

Литература:

1. Магура М. И. Организация работы по обучению персонала 2010. № 1-2. С. 56- 63
2. Управление персоналом организации / Под ред. А. Я. Кибанова др. –М,: ТНФРА – М, 2011. – 512с.
3. Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Современные коммуникационные процессы в организации деятельности медицинского персонала // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) научно- методической конференции РИЦ Баш ГУ – 2014- С.75-77.
4. Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Профессиональное выгорание – как причина ухудшения взаимодействия персонала в коллективе // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) научно- методической конференции РИЦ Баш ГУ – 2014- С.160-162.

УПРАВЛЕНЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ГЛАВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Салалыкина Е.В., Шовгенова М.А.
*МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный
медицинский институт высшего
сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Актуальным остается вопрос определения объема работы специалиста, занимающего определенную сестринскую должность. Чтобы определить объем деятельности медсестры, необходимо знать, что она должна делать на своем рабочем месте. Определение наиболее важных аспектов деятельности проверяемого объекта, которые более всего влияют на результаты деятельности организации. Внимательно изучив деятельность, которую решено контролировать и оценивать, следует выделить направления, которые более других связаны с качеством медицинской помощи и влияют на ее результаты. [2]

Определение измеряемых характеристик контролируемой деятельности, которые позволят провести ее оценку. После того, как выделены наиболее важные направления сестринской деятельности, которые необходимо подвергнуть контролю, следует выявить измеряемые характеристики (индикаторы, критерии), позволяющие оценить выбранные для

контроля участки работы. Выбор пороговых величин для оценки информации. Этот этап является одним из самых сложных в оценке качества, так как разработка порогов – дело профессионалов и требует специальных знаний. Для облегчения этого этапа возможно создание балльной системы оценки. [3]

Сестринский контингент является самой объемной составляющей кадрового ресурса современной системы здравоохранения в России, укомплектованность практического здравоохранения сестринским персоналом составляет около 70%. Ситуация усугубляется постоянным оттоком квалифицированных медицинских сестер из государственных лечебных учреждений в коммерческие, а также уходом из профессии в связи с низкой оплатой труда. Роль сестринского персонала как весьма существенного кадрового резерва в оказании медицинской помощи до последнего времени недооценивалась. Например, в большинстве отраслевых программ оказания помощи при различных заболеваниях подробно прописывались только лечебно-диагностические разделы. Вопросы же организации по уходу, оказания медсестринской помощи оставались за скобками как второстепенные. Вместе с тем внедрение новых медицинских технологий и методов лечения, введение бюджетно-страховой медицины, необходимость перехода к научно обоснованной сестринской помощи требует все большего числа высокообразованных специалистов, ориентирующихся в современной стратегии сестринского дела.

Исследования проводились на базе ГБУЗРА «Майкопская городская поликлиника № 1» В настоящий момент мощность количество посещений поликлиники в 2,96 раза превышает плановую мощность, что приводит к нехватке помещений для специалистов, площадь многих кабинетов не соответствует нормативам, терапевты вынуждены работать по 3 смены в день в одном кабинете. Обеспеченность врачами составила - 60%, средним медицинским персоналом составила в среднем 80%, младшим медицинским персоналом -73% за исследуемый период. Все врачи и медсестры имеют сертификаты. В поликлинике проводится повышение деловой квалификации сотрудников путем чтения лекций, бесед, клинических конференций с разборами клинических случаев, согласно утвержденного главным врачом плана-графика. Количество медицинских сестер, имеющих категорию,

увеличилось в 1,2 раз по сравнению с предыдущими годами, однако остается недостаточным, так, 39 человек не имеет категории. При изучении статистических показателей выявлено, что незначительное количество исходов с выздоровлением обусловлено тем, что в стационарах на дому, как правило, получают лечение пациенты с хронической патологией. Средний показатель улучшения за три года составил 94%. Организация работы среднего медицинского персонала с больными увеличила показатель на 20% за 3 года.

Целью проведенной работы стало изучение организации работы медсестер в реабилитации пациентов, страдающих гипертонической болезнью. В задачи исследования входило выявление уровня подготовки среднего медицинского персонала к обслуживанию пациентов, страдающих гипертонической болезнью. В исследовании участвовало 30 медсестер, 5 врачей общей практики и 232 пациента, страдающих гипертонической болезнью: 56,7% женщин и 43,3% мужчин.

Группу инвалидности имели 31% паци-

ентов, неработающие население – составили 22,8%, работающие лица трудоспособного возраста – 42,5%. На вопрос о частоте возникновения гипертонических кризов получены следующие ответы: постоянное беспокойство по поводу состояния своего здоровья испытывают 16,2% пациентов, страх смерти – 6,3% опрошенных. Постоянно высокое артериальное давление у 28,7%, АД повышается 1-2 раза в месяц у 16%, гипертонический криз бывает 1 раз в 6 месяцев у 35,5% пациентов. Большинство респондентов посещают поликлинику, как правило, в случае ухудшения состояния здоровья, а 1,5% анкетированных в поликлинику приходят редко потому, что не доверяют медицинским работникам. За получением рецепта приходит - 30%, по поводу ухудшения здоровья - 39%, на медосмотры и консультации - по 14%.

Мероприятия по посещению больных гипертонической болезнью в условиях стационара на дому с использованием ежедневных сестринских патронажей представлено в таблице.

Показания к проведению патронажа	Мероприятия
1. Больные с перенесенными гипертоническими кризами.	- Первый осмотр проводят совместно врач и медицинская сестра, выполняет назначения врача - Дает пациенту необходимую информацию о его заболевании, возможных осложнениях, методах медикаментозного лечения, фито- и диетотерапии, рациональном и здоровом образе жизни.
2. Больные ГБ с ухудшением состояния здоровья, требующего коррекции, медикаментозного лечения.	- Обучает больного технике измерения АД, методам самопомощи при гипертоническом кризе.
3. Больные, которым не показано лечение в условиях круглосуточного стационара.	- Осуществляет психологическую поддержку пациента и членов его семьи. - Обучает членов семьи мерам профилактики возникновения ГБ.

В процессе привлечения медицинских сестер в проведение реабилитационных мероприятий был проведен количественный анализ выполненной работы медсестры на приеме в поликлинике и на участке, в результате которого выяснилось, что сестринская нагрузка за период с 2012 по 2014 г. возросла незначительно – в среднем на 1,2% на приеме и на 2,3% на участке. Консультативную помощь отметили - 33%, обучение - 25%, выполнение назначений врача - 16%, психологическую поддержку - 8%.

При анализе результатов работы среднего медицинского персонала с больными получены следующие результаты:

- Число пациентов с постоянно высокими цифрами АД уменьшилось на 8,4%;

- Количество больных ГБ, которых беспокоили кризы 1-2 раза в месяц, снизились на 8,0%;

- Число пациентов, у которых кризы были 1 раз в 6 мес., уменьшилось на 4,2%;

- Количество больных ГБ с кризами 1 раз в год увеличилось на 10,4%;

- Число пациентов, у которых не было кризов в течение 2 лет, возросло на 10,1%.

Рекомендации:

1. Пересмотреть мотивацию среднего медицинского персонала при введении новых техно-

логий по работе с больными в амбулаторных условиях.

2.Необходима разработка и внедрение в поликлинике соответствующих программ подготовки среднего медицинского персонала для качественного проведения первичной медико-санитарной помощи больным с другими хроническими заболеваниями.

3.Применить индивидуальный подход в мотивации к результатам деятельности среднего медицинского персонала при работе с больными на дому.

Литература:

1. Саркисова В. А. Роль медсестры в семейной медицине. Ж. Сестринское дело. 2004, №6.
- 2.Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Современные коммуникационные процессы в организации деятельности медицинского персонала // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) научно- методической конференции РИЦ Баш ГУ – 2014-С.75-77.
- 3.Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Профессиональное выгорание – как причина ухудшения взаимодействия персонала в коллективе // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) научно- методической конференции РИЦ Баш ГУ – 2014-С.160-162.

ПРОБЛЕМЫ ИНСТИТУТА БРАКА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Саруханян Л. А.

*МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный
медицинский институт высшего
сестринского образования»
Краснодар, Россия*

«Жениться – значит наполовину
уменьшить свои права и вдвое
увеличить свои обязанности»

Сегодня очень многие всерьез обеспокоены тем, что происходит с институтом семьи и брака. Факты не могут не пугать: количество разводов за последние десятилетия стремительно возросло. Да и вступать в брак предпочитают все позже, а то и вовсе не хотят. Так что же это? Конец семье? Или начало чего - то нового? Семья – один из наиболее древних социальных институтов. Он возник в условиях первобытного общества и на разных ступенях общественного развития приобретал различные формы. Так, переходя от общества к обществу, от эпохи к эпохе менялись социальные нормы, которые предписывали правила

выбора и количества супругов, роль главы семейства, правила и обязанности родственников, место поселения молодой семьи.

С институтом семьи тесно связан и другой социальный институт – институт брака. "Брак - в семейном праве добровольный, равноправный союз женщины и мужчины, заключаемый для создания семьи и порождающий взаимные права и обязанности супругов. Каждая семья – это своеобразный мир, основанный на преемственности, традициях, эмоциях, чувствах, определенных ценностях".[1]

После того, как мы дали определение термину «брак», давайте же рассмотрим основные и наиболее актуальные проблемы института семьи и брака. В процессе изучения материала по данной тематике были выявлены проблемы института брака непосредственно в РФ.

Одной из наиболее актуальных проблем является, так называемый в обществе гражданский брак, где пара проживает совместно без фиксации брака. Каждый 10-ый брак в России не зарегистрирован, но даже и те пары, состоящие в зарегистрированном браке, допускают сожительство и вне брака, тем самым подавляя нормы морали. По статистике, в РФ 40% пар проживают в гражданском браке. Недавно был проведён интересный опрос, который показал, что каждый третий мужчина женится по желанию своей второй половины, каждый четвёртый по традиции, и лишь каждый десятый — по собственному желанию и по любви. Наиболее явными причинами выбора гражданского брака являются, отсутствие официальной ответственности обеспечения семьи и воспитания детей, ну и, конечно же, совместно нажитое имущество не формируется, поэтому можно не переживать за свое имущество, а также безразличие к самой церемонии брака. И именно эти причины являются также проблемами гражданского брака. Например, вот один случай, повлекший за собой неприятности в ходе гражданского брака;

«Одна моя знакомая прожила в гражданском браке с мужчиной около 12 лет, конечно, за это время у них появился общий ребенок. Несмотря на то, что официально мужчина состоял в официальном браке с другой женщиной, все эти годы как-то руки не доходили до развода... Да и зачем — все и так прекрасно, этот развод — это нервотрёпка, время...

Но в один «прекрасный» день, гражданский муж моей подруги поехал на рыбалку и не вернулся. Через несколько дней, нашли его тело...