

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАБОТЫ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

О.Н. Учайкина

Многопрофильный медицинский центр на Полянке, Москва

E-mail: olgau1976@gmail.com

Представлены результаты исследования профессиональной деятельности среднего медицинского персонала в частном медицинском учреждении.

Ключевые слова: медсестры, профессиональная деятельность, качество сестринских услуг.

Сестринское дело в последние годы интенсивно развивается. Формируется трехуровневая система подготовки медсестер. Введена номенклатура должностей в соответствии с уровнем образования сестринского персонала. Изменился подход к планированию подготовки специалистов: формируются контрактно-целевые заказы на подготовку и додипломную специализацию выпускников, совершенствуется система дополнительного образования среднего медицинского персонала, регулярно проводятся усовершенствование и переподготовка.

В последние годы профессиональные функции медицинских работников со средним образованием в частных медицинских организациях интенсивно меняются в соответствии с задачами, стоящими перед этими организациями. На сестринский персонал в частной медицинской организации возлагаются большие функции, чем в государственной системе; деятельность среднего медицинского персонала должна соответствовать меняющимся требованиям населения к качеству медицинской помощи.

В частной медицинской организации качеству медицинской помощи придается особое значение. Борьба за качество состоит в осуществлении жесткого контроля за работой медицинского персонала, однако доводить дело до тотального контроля нельзя, так как это может привести к нежелательным последствиям, которые скажутся на работе. Гораздо большей эффект достигается, когда персонал активно участвует в сборе информации о своей деятельности, анализирует ее, выносит решения о наличии проблем, их причинах и мерах по улучшению ситуации, доводя эти решения до сведения руководства. Задача руководителя, организующего внутренний контроль, – учесть состояние

сестринского коллектива и не допустить при этом формализации внутреннего контроля.

В современных условиях представляется исключительно важной выработка новых направлений совершенствования качества сестринской деятельности. Улучшение качества и повышение эффективности сестринской помощи, дальнейшее ее развитие возможно только при критическом пересмотре реального положения вещей, т.е. при анализе состояния сестринского дела в частной системе здравоохранения.

Сегодня существует проблема системного подхода к описанию качественного содержания медицинской помощи, удовлетворяющей запросы, ожидания и нужды потребителей медицинских услуг. Это обусловлено тем, что медицинская деятельность не является традиционным производством и соответственно обычные критерии оценки качества здесь неприменимы.

Материал и методы

Исследование проведено на базе частного Многопрофильного медицинского центра амбулаторно-поликлинического типа с дневным стационаром; Центр обслуживает население по хозрасчету, в системе добровольного медицинского страхования. Цель исследования состояла в изучении путей совершенствования деятельности среднего медицинского персонала частного медицинского учреждения, оценке контроля качества сестринской помощи как неотъемлемого компонента медицинской помощи (удовлетворенность пациента качеством сестринских услуг была основным критерием эффективности контроля).

В соответствии с поставленными целями и задачами в исследовании применялась система критериев (стандартов), которые характеризуют качество сестринской помощи (КСП) для медицинского центра. Использовался материал отчетов, составляющихся «тайными пациентами» по заранее разработанным стандартам. 10 раз в месяц «тайные пациенты» посещают клинику и оценивают работу врачебного состава, среднего медицинского персонала, а также администраторов.

Деятельность любой группы профессиональных работников регламентируется определенными нормативно-правовыми документами, позволяющими очертить границы их профессиональной компетенции и порядок взаимодействия с другими специалистами. Поэтому изучалась действующая нормативно-правовая база деятельности средних медицинских работников (приказ Минздрава РФ от 19.08.97 № 249 «О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала»; в редакциях от 19.01.99 № 18; 6.02.01 № 33; 14.05.03 № 197). Мнения специалистов со средним медицинским образованием выяснялись с помощью опросника, составленного на основе действующих нормативно-правовых документов, регламентирующих их деятельность. Опрошено 20 медсестер. В каждую часть опросника были включены обязанности и профессиональные навыки, приведенные в приложениях 3 и 4 (приказ № 249).

Проанализированный перечень обязанностей и профессиональных навыков состоит из 10 разделов это: услуги по уходу за пациентами; диагностические услуги; лечебные услуги; мероприятия по неотложной помощи; услуги, связанные с обучением пациентов и их родственников; профилактические услуги; работа по инфекционной безопасности; работа, связанная с подготовкой рабочего места; делопроизводство; взаимоотношения в работе медсестры.

Методом опроса и наблюдений по Харрису и Морану изучалась также организационная культура среднего медицинского персонала. Был проведен SWOT-анализ (метод стратегического планирования, используемый для оценки факторов и явлений, влияющих на проект или предприятие). Метод предусматривает определение цели проекта и выявление внутренних и внешних факторов, способствующих ее достижению или осложняющих его.

Для установления связи между оценкой деятельности медсестры (в баллах) и стажем работы проведен корреляционный анализ. Выявлено, что чем больше стаж, тем меньше вероятность возникновения осложнений. Проанализированы также укомплектованность штатов лечебно-профилактического учреждения и коэффициент совместительства; чем больше коэффициент совместительства, тем большая нагрузка приходится на совместителя.

Результаты и обсуждение

Результаты анализа мнений опрошенных о перечне обязанностей и профессиональных навыков, регламентированных нормативно-правовой базой, приведены в табл. 1.

Анализ мнений специалистов с средним медицинским образованием осуществляющих свою трудовую деятельность в частном медицинском учреждении, позволил выделить положительный перечень обязанностей полученный в ходе проведения опроса.

Таблица 1
Частота (в %) ответов респондентов о том, согласны ли они с тем, что перечень умений и навыков, входящих в компетенцию медсестры, выполняется в медицинской организации

Раздел	Совершенно согласна	Отчасти согласна	Отчасти не согласна	Совершенно не согласна
Услуги по уходу за пациентами	50	25	25	–
Диагностические услуги	100	–	–	–
Лечебные услуги	–	20	80	–
Мероприятия по неотложной помощи	–	65	35	–
Услуги связанные с обучением пациентов и их родственников	–	35	65	–
Профилактические и реабилитационные услуги	–	80	20	–
Работы по инфекционной безопасности	100	–	–	–
Работы, связанные с подготовкой рабочего места	25	50	25	–
Делопроизводство	75	20	5	–
Профессиональные взаимоотношения в работе медсестры	100	–	–	–

Совершенно согласны с тем, что выполняемые производственные функции соответствуют фактически действующим нормативно-правовым документам в таких разделах, как: диагностические услуги, работа по инфекционной безопасности, профессиональные взаимоотношения в работе медицинской сестры (взаимодействовать с коллегами и сотрудниками сторонних служб в интересах пациента, сообщать врачу информацию о состоянии здоровья пациента) – 20 чел (100%). Таких ответов как «совершенно не согласны» от респондентов не последовало.

Раздел «Услуги по уходу за пациентами» предполагает осуществление медсестрой этапов сестринского процесса с выполнением соответствующих манипуляций, не требующих врачебного вмешательства. Совершенно согласны с тем, что перечень умений, входящих в компетенцию медсестры в данном разделе выполняется в медицинской организации, 10 чел (50%), «отчасти согласны» и «отчасти не согласны» по 5 чел (25%) опрошенных. Очевидно, что данная функция будет более раскрыта в условиях стационара, нежели в деятельности медсестры амбулаторно-поликлинического учреждения.

Раздел «Диагностические услуги» предполагает набор обязанностей и практических манипуляций, осуществляемых медсестрами, выявление ведущих синдромов и симптомов у пациентов частного медицинского центра. Разъяснительная работа в проведении качественной и своевременной подготовки

пациентов к лабораторным, функционально-инструментальным исследованиям. Совершенно согласны с тем, что перечень умений, входящих в компетенцию медсестры в данном разделе выполняется в медицинской организации, 100% опрошенных. Можно предположить, что отсутствие полностью отрицательных ответов говорит о том, что данная функция присутствует в деятельности медсестер частного медицинского центра.

Раздел «Лечебные услуги» предполагает осуществление медсестрой этапов сестринского процесса с выполнением соответствующих манипуляций, не требующих врачебного вмешательства. «Отчасти согласны» с тем, что перечень умений, входящих в компетенцию медсестры в данном разделе выполняется в медицинской организации, 20% опрошенных, а «отчасти не согласны» – 80%. Отсутствие однозначно положительных ответов по обязанностям и профессиональным навыкам у респондентов вполне логично можно объяснить ведущей ролью врача частного медицинского учреждения в лечебно-диагностическом процессе и отсутствием нормативно-правовой базы, определяющей границы профессиональной самостоятельности медсестер при оказании ими медицинской помощи пациентам.

Раздел «Мероприятия по неотложной помощи» предполагает оказание доврачебной неотложной помощи при острых заболеваниях, несчастных случаях, катастроф с последующим вызовом врача к пациенту, вызов бригады скорой помощи или направление его в ближайшее лечебно-профессиональное учреждение.

«Отчасти согласились», что перечень умений, входящих в компетенцию медсестры в данном разделе выполняется в медицинской организации, 65%. «Отчасти не согласились» 35% опрошенных. Это объясняется тем, что данная функция чаще всего выполняется в структурных подразделениях реанимационно-анестезиологического профиля.

Данная специализация определяет, что при возникновении ситуаций, требующих неотложных медицинских вмешательств, пациенты обращаются в соответствующие структурные подразделения, в том числе и в скорую медицинскую помощь, тем самым, перекладывая выполнение функции на специалистов в области неотложной помощи.

Однако, понимая значимость этой функции в целом для профессии медсестры, никто из опрошенных не высказался полностью отрицательно относительно ее осуществления в практических условиях работы сестринского персонала.

Раздел «Услуги, связанные с обучением пациентов и их родственников» подразумевает объяснение пациенту способа и порядка подготовки к лабораторным, инструментальным и функциональным исследованиям; обучение членов семьи организации безопасной

среды для пациента; проведение гигиенического воспитания и обучения здоровому образу жизни.

«Отчасти согласны», что перечень умений, входящих в компетенцию медсестры в данном разделе, выполняется в медицинской организации, 35% и «отчасти не согласны» – 65%. Это объясняется тем, что в практической деятельности сестринского персонала обязанности и профессиональные навыки функции обучения не являются часто осуществляемыми. Это случается в силу того, что в частной структуре происходит более тесное общение между пациентом и врачом, чем в государственной структуре. Поэтому эту функцию выполняет врач, повышая тем самым значимость проведенной процедуры.

Раздел «Профилактика», как и описанная выше функция обучения, не относится к группе часто выполняемых и однозначно понимаемых функций сестринского персонала. Данная функция находится на современном этапе развития здравоохранения и является востребованной. Это подтверждается направленностью приоритетного национального проекта «Здоровье» о недопустимости роста хронических заболеваний, социально-значимых инфекций и др. Большинство опрошенных (80%) высказали позицию «отчасти согласен», что перечень умений, входящих в компетенцию медсестры в данном разделе выполняется в медицинской организации, 20% – «отчасти не согласны».

Очевидно, ситуация связана с недостатком информации от самих медсестер, хотя однозначной информации о том, что они не проводят профилактической работы среди пациентов частного Медицинского центра, нет.

Раздел «Обеспечение инфекционной безопасности» предполагает обеспечение инфекционной безопасности (соблюдение правил санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов, асептики, правильное хранение, и использование изделий медицинского назначения) и инфекционного контроля пациентов и медицинского персонала. Все респонденты «совершенно согласны» с тем, что перечень умений, входящих в компетенцию медсестры в данном разделе выполняется в медицинской организации. Респонденты объясняют это тем, что этот раздел достаточно значим в работе сестринского персонала. Приготовление перевязочного материала считают необходимой частью своей деятельности. Это так же, как и диагностические услуги, является неотъемлемой частью работы медсестры.

Раздел «Подготовка рабочего места» предполагает рациональную организацию своего труда, подготовку кабинета к амбулаторному приему врача (подготовка рабочего места, приборов, инструментария, бланков рецептов, своевременное получение результатов лабораторных и других исследований и внесение их в электронные амбулаторные карты), обеспечение ка-

бинета необходимыми медикаментами, стерильным инструментарием, перевязочным материалом, учет расходов медикаментов, бланков специального учета, а также проведение контроля за сохранностью и исправностью медицинской аппаратуры и оборудования. «Совершенно согласны» с тем, что перечень умений, входящих в компетенцию медсестры в данном разделе выполняется в медицинской организации, 25% опрошенных, «отчасти согласны» – 50% и «отчасти не согласны» – 25%. «Несогласие» связано с тем, что большая часть опрошенных не имеет на своем рабочем компьютере входа в базу-портал лаборатории. Это имеется только у главной и процедурной медсестер. Также многие медсестры не проводят контроль за сохранностью и исправностью медицинской аппаратуры, своевременным ремонтом и списанием, так как считают, что на аппаратуре работает врач и именно он должен быть ответственен за нее.

Раздел «Делопроизводство» предполагает соблюдение фармацевтического порядка получения, хранения и использования лекарственных средств и ежемесячное составление учетно-отчетной документации для руководства.

Результаты анализа ответов относительно профессиональных обязанностей и навыков в рамках функции «Делопроизводство» показали, что большинство (75%) опрошенных ответили «совершенно согласны», «отчасти согласны» – 20%, и «отчасти не согласны» – 5%. «Делопроизводство» – это не обязанность медсестер, но частная медицина обязывает ведение отчетных данных о проделанной работе всего медицинского персонала. От этих данных зависит и размер заработной платы сотрудников.

Раздел «Профессиональное взаимодействие» предполагает взаимодействие с коллегами и сотрудниками других служб, своевременное сообщение врачу о всех обнаруженных осложнениях и заболеваниях пациентов, возникших в результате проведения медицинских манипуляций; владение коммуникативными навыками общения; повышение своей квалификации.

Согласно числу опрошенных, все респонденты «совершенно согласны» с тем, что перечень умений, входящих в компетенцию медсестры, в данном разделе выполняется в медицинской организации. Это «некая необходимость» – в день медсестре приходится делать множество звонков в сторонние организации (лаборатория, общение с коллегами о состоянии пациента, сторонние диагностические центры и т.д.). Правильно организованная беседа с пациентом во время проведения процедуры дополнительно создает положительный эффект на проводимое лечение.

Таким образом, полученные результаты позволяют подтвердить, что выделенные в ходе анализа нормативно-правового документа, функции деятельности медсестер частного медицинского центра реально осу-



Рис. 1. Частота выполнения функций медсестры, регламентированных нормативно-правовым документом (в % от числа опрошенных)

ществляются в условиях практической деятельности, что наглядно видно по количеству положительных («полностью» или «отчасти согласен») ответов.

Результаты анкетирования показали, что входящие в перечень нормативно-правового документа функции медсестры осуществляются на практике, однако с разной частотой (рис. 1).

Основные причины ответа «не согласна» по разделам:

- «Услуги по уходу за пациентами» – невозможность осуществления данной функции в амбулаторно-поликлиническом учреждении;
- «Лечебные услуги» – ведущая роль врача в лечебно-диагностическом процессе и отсутствие нормативно-правовой базы, определяющей границы профессиональной самостоятельности медсестер;
- «Мероприятия по неотложной медицинской помощи» – при возникновении ситуаций, требующих неотложных медицинских вмешательств, пациенты обращаются в соответствующие структурные подразделения, в том числе в «скорую медицинскую помощь»;
- «Услуги, связанные с обучением пациентов и их родственников» – в силу того, что в частном учреждении пациент больше общается с врачом, чем в государственном, эту функцию выполняет врач, повышая тем самым значимость проведенной процедуры; кроме того, такие ответы связаны с недостатком информации у медсестер, хотя однозначных данных, о том, что они не проводят профилактической работы среди пациентов, нет;
- «Работы, связанные с подготовкой рабочего места»; большая часть опрошенных не имеет на своем рабочем компьютере входа в базу-портал лаборатории, он имеется только у главной и процедурной медсестер; контроля

Таблица 2
Анализ деятельности среднего медицинского персонала
(по данным анкетирования «тайных пациентов»)

Медсестра	Оценка, баллы	Стаж работы, годы
Медсестра № 1	16	6
Медсестра № 2	15	2.5
Медсестра № 3	17	11
Медсестра № 4	16	3
Медсестра № 5	16	3
Медсестра № 6	14	2
Медсестра № 7	13	1.5
Медсестра № 8	15	3.5
Медсестра № 9	18	13
Медсестра № 10	16	4
Медсестра № 11	18	15
Медсестра № 12	17	11
Медсестра № 13	15	4.5
Медсестра № 14	17	5
Медсестра № 15	16	5
Медсестра № 16	16	8
Медсестра № 17	18	14
Медсестра № 18	13	2
Медсестра № 19	15	8
Медсестра № 20	17	11
Всего	321	

Таблица 3
Распределение среднего медицинского персонала
по стажу работы

Стаж работы 0–5 лет		Стаж работы 6–10 лет		Стаж работы 11–15 лет	
абс.	%	абс.	%	абс.	%
9	45	5	25	6	30

за сохранностью и исправностью медицинской аппаратуры и оборудования, своевременным их ремонтом и списанием медсестры не осуществляют, так как считают, что на аппаратуре работает врач и именно он должен отвечать за нее;

- «Делопроизводство»; оно не входит в обязанности медсестер, но частная медицина обязывает вести отчет о проделанной работе, так как и от этого зависит размер заработной платы.

Для контроля за деятельностью медсестер использовались материалы отчетов «тайных пациентов», которые оформлялись в соответствии со стандартами для среднего медицинского персонала.

Благодаря этому мы получили возможность не только своевременно получать информацию о деятельности медицинского персонала, но и оценивать качество и эффективность работы каждого сотрудника.

Результаты анализа деятельности среднего медицинского персонала представлены в табл. 2.

Средний балл удовлетворенности пациентов оказанной медсестрами помощью – 16,05 балла (максимальный балл – 18). Качеством услуг удовлетворены 89,2% пациентов; 10,8% недовольны. Анализ свидетельствует об удовлетворенности пациентов качеством услуг и об эффективности контроля.

Анализировали также стаж работы опрошенных (табл. 3). Стаж 45% средних медицинских работников – до 5 лет, так как в частной организации – свои требования к возрасту сотрудников; затем следуют медсестры (30%) с общим стажем 11–15 лет – в основном это те медсестры, которые работают в медицинском центре со дня его основания; медсестер со стажем 6–10 лет меньше всего (25%).

При изучении влияния стажа на оценку деятельности сотрудника по данным анкетирования «тайных пациентов» с вероятностью безошибочного прогноза ($p < 0,01$) установлена обратная сильная связь между этими параметрами ($r_{xy} = -0,99$), т.е. чем больше стаж, тем меньше вероятность осложнений.

Данная методика позволила выявлять слабые звенья в процессе сестринской помощи, что оценено для быстрого и эффективного устранения недостатков. Так, мы видим, что за лицами со стажем < 3 лет, необходим тщательный контроль, который носит неплановый характер. Необходимости в тотальном контроле за лицами со стажем > 5 лет нет, так как продуктивность их труда значительно выше, они более профессионально и ответственно подходят к выполнению своих должностных обязанностей.

Изучение организационной культуры среднего медицинского персонала показало, что для сотрудников Медицинского центра созданы комфортные условия работы, есть возможность для самосовершенствования и профессионального роста, поощряются инициатива и творческий подход к работе. Работа приносит моральное удовлетворение. В коллективе сложились добродетельные, теплые отношения, которые распространяются и на общение в неформальной обстановке.

Результаты количественного SWOT-анализа представлены в табл. 4 и на рис. 2.

В деятельности изучаемого частного Медицинского центра число сильных сторон (10; сводный параметрический индекс – 4,4) превышает число слабых (5) в 1,5 раза (сводный параметрический индекс – 2,6), а возможности (6 факторов; сводный параметрический индекс – 4,8) преобладает над угрозами (3 фактора; сводный параметрический индекс – 3,2).

Таблица 4

Результаты количественного SWOT-анализа с использованием методики прямого ранжирования факторов

Фактор	Ранг (ri)	Цена ранга (C) $C = 1/\sum ri$	Вес фактора (Wi) $Wi = C \times r$	Оценка фактора (Ai)	Параметрический индекс (Pi) $Pi = Wi \times Ai$	Сводный параметрический индекс (Ps) $Ps = \sum Pi = P_{i1} + P_{i2} + P_{in}$
Сильные стороны						
Опрятный внешний вид	9	0,0182	0,1638	5	0,819	4,4
Наличие корпоративного бейджика	2		0,0364	4	0,146	
Вежливое, доброжелательное отношение к пациентам	10		0,1820	5	0,910	
Соблюдение корпоративной этики	3		0,0546	4	0,218	
Соблюдение правильной техники проведения процедур	8		0,1456	4	0,582	
Согласованность в работе с врачом	7		0,1274	4	0,510	
Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима	4		0,0728	4	0,291	
Обязательное присутствие медсестры во время процедуры	6		0,1092	4	0,437	
Компьютеризация рабочего места	1		0,0182	3	0,055	
Усовершенствование профессиональных знаний	5		0,0900	5	0,450	
Всего	55		1,0000			
Слабые стороны						
Отрыв от производства, связанный с обучением, повышением квалификации	5	0,0667	0,3335	3	1,0005	2,6
Большая загруженность на работе	1		0,0667	3	0,2001	
Малый практический опыт проведения медицинских процедур	4		0,2668	2	0,5336	
Недостаточная укомплектованность кадрами	2		0,1330	2	0,266	
Недостаточная логическая последовательность и четкость изложения информации пациентам	3		0,2000	3	0,600	
Всего	15		1,0000			
Возможности						
Повышение мотивации медицинских работников к труду	6	0,476	0,2856	5	1,428	4,8
Комплектация штата	4		0,1904	5	0,952	
Формирование корпоративной культуры	1		0,0476	4	0,1904	
Активация творческой деятельности	2		0,0952	4	0,3808	
Наставничество	3		0,1428	5	0,714	
Организация обучения, повышения квалификации без отрыва от производства	5		0,238	5	1,19	
Всего	21		1,0000			
Угрозы						
Увеличение нагрузки на медицинский персонал	3	0,166		3	1,494	3,2
Рост конкуренции на рынке медицинских услуг	2			4	1,328	
Непрестижность профессии медсестры	1			2	0,332	
Всего	6					

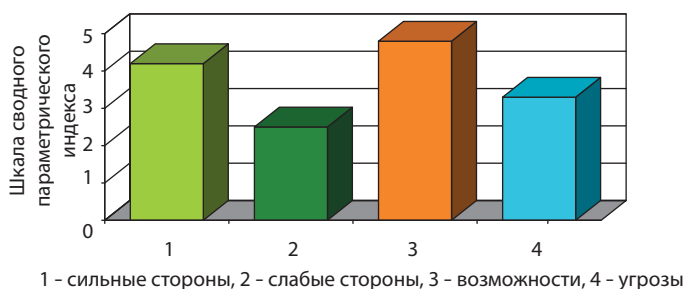


Рис. 2. Результат анализа методом SWOT внутренней среды медицинской организации

Для повышения качества медицинских услуг, оказываемых средним медицинским персоналом, были даны следующие предложения:

- внести поправки в действующий нормативно-правовой документ, регламентирующий деятельность среднего медицинского персонала, так, чтобы он соответствовал фактическому объему обязанностей и профессиональных навыков, входящих в компетенцию медсестры в частном медицинском учреждении; действующий нормативно-правовой документ больше соответствует условиям стационара, нежели амбулаторно-поликлинического учреждения;
- внести дополнения в требования к кандидатам на должность медсестры в части возраста и стажа работы; обучение молодых, неопытных кандидатов, экономически невыгодно, но и сотрудники старше 40 лет не востребованы;
- пересмотреть штатное расписание и сократить совместительство; большая загруженность, неполная укомплектованность штатов медсестер, малый практический опыт в проведении медицинских процедур, недостаточная логическая последовательность и четкость изложения информации пациентам непременно скажутся на качестве оказания услуги; качество сестринского обслуживания – важнейший аспект работы частной медицинской организации.

Благодаря внесению указанных дополнений и поправок организация сможет составить конкуренцию государственному здравоохранению на рынке труда и на рынке услуг и привлечь часть клиентов – представителей среднего класса.

Повышение качества медицинской помощи в значительной степени зависит от организации работы учреждений здравоохранения и в первую очередь – от эффективности использования профессионального и личностного потенциала медицинских работников, среди которых особое место занимают медсестры.

Изложенное позволяет заключить, что:

- в частной медицинской организации особую роль играет качество медицинской помощи; сестринский персонал в частной медицинской организации выполняет более важные функции, чем в государственной; деятельность среднего медицинского персонала должна соответствовать меняющимся требованиям населения к качеству медицинской помощи;
- стаж работы среднего медицинского персонала в данной медицинской организации в большинстве случаев – до 5 лет (45%); изучение организационной культуры среднего медицинского персонала показало, что в коллективе сложились доброжелательные, теплые отношения, которые распространяются и на общение в неформальной обстановке;
- анализ мнений специалистов со средним медицинским образованием о соответствии фактически выполняемых функций действующим нормативно-правовым документам показал, что в целом работа, выполняемая медсестрами, соответствует действующим нормативно-правовым документам;
- количественный и качественный SWOT-анализ выявил слабые и сильные стороны деятельности медсестер, которые обязательно сказываются на качестве оказания медицинской услуги;
- согласно данным анализа деятельности среднего медицинского персонала (анкетирование «тайных пациентов»), качеством сестринских услуг пациенты удовлетворены;
- в результате изучения влияния стажа работы на суммарный балл, по данным анкетирования «тайных пациентов», с вероятностью безошибочного прогноза ($p < 0,01$) установлена сильная обратная связь ($r_{xy} = -0,99$) между этими параметрами, т.е. чем больше стаж, тем меньше вероятность осложнений;
- необходимо повысить качество сестринского обслуживания, которое является важнейшим аспектом работы частной медицинской организации.

WAYS TO IMPROVE NURSING STAFF'S ACTIVITY IN A PRIVATE MEDICAL COMPANY

O.N. Uchaikina

Multidisciplinary Medical Center on Polyanka, Moscow

The paper provides the results of an investigation into the professional activity of middle-level medical personnel in a private medical company.

Key words: nurses, professional activity, quality of nursing services.

АНТРАЦЕНОПРОИЗВОДНЫЕ В МЕДИЦИНЕ

Фитоантраценопроизводные и их составляющие

Растения, содержащие антраценопроизводные, принадлежат семействам крушиновых (крушина слабительная – жостер, крушина ольховидная), гречишных (ревень, конский щавель), цезальпиевых (сена, или кассия), лилейных (алоэ), мареновых (марена красильная), зверобойных (зверобой продырявленный) и др.



В растениях антраценопроизводные растворены в клеточном соке. В зависимости от степени окисления антрацена антраценопроизводные делятся на 2 группы: окисленные и восстановленные.

Что же представляют собой антраценопроизводные? Это кристаллические вещества желтого или оранжево-желтого цвета, хорошо растворимые в воде, щелочах, разбавленном спирте. Агликоны их хорошо растворимы в различных органических растворителях и значительно хуже – в воде.

Особенности применения слабительных фитосредств

К наиболее известным лекарственным растительным средствам слабительного действия относятся корни ревеня, щавеля, листья и плоды сенны, кора крушины, семена подорожника блошного, лист алоэ и слоевище ламинарии.

Корень ревеня тангутского. Обычная доза порошка корня ревеня – 0,5–2 г на ночь; действие данного средства длится около 8–10 ч после приема внутрь; основано оно на свойствах эмолина, реина и хризофановой кислоты, которые оказывают раздражающее действие на слизистую оболочку толстого кишечника. Настой корня ревеня готовят следующим образом: 2 столовых ложки корня заливают 1 стаканом кипятка, через 15 мин процеживают и принимают по назначению по 1/3 стакана на ночь. Наряду с антраценопроизводными (слабительный эффект) ревень содержит танногликозиды – вещества вяжущего, антидиарейного, антисептического и противовоспалительного действия, проявляющие закрепляющий эффект в малых дозах (в дозе 0,05–0,2 г корень ревеня используют как вяжущее средство, уменьшающее перистальтику кишечника).

Фитопрепараты ревеня как слабительное средство применяются при атонии кишечника, спастических и привычных запорах, беременности, метеоризме, а также для размягчения и разжижения фекальных масс при трещинах прямой кишки и ге-

моррое. Ревень является специфическим слабительным средством для детей, так как действует нежно, не снижая аппетита, не расстраивая пищеварения. В китайской медицине ревень используют не только для приема внутрь в качестве слабительного (при хроническом запоре) и желчегонного средства (особенно при желтухе), но и для наружного применения.

Фитопрепараты из корней и корневищ ревеня применяются также при малокровии и туберкулезе. В народной медицине ревень издавна использовали также для лечения гастрита с пониженной кислотностью желудочного сока, при заболеваниях печени, мочевого пузыря, склерозе.

При всех своих достоинствах ревень имеет и недостатки, так как его сырье противопоказано при подагре и почечнокаменной болезни. С осторожностью следует относиться к ревеню тем, кто страдает геморроем.

Корень щавеля конского. Корень щавеля известен как кровоостанавливающее средство при геморрое и маточных кровотечениях. Наружно используют примочки с настоем и экстрактом щавеля, особенно при кожных заболеваниях, сопровождающихся зудом. Настой из конского щавеля помогает также при цинге, язвенных стоматитах и гингивитах. В корне щавеля содержатся франгулаэмодин, щавелин, алоэмодин, хризофановая кислота, которые проявляют свое действие в течение 8–10 ч. Порошок и экстракт конского щавеля назначают при лечении желудочно-кишечных расстройств (колитов и энтероколитов). Порошок корня щавеля, как и корень ревеня, принимают на ночь по 0,5–1 г. Корень щавеля содержит дубильные вещества и в малых дозах оказывает закрепляющее действие, поэтому щавель помогает при поносах различного происхождения, обладает противовоспалительными и вяжущими свойствами (при поносах порошок корня щавеля принимают по 0,1–0,2 г 3 раза в день за 20–30 мин до еды). При поносах принимают и отвар корня щавеля: 3 г корня на 1 стакан воды, по 1/4 стакана 3 раза в день. Кроме того, отвары корня щавеля используют при кишечных инфекциях, особенно если другие препараты неэффективны. Для изготовления отвара 5 г корня щавеля заливают 1 стаканом воды, кипятят 20 мин, процеживают и употребляют по полстакана на ночь.

По данным научных исследований, щавель – довольно эффективное противоопухолевое средство.

Однако необходимо знать, что использование корня щавеля противопоказано при нарушенном солевом обмене и связанных с этим заболеваниях (мочекаменная болезнь, подагра), при туберкулезе и воспалениях кишечника, а также при заболеваниях почек и беременности.

Корневище и корень марены красильной. Марена – растение, типичное для средиземноморской флоры; главную ценность представляет его корневище. В нем накапливается до 5–6% гликозида антрахиноновой природы, много органических кислот, разных сахаров, пектиновых и других веществ. Из корневищ марены промышленным способом производят сухой экстракт, который назначают в таблетках при мочекаменной болезни. Экстракт марены красильной сухой оказывает спазмолитическое мочегонное действие, способствует разрыхлению конкрементов, содержащих фосфаты, карбонат кальция и магния. Назначают по 2–3 таблетки (0,25 г) в 1/2 стакана теплой воды 3 раза в день. Курс лечения – 20–30 дней. При необходимости повторяют курс лечения через 4–6 нед. Экстракт марены красильной входит в состав комбинированных препаратов, таких как марелин, нефролит, цистенал; он проявляет также умеренное слабительное действие.

Листья и плоды сенны (кассии). В кассии содержатся очень ценные биологически активные вещества, дающие слабительный эффект. Это – антраценопроизводные, гликозиды, сеннозиды А и В, алоэмодин, реин, флавоноиды, а также смолистые вещества. Гликозиды, содержащиеся в кассии, оказывают антисептическое и слабительное действие, усиливают перистальтику кишечника (слабительный эффект наступает через 6–10 ч после приема внутрь благодаря действию эмодаина и реина, оказывающих раздражающее действие на слизистую оболочку толстого кишечника).

В настоящее время популярны препараты, в состав которых входит кассия: **антрасенин, сенадексин, сенаде, кафиол, глаксена** и др.

Кассия продается в аптеках в виде таблеток. Таблетки сухого экстракта сенны по 0,3 г принимают 2–3 раза в день по 1–2 таблетке до еды или на ночь, а утром – натощак. Для поддержания эффекта похудения необходимо 2 чайные ложки кассии, или сенны и 100 г чернослива залить 3 стаканами крутого кипятка, настаивать 2–4 ч и процедить. Принимать каждый час по 3–5 столовых ложки за 30 мин до еды. Можно приготовить настой листьев сенны и принимать его по 2–3 раза в день. Для этого

5–10 г листьев или бобов сенны следует залить 100 мл кипятка, настоять 3 ч, процедить и принимать по назначению. Чтобы избежать побочных явлений, не рекомендуется взбалтывать настой перед употреблением, поскольку смолы, содержащиеся в кассии, оседают на дно.

Кора крушины. Кора крушины ломкой или ольховидной и лекарственные средства, полученные из нее, пользуются большим спросом. Растение представляет собой кустарник с незрелыми красными и зрелыми черно-фиолетовыми ягодами, которые в народе называются «волчьими»; в них содержатся ядовитые вещества, вызывающие тяжелые отравления. Химический состав коры крушины представлен антраценопроизводными (глюкофрангулин, франгулин, франгулаэмодин, франгуларозид, хризофановая кислота). Кроме антраценопроизводных, кора крушины содержит сапонины, дубильные вещества, смолы. Механизм действия коры крушины такой же, как у ревеня и кассии. В аптеках кору крушины можно приобрести в виде экстракта или таблеток; кора крушины входит также в состав слабительного чая. Кору крушины применяют и в виде отвара, который готовят следующим образом: 20 г измельченной и высушенной в течение 1 года коры заливают 200 мл воды. Кипятят 20 мин, процеживают, остужают и принимают по полстакана отвара на ночь и утром.

Лист алоэ древовидного. Как слабительное средство фитопрепараты листьев алоэ рекомендуются при хронических запорах и гастритах с пониженной кислотностью (сгущенного сока алоэ – по 0,1–0,3 г, сухого экстракта – по 0,1 г на ночь). Свежий сок алоэ следует принимать внутрь по 1 чайной ложке 2–3 раза в день за полчаса до еды. При заболеваниях желудочно-кишечного тракта целесообразно принимать лекарственный препарат – сироп алоэ с железом – по 0,5–1 чайной ложке 3 раза в день. Курс лечения 15–30 дней. При плохом пищеварении следует пить по 8–9 капель свежего, выжатого из листьев сока алоэ 2–3 раза в день. Фитопрепараты, содержащие алоэ, можно приобрести в аптеке без рецепта. Однако следует проявлять осторожность при их приеме; известно, что сок алоэ противопоказан при беременности, воспалении почек и мочевого пузыря, а также при тяжелых сердечно-сосудистых заболеваниях, гипертонии, остром гастрите, маточных и геморроидальных кровотечениях.

*Н.М. Насыбуллина, докт. фарм. наук,
Казанский государственный медицинский университет*

