.** Считаете ли Вы, что для снижения нагрузки на медсестру необходимо перераспределить должностные обязанности? **□** да, **□** нет.

**12.** Ваши замечания по своим должностным обязанностям и предложения по их улучшению

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Администрация КГУЗ Детского санатория "Ласточка" благодарит Вас за участие в анкетировании!

Приложение 6

**Анкета**

**Администрация КГУЗ Детского санатория " Ласточка" ведет целенаправленную работу по повышению качества оказания медицинской помощи детям. Просим Вас заполнить настоящую анкету. В данной анкете используется пятибалльная система оценки. Ваши ответы будут способствовать совершенствованию сестринской помощи детям.**

**1.** Пол

**□ М □ Ж**

**2.** Образование (подчеркните): высшее, средне-специальное.

3. Стаж работы лет

4. Занимаемая должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Постдипломное образование

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Квалификационная категория (подчеркните): высшая, первая, вторая.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Критерии | баллы | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Соблюдение стандартов ведения медицинской документации |  |  |  |  |  |
| 2. Правильность учета лекарственных средств |  |  |  |  |  |
| 3. Правильность хранения лекарственных средств |  |  |  |  |  |
| 4 Правильность технологии раздачи лекарственных средств пациентам |  |  |  |  |  |
| 5. Соблюдение технологий ухода за пациентом |  |  |  |  |  |
| 6. Соблюдение технологий выполнения манипуляций и процедур |  |  |  |  |  |
| 7. Своевременность выполнения врачебных назначений |  |  |  |  |  |
| 8. Соблюдение санэпидрежима |  |  |  |  |  |
| 9. Соблюдение технологий по подготовке пациентов к различным видам процедур |  |  |  |  |  |
| 10. Соблюдение принципов этики и деонтологии |  |  |  |  |  |
| 11. Внешний вид медицинской сестры |  |  |  |  |  |

Администрация КГУЗ Детского санатория "Ласточка" благодарит Вас за участие в анкетировании!

Приложение 7.

**Сведения об участниках анкетирования.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Участники опроса | Пол, % | | Квалификационная категория, % | | | Общий стаж работы, % | | | | | | |
| м | ж | 1 | 2 | высшая | Менее 5 лет | 5-10 лет | 10-15 лет | 15-20 лет | 20-25 лет | 25-30 лет | Более 30 лет |
| Врачи (13 человек) | -- | 100 | 7,7 | -- | 23 | 69,2 | 7,7 | -- | -- | -- | 7,7 | 15,4 |
| Медсестра (20 человек) | -- | 100 | 5 | 30 | 15 | 50 | 15 | 15 | 10 | 10 | -- | -- |