

**Министерство здравоохранения Российской Федерации
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
Саратовский государственный медицинский университет
имени В.И. Разумовского**

на правах рукописи

Чунакова Виктория Владимировна

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ СЕСТРИН-
СКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, ОКАЗЫ-
ВАЮЩИХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ПОМОЩЬ ПОЖИЛЫМ**

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор И.Г. Новокрещенова

**САРАТОВ
2014**

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПОЖИЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩЬЮ	9
1.1. Организация медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста.	9
1.2. Проблемы развития сестринского дела и управления качеством сестринской помощи.	19
ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	32
ГЛАВА 3. ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА И ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ПОМОЩЬ ПОЖИЛЫМ	44
3.1. Система медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста Саратовской области.	44
3.2. Технологии деятельности среднего медицинского персонала стационарного учреждения, оказывающего медико-социальную помощь пожилым.	63
3.3. Организация внутриучрежденческого контроля качества и безопасности медицинской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым.	70
ГЛАВА 4. АНАЛИЗ МНЕНИЯ УЧАСТНИКОВ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ О ПРОБЛЕМАХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОМ ОБСЛУЖИВАНИИ ПОЖИЛЫХ	77
4.1. Удовлетворенность пациентов качеством сестринской помощи в учреждениях медико-социального обслуживания.	77
4.2. Мнение медицинских работников о проблемах обеспечения качества сестринской помощи при медико-социальном обслуживании пожилых.	84
ГЛАВА 5. ОБОСНОВАНИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ПОМОЩЬ ПОЖИЛЫМ	102
5.1. Проблемы обеспечения качества сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым.	102
5.2. Система управления качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым.	107
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	121
ВЫВОДЫ	124
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	127
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	129
ПРИЛОЖЕНИЕ	155

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Качество медицинской помощи представляет собой результат своевременного предоставления медицинских услуг на должном уровне и в соответствующем объеме с учетом индивидуальных потребностей пациента, а также возможностей и особенностей работы учреждений. Оценка уровня удовлетворенности населения отдельными компонентами медицинской помощи и оценка качества предоставляемых услуг является ведущим фактором эффективного решения проблем современного здравоохранения (Лычев В.Г., 2006; Какорина Е.П., 2008; Жемков В.Ф., Шпаковская Л.Р., 2009; Решетников А.В., Ефименко С.А. и др., 2010; Лысов Н.А, Решетников А.В., 2012).

Средний медицинский персонал составляет самую многочисленную категорию работников здравоохранения, и предоставляемые им услуги рассматриваются как ценный ресурс для удовлетворения потребностей населения в доступной и качественной медицинской помощи (Греков И.Г., 2001; Кузнецов А.И. и соавт., 2002; Двойников С.И., 2010; Камынина Н.Н., 2011). В настоящее время отмечается расширение возможностей применения средним медицинским персоналом своих знаний, умений и навыков. Квалифицированные специалисты со средним медицинским образованием осуществляют свою деятельность не только в сфере здравоохранения, но и в сфере социального обслуживания населения (Журакова Л.А., 2005; Подопригора Г.М., 2007; Безлюдная Н.В., 2009).

В стационарных учреждениях социальной защиты, которые оказывают медико-социальную помощь гражданам пожилого и старческого возраста, отмечается численное преобладание сестринского персонала, обеспечивающего удовлетворение всех потребностей данной категории населения (Callahan С.М., 1998; Гехт И.А., 2001; Рожковская З.И., Мочкин И.А., 2006; Максимова Т.М., 2010; Гаджиев Р.С., 2011).

По данным большинства исследований при оценке качества медицинской помощи в основном учитываются только результаты работы врачебного персонала, участию сестринского персонала в лечебно-диагностическом процессе не придается особого значения (Фомина Е.В., 2003; Ключникова В.Е., 2008; Тюлькина Е.Е., Габоян Я.С., 2009; Камынина Н.Н., 2011; Ткач О.А., 2012). На сегодняшний день не разработано единых методов оценки качества работы медицинских сестер как важного элемента деятельности учреждений здравоохранения, а также учреждений социального обслуживания пожилых (Греков И.Г., 2001; Кудрина Т.В., 2005; Ключникова В.Е., Солонинкина Л.Ф., 2008, Габоян Я.С., 2010; Суслин С.А., 2012). В литературе, главным образом, представлены методики, разработанные и внедренные отдельными лечебно-профилактическими учреждениями (Лисанов А.И., 1998; Коновалова Т.В., 2006; Жихарева Н.А., 2008; Суслин С.А., Стафорандова Н.В., 2012).

Существуют определенные трудности в определении общих компонентов, параметров оценки сестринской помощи, особенно в специализированных учреждениях. В учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым (отделениях сестринского ухода, домах-интернатах для престарелых и инвалидов), сестринский персонал непосредственно находится в контакте с пациентами, при этом, кроме проведения лечебных мероприятий, существенную роль играет осуществление постоянного наблюдения и ухода, оказание социальной и психологической поддержки (Бровкин С.В., 2005; Селиверстова Н.А., Греков И.Г., 2008; Безлюдная Н.В., Ярцев С.Е., 2009). Тем самым медицинская сестра реализует главную задачу сестринского процесса – выявление потенциальных и удовлетворение существующих потребностей пациента, качество выполнения которой необходимо контролировать (Donabedian A., 1993; Brent N., 1997; Комаревцева Н.Б., Радышевская Л.Н., 2006; Чемелева В.В., Камынина Н.Н., Анохина Ю.В., 2007; Тюлькина Е.Е., Габоян Я.С., Лушникова Е.Б., Голубева Е.Ю., 2009).

Таким образом, изучение проблем управления качеством сестринской помощи является актуальным. Проблема формирования оценочных критериев и показателей качества работы медицинской сестры требует дополнительной теоретической проработки особенностей деятельности медицинских работников среднего звена в соответствующих учреждениях.

Цель исследования – обоснование направлений совершенствования управления качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым.

В соответствии с целью исследования были поставлены следующие **задачи**:

1. Провести анализ современного состояния сестринского процесса и проблем качества сестринской помощи, а также проблем медико-социального обеспечения пожилого населения по данным литературных источников.

2. Изучить организацию медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста в Саратовской области и технологические особенности деятельности среднего медицинского персонала в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым.

3. Изучить мнение пациентов о качестве сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым.

4. Установить основные проблемы обеспечения качества сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым.

5. Разработать систему управления качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые:

- представлена характеристика условий оказания и организации сестринского процесса в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, а также технологии деятельности среднего медицинского персонала при оказании медико-социальной помощи;
- выявлены медико-социальные особенности пациента и установлена удовлетворенность проживающих в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым;
- установлены закономерности формирования и проблемы управления качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым;
- обоснованы направления совершенствования управления качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, в том числе показатели и критерии оценки результативности, использование которых будет способствовать улучшению качества оказываемой медико-социальной помощи.

Научно-практическая значимость исследования состоит в том, что разработаны рекомендации по совершенствованию системы управления качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, включая разграничение функций и полномочий отдельных участников системы. Обоснованы критерии комплексной оценки качества оказания средним медицинским персоналом медико-социальной помощи, включающие анализ показателей работы, экспертную оценку и изучение удовлетворенности пациентов качеством сестринской помощи. Сформированная организационная структура управления качеством сестринской помощи может быть рекомендована стационарным учреждениям, оказывающим медико-социальную помощь пожилым, с целью осуществления контроля и оптимизации деятельности среднего медицинского персонала.

Внедрение результатов исследования в практику.

Результаты работы используются при организации процесса управления качеством сестринской помощи, а также при оценке удовлетворенности пациентов сестринским обслуживанием в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым в Саратовской области.

Материалы исследования используются в системе высшего профессионального образования специалистов сестринского дела на кафедре экономики и управления здравоохранением и фармацией ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, ГБОУ ВПО Воронежская ГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России.

Апробация диссертации.

Основные результаты исследования представлены и обсуждены на научно-практических конференциях: 70-й научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Молодые ученые – здравоохранению региона», Саратов, 2009; Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Психология социального взаимодействия в изменяющемся мире», Саратов, 2010; II Всероссийской научно-практической конференции «Интегративные исследования в медицине», Саратов, 2011; Всероссийской научно-практической конференции «Общественное здоровье и здравоохранение XXI века: проблемы, пути решения, подготовка кадров», Москва, 2012; II Всероссийской неделе науки с международным участием, Саратов 2013; XIV Тихоокеанской научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием, Владивосток, 2013.

По теме исследования опубликовано 14 печатных работ, из них 3 – в ведущих рецензируемых научных журналах, определенных ВАК.

Личный вклад автора.

Автором сформированы план и программа исследования, самостоятельно проведен анализ литературных источников по изучаемой проблеме. Разработана первичная документация для сбора материала, проведены со-

циологические опросы и математико-статистическая обработка собранного материала. Сформулированы выводы и практические рекомендации. Подготовлены материалы для публикации результатов исследования.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

Научные положения диссертации соответствуют формуле специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение. Результаты проведенного исследования соответствуют области исследования специальности, конкретно пп. 3, 5 паспорта общественного здоровья и здравоохранения.

Положения диссертации, выносимые на защиту.

1. В стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, используются особые технологии медицинской деятельности, в которой ведущая роль отводится среднему медицинскому персоналу, что обосновывает необходимость разработки системы управления качеством сестринской помощи для совершенствования медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста.

2. При планировании и организации сестринского процесса в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, необходимо учитывать медико-социальные особенности пациентов, а также параметры деятельности и возможности учреждений медико-социального профиля.

3. Система управления качеством сестринской помощи в учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, включающая в себя субъектов, осуществляющих контроль, методы и способы контроля, показатели и критерии оценки результативности, а также мониторинг удовлетворенности пациентов, способствует повышению качества сестринского обслуживания и медико-социальной помощи в целом.

ГЛАВА 1. РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПОЖИЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩЬЮ

1.1. Организация медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста.

Постарение населения является одной из актуальных проблем современного общества. В настоящее время наблюдаются негативные медико-демографические процессы, характеризующиеся увеличением численности людей старших возрастных групп в общей структуре населения большинства стран, в том числе и в России (Кокарев Ю.С., Бабичева О.В., Орловский А.В., 2001; Wienes J.M., Tilly J., 2002; Шабалин В.Н., 2009; Шляфер С.И., Артемьева Г.Б., 2013). По статистическим данным ООН, в 50-х годах численность людей в возрасте 60 лет и старше составляла приблизительно 200 млн. человек, к 1975 г. количество данной категории людей увеличилось до 550 млн. человек. По прогнозам демографов, численность населения старше трудоспособного возраста к 2025 г. достигнет 1 млрд. 100 млн. человек (Anderson G.F., Nussey P.S., 2000; Gorman M., 2002; Какорина Е.П., 2008; Щепин О.П., 2011). Одновременно растет число лиц пожилого и старческого возраста одиноко проживающих, не имеющих близких родственников, которые могли бы обеспечить необходимый уход.

Процесс старения особым образом влияет на состояние здоровья человека. В первую очередь он сопровождается развитием возрастных изменений в организме. С возрастом снижается доля заболеваний, протекающих остро, и увеличивается число хронических заболеваний, которые носят множественный характер (Михайлова Г.Д., 2008; Шабалин В.Н. 2009). Увеличивается риск возникновения ситуаций, требующих не только оказания медицинской, социальной и реабилитационной помощи, но и постороннего ухода (Ярцев С.Е., Андреева О.В., Макарова М.М., 2009.). По данным зарубежных авторов (Anderson G.F., Nussey P.S., 2000; Knickman J.R, Snell E.K., 2002), доля

лиц, нуждающихся в уходе в группе от 60 до 80 лет, составляет 5%, а в возрасте старше 80 лет – уже 20%.

Наряду с медико-социальными проблемами для данной категории граждан характерно наличие социальных и психологических проблем (Darton-Hill I., 1993; Шабалин В.Н., 1999; Волкова Т.Н., 2005; Белоконь О.В., 2008; Осетрова Т.В., Островская И.В., 2010). Проблемы социального характера в основном связаны с низким уровнем материального достатка. Имеются трудности в приобретении лекарственных средств, медицинской техники (инвалидных колясок, протезов), оплате дорогостоящих видов медицинской помощи, реабилитации, санаторно-курортного лечения. Отмечается недостаточная материальная поддержка со стороны государства (предоставление пособий, льгот). В отличие от европейских стран для России характерны низкий уровень пенсионного обеспечения граждан, что во многих случаях вынуждает людей старше трудоспособного возраста продолжать трудовую деятельность для обеспечения достойного уровня и качества жизни. Однако в настоящее время в условиях социально-экономической нестабильности, характеризующейся проблемами трудоустройства и профессиональной реализации населения трудоспособного возраста, а также низкая способность лиц старших возрастных групп адаптироваться к новым условиям работы, возможность трудоустройства людей пенсионного возраста невелика (Галкин Р.А., Гехт И.А., Яковлев О.Г. 2005; Бойко Ю.П., 2007).

Окончание трудовой деятельности неизбежно приводит к сокращению социальных связей, возможности общаться с широким кругом людей. С.А. Суслин, 2001, отмечает, что особо остро данное обстоятельство переживают одинокие люди пожилого и старческого возраста. Возникает типичная проблема психологического характера – одиночество, что во многом и определяет потребность в постороннем уходе, как в случае возникновения заболевания, так и в повседневной жизни.

Рост численности населения старших возрастных групп, наличие характерных особенностей возраста и имеющихся проблем неизбежно приводит к увеличению количества обращений данной категории граждан за медицинской помощью как в амбулаторно-поликлинические, так и в стационарные учреждения. По данным В.Н. Шабалина, 2008, «потребность в амбулаторно-поликлинической помощи у пожилых в 2-4 раза выше, чем у лиц трудоспособного возраста, а уровень госпитализации составляет около 165 на 1000 человек, что несколько ниже реальной потребности». Людям преклонного возраста, по их субъективному мнению, необходима стационарная медицинская помощь (Шикина И.Б., 2007; Солодухина Д.П., 2010; 2011). В настоящее время в стационарных учреждениях здравоохранения наблюдается тенденция сокращения длительности пребывания больного на койке и другие признаки интенсификации лечебно-диагностического процесса. Для пожилых пациентов с хроническими вялотекущими формами заболеваний, которые нуждаются в длительной поддерживающей терапии или реабилитационных мероприятиях после госпитализации это может приводить к ощущениям преждевременной выписки. Оставшись в домашних условиях без посторонней помощи в лице медицинских работников, пожилые не всегда могут самостоятельно справиться с решением основных проблем ухудшающих качество жизни. В работах многих авторов, изучающих потребности пожилого населения (Кокарев Ю.С., 2001; Лазебник Л.Б., Конев Ю.В., 2005; Мочкин И.А., 2006; Голубева Е.Ю., 2009) отмечается, что с учетом особенностей организма, пожилые пациенты нуждаются в длительной поддерживающей терапии и постороннем уходе, т.е. в медико-социальной помощи, которая сочетает в себе элементы как медицинских, так и социальных мероприятий.

Медико-социальная помощь представляет собой комплекс мероприятий медицинского, социального, психологического, педагогического, реабилитационного и юридического характера, проводимый на государственном и региональном уровнях и направлена на удовлетворение основных потребно-

стей социально уязвимой категории граждан (Fisk, A.A., 1983; Подопригора Г.М., 2008; Ярцев С.Е, Андреева О.В., 2009). Это сфера деятельности государства в области охраны здоровья населения охватывающая различные виды, направления и организационные формы предоставления населению медико-социальной помощи.

Наибольшую потребность в медико-социальной помощи испытывают граждане пожилого возраста, а также люди с ограниченными возможностями – инвалиды и нуждающиеся в постоянном уходе (Grant P., 1993; Галкин Р.А., 2001; Варустина Н.П., 2005; Бержадская М., 2011). Данная помощь предоставляется стационарными учреждениями, как сферы здравоохранения, так и сферы социального обслуживания граждан.

В настоящее время наряду с понятием медико-социальная помощь, существует понятие социально-медицинская помощь. Медико-социальная помощь оказывается в стационарных учреждениях сферы здравоохранения, например в таких, как отделения сестринского ухода. Она направлена на обеспечение лечебных мероприятий и ухода пациентам с целью их восстановления и поддержания здоровья и способностей к самообслуживанию. Целью социально-медицинской помощи является поддержание и улучшение состояния здоровья граждан пожилого возраста, осуществление реабилитационных мероприятий путем организации лечебно-оздоровительных мероприятий, предоставления лекарственных средств и медицинской техники, консультирования, содействия в своевременном получении квалифицированной медицинской помощи, а также решение других социально-медицинских проблем жизнедеятельности. Данный вид помощи предоставляется в стационарных учреждениях социального обслуживания граждан пожилого возраста – домах-интернатах для престарелых и инвалидов (Burton J. R., 1994; Бронников В.А. и соавт., 2010). Таким образом, можно констатировать наличие общих черт в содержании медико-социальной и социально-медицинской помощи, а фор-

мулировка названия вида помощи определяет ее принадлежность к соответствующей сфере деятельности и отрасли народного хозяйства.

Медико-социальная помощь в нашей стране оказывается в двух основных формах – внестационарной и стационарной. По данным В.В. Егорова, 2007, внестационарная помощь оказывается в отделениях медико-социальной помощи, которые являются структурными подразделениями амбулаторно-поликлинических учреждений, специализированного диспансера, медико-санитарной части. Основная деятельность отделений заключается в оказании долговременной медико-социальной помощи на дому, больным частично или полностью утратившим способность к передвижению и самообслуживанию (Гусарова Г.И., 2004; Жирова М.Н., 2002; Егорова Л., 2008).

Особую роль, по мнению Л.Б. Лазебник, С.В. Бровкина, 2005, играет стационарная помощь, предоставляемая в учреждениях, в которые можно госпитализировать пожилых пациентов нуждающихся в длительном уходе и наблюдении – от 1 до 3 месяцев и более (домах-интернатах, домах престарелых, гериатрических центрах, больницах, домах и отделениях сестринского ухода). Например, в г. Красноярске (Тихонова Н.В., 2013) имеется геронтологический центр, основная деятельность которого направлена на реализацию системы реабилитационных мероприятий, с целью укрепления здоровья населения старшего возраста, продления активного периода жизни, долголетия, профилактики преждевременного старения.

В своих работах Е.П. Какорина, А.Г. Роговина, С.Н. Чемякина, 2006, дали характеристику основным направлениям деятельности отделения по уходу за пожилыми и престарелыми людьми, открытого на базе лечебно-профилактического учреждения. Такие отделения предназначены для повышения качества обслуживания людей пожилого и старческого возрастов, а также для более рационального использования коечного фонда учреждения путем его дифференциации по степени интенсивности лечения и ухода (Накатис Я.А., 2002; Кулигин А.В., 2005; Алексеева В.М., 2006; Аверин А.В.,

2007; Воропаева Л.А., Аверин А.В., Дубов В.В., 2013). Основной целью отделений является оказание медицинской помощи пожилым пациентам с дефицитом самоухода, страдающим хронической соматической патологией, требующим медицинского наблюдения, оказания сестринской помощи, но не нуждающимся в интенсивном лечении в специализированных отделениях больницы. Задачами отделения являются осуществление всего комплекса мероприятий по оказанию квалифицированной помощи больным, внедрение в практику работы отделения по уходу современных технологий ухода за пациентами (Иванова Н.В., 2008).

Федеральным законом от 02 августа 1995 г. № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов», предусмотрена возможность направления граждан пожилого возраста и инвалидов в стационарные учреждения, находящиеся в ведении социальной сферы (дома-интернаты для престарелых и инвалидов), при наличии соответствующего пакета документов и отсутствии медицинских противопоказаний (венерические заболевания, туберкулез в активной стадии процесса, злокачественно протекающие опухолевые заболевания).

Возможности предоставления полного объема и удовлетворительного качества услуг государственными учреждениями, оказывающими медико-социальную помощь пожилым, в первую очередь, определяются финансовым положением учреждений (Михайлова Л.А., 2005). Е.П. Какорина, 2008, рассматривала возможные источники финансирования учреждений медико-социальной помощи и установила, что можно добиться достаточно серьезного ресурсного обеспечения данных учреждений. Основными источниками финансирования являются бюджетные средства здравоохранения и органов социальной защиты, средства пенсионного фонда и фонда социального страхования, а также благотворительные фонды, средства, получаемые от оказания платных услуг и «договорной деятельности» (Стрючков В.В., Кузнецова Т.В., Садовникова А.Ф., 2004).

Кроме государственных учреждений и отделений, для временного и постоянного проживания престарелых граждан, нуждающихся в социальном и медицинском обслуживании, организованы коммерческие учреждения. Данные учреждения создаются для всестороннего удовлетворения потребностей граждан пожилого возраста и инвалидов, а также в целях расширения сферы социального обслуживания населения и повышения эффективности деятельности учреждений социальной защиты.

В работах Т.А. Коршуновой, 2005, описаны особенности деятельности учреждений, оказывающих медико-социальную помощь на платной основе. По данным автора частные дома-интернаты могут создаваться как предприятиями, организациями, так и гражданами РФ. Прием граждан в данные учреждения осуществляется в той же форме, что и в государственные учреждения, за исключением направления уполномоченного органа.

Так как услуги частного дома-интерната оплачиваются за счет личных средств граждан, лица изъявившие желание проживать в данном учреждении заключают договор с администрацией. В договоре оговариваются условия проживания, права и обязанности сторон, услуги, которые будут оказываться проживающим, а также цена, которую граждане должны выплачивать учреждению за проживание.

В государственных домах-интернатах с проживающих также взимается плата в размере 75% от получаемой им пенсии. Финансовые средства, получаемые учреждением от проживающего, предназначены для приобретения продуктов питания, мягкого инвентаря, содержания жилых помещений и иные хозяйственные нужды учреждения. Стационарное обслуживание, в частности оказание медицинских услуг, осуществляется за счет бюджетного финансирования (Кузнецов В.П., 2005).

Организация медико-социального обслуживания направлено на удовлетворение специфических потребностей, характерных именно для граждан пожилого и старческого возраста (Русакова И.Ю., 2005). В стационарных уч-

реждениях социальной сферы, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, удовлетворяется широкий круг потребностей данной категории граждан. Люди преклонного возраста получают качественное медицинское обслуживание соответствующее их запросам, с проживающими проводят мероприятия реабилитационного характера, а также направленные на социально-психологическую адаптацию пожилых людей к новым условиям проживания (Collins С. Е., 1997; Дудинова Е.В., 2008).

И.Д. Копырина, 2007; Н.А. Селиверстова, 2008, изучая зарубежный опыт оказания стационарной медико-социальной помощи пожилым, установили, что основными учреждениями в странах Западной Европы и США являются дома (отделения) сестринского ухода, где решаются в основном не медицинские, а социально-психологические проблемы пациентов. Также авторы (Шафиров А.А., 2004; Лапик С.В., 2005; Логвинова О.В., Габоян Я.С., 2006) отмечают, что в данных учреждениях работает преимущественно средний медицинский персонал, который обладает достаточным набором компетенций и играет главную роль в удовлетворении основных потребностей пациентов.

В настоящее время наблюдается сохранение высокого уровня спроса на медико-социальную помощь, предоставляемую в данных учреждениях (Рубцов А.В., 2005). В своей работе Е.Ю. Голубева, 2009 проанализировала структуру спроса на услуги стационарные учреждения, оказывающие медико-социальную помощь гражданам пожилого возраста в нашей стране. Автор отмечает, что, несмотря на первоочередную задачу функционирования таких учреждений – обеспечение социального обслуживания (предоставление комфортного проживания, полноценного питания и т.д.), большую долю составляют потребности пациентов в медицинских услугах и постороннем дополнительном уходе (Fralic M., 1998; Орлова И.В., 2011).

Имеющиеся учреждения не обладают достаточными ресурсными возможностями, чтобы удовлетворить потребности в медико-социальной помо-

щи всех обратившихся граждан (Апарин И.С., Горохова З.П., 2006). По результатам исследования Э.В. Карюхина, 2003; Б.А. Толченова, Н.В. Кутузовой, 2009, такие стационарные учреждения как дома-интернаты могут обеспечить удовлетворение потребности в медико-социальной помощи только 30% нуждающихся. В результате пациентов данной возрастной категории госпитализируют в обычный круглосуточный стационар, чаще всего в терапевтическое отделение, что является нерациональным как в отношении использования дорогостоящего коечного фонда больниц, так и медицинского персонала, который в большинстве случаев не готов к выполнению специфических функций сочетающих в себе элементы медицинской и социальной помощи (Шевченко Ю.Л., 2000; Луговой В.Е., 2002; Гехт И.А., 2003). Ряд авторов (Callahan С.М., 1998; Васильчиков В.М., Подопрigора Г.М., 2007; Гехт И.А., 2011), утверждают, что рост пожилого населения увеличивает нагрузку на здравоохранение и социальные службы, а недостаток финансовых средств в стране усугубляет проблемы оказания медико-социальной помощи пожилым людям.

Т.А. Коршунова, 2005, представила характеристику учреждений, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, которые в значительной степени варьируют как по задачам, так и по уровню медицинской и социальной помощи. Многие социальные функции продолжает выполнять здравоохранение (Дементьева Н.Ф., 2003). В дома престарелых, которые финансируются из средств социального обеспечения населения, попасть довольно сложно. Это неизбежно приводит к дополнительным расходам заинтересованных сфер обслуживания на организацию людям старших возрастных групп медицинской и социальной помощи. Также сложившаяся ситуация способствует возникновению ряда проблем экономического, социального и медицинского характера, связанных с повышением доступности и качества медико-социальной помощи людям пожилого и старческого возраста, реше-

ние которых ложиться на плечи государства (Пушкова Э.С., 2004; 2005; Адеева Г.А., Вурманчева Ю.В., 2008).

Недостаточная оценка социального статуса пациентов пожилого возраста, их способности к самообслуживанию, необходимости в социальной реабилитации, сочетается с отсутствием налаженной системы оказания как медицинской, так и социальной помощи и соответствующего опыта работы в рамках этих сфер. Ограничены возможности пожилых граждан по защите своих прав, как в отношении доступности медицинского обслуживания, так и в целях поддержания оптимального уровня физического, психического и эмоционального благосостояния и предупреждения заболеваний. Таким образом, на практике люди пожилого и старческого возраста с естественными для них потребностями, снижением трудоспособности и ограничениями привычной деятельности оказываются социально изолированными, незащищенными, лишенными возможности получения необходимой медицинской и социальной помощи (Дементьева Н.Ф., 2006; Какорина Е.П., Роговина А.Г., Чемякина С.Н., 2008).

На практике отсутствует согласованность в действиях медицинских и социальных структур в решение данной проблемы (Лазебник Л.Б., 1999; Карюхина Э.В., 2000; Толченев Б.А., Кутузова Н.В., 2009). В соответствии с Приказом Минздрава России от 28.07.99 № 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в Российской Федерации», необходимо проведение структурных преобразований, как в здравоохранении, так и в других социальных институтах с участием всех заинтересованных министерств, ведомств, систем здравоохранения и социального обеспечения, общественных, благотворительных и религиозных организаций для решения данной проблемы. Задачи проводимых реорганизаций должны быть направлены на увеличение объемов и доступности медико-социальной помощи пожилым (Мезенцева Е.В., 2003; Селиверстова Н.А., Греков И.Г., 2008; Максимова Т.Л., 2010).

Д.Ф. Чеботарев, 1990, установил взаимосвязь между качеством медицинской помощи и уровнем социального обслуживания, что требует со стороны органов здравоохранения и социального обеспечения взаимно координированных усилий, а медицинский персонал, оказывающий помощь пожилому и старому человеку, нуждающемуся в социальной помощи, должен способствовать ее организации.

Программа мероприятий по улучшению качества жизни лиц пожилого и старческого возрастов, поддержанию их способности к самообслуживанию, повышению качества медико-социальной помощи должна планироваться с обязательным учетом особых потребностей, биологических и социальных возможностей пожилого населения (Juran J.M., 1988; Anderson E.A., 1996). Реализация основных направлений программы возможна как за счет укрепления специализированной гериатрической службы, так и развития профилактического и реабилитационного направлений деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи и стационарных учреждений социального обслуживания данной категории людей (Журилов Н.В., Сокорева И.Е., 2006; Егоров В.В., 2007; Шабалин В.Н., 2009; Эртуханов М.-Ш. С., Ревской А.К., 2012; Артемьева Г.Б., Гехт И.А., 2013). Также необходимо обеспечить подготовку квалифицированных специалистов способных предоставить безопасную и качественную медико-социальную помощь населению пожилого возраста (Баринова Ж.В., 2003; Мамаева Н.Л., 2004).

1.2. Проблемы развития сестринского дела и управления качеством сестринской помощи.

Обозначение роли медицинской сестры в сфере обслуживания населения предусматривает программа развития сестринского дела. В настоящее время продолжается активная работа по информированию руководителей и персонала лечебных учреждений о новых подходах к совершенствованию сестринской практики (проходятся семинары, конференции, съезды медицин-

ских работников). Активно идет процесс внедрения современных сестринских технологий в практическое здравоохранение (Назаренко Г.И., 2004; Греков И.Г., Аббясов И.Х., 2005; Криушин С.И., 2006; Камынина Н.Н., 2011).

Н.Н. Косарева, 2008, рассматривает сестринское дело как комплексную медико-санитарную дисциплину, имеющую медико-социальное значение, поскольку призвано поддерживать и охранять здоровье населения, а также как важнейшую составляющую системы здравоохранения, располагающая значительными кадровыми ресурсами. На современном этапе развития общества, профессия медицинской сестры рассматривается как не просто одна из самых массовых, но и одна из наиболее социально значимых (Агафонова Т.А., 1999; Светличная Т.Г., 2005).

В ходе проводимых реформ в области сестринского дела повышается роль медицинской сестры в оказании медицинской помощи. В России в течение длительного времени деятельность сестринского персонала рассматривалась в качестве второстепенной, не имеющей самостоятельного значения. Основным критерием её оценки являлось правильное выполнение манипуляций, врачебных назначений (Чернова Т.В., 1999; Папуцкая Г.И., 2005; Жихарева Н.А., 2007; Двойников С.И., 2010).

Традиционно сложившиеся представления о медицинской сестре только как помощнице врача, выполняющей лишь вспомогательные функции, недооценка научных принципов и подходов в управлении и организации работы среднего медицинского персонала, недостатки профессиональной подготовки медицинских сестёр – все эти факторы неблагоприятно сказывались на качестве помощи, оказываемой медицинскими сестрами (Островская И.В., 2006). В условиях дефицита кадров, на медицинскую сестру зачастую возлагаются функции младшего медицинского персонала. Подобное «расширение» обязанностей, за счет выполнения низкоквалифицированной работы, отрицательно сказывается на качестве оказания медицинской помощи и приводит к оттоку квалифицированного сестринского персонала из медицинских

учреждений (Martz E.W., 1994; Задворная О.Л., 1995; Глотова И.Г., 2000; Чемелева В.В., Камынина Ю.В., 2007).

За последние десятилетия в здравоохранении многих европейских стран роль медицинской сестры значительно возросла. В нашей стране коренные изменения в организации и оценке деятельности лечебно-профилактических учреждений начинаются в 90-е годы XX столетия и также сопровождаются повышением значимости специалиста со средним медицинским образованием (Апраксина К., 2003; Габоян Я.С., 2008).

Г.И. Назаренко, Е.Н. Полубенцева и др., 2005, отмечают, что процессы врачебного лечения и сестринского ухода различаются. Основными задачами врачей являются профилактика, диагностика и лечение заболевания, а медицинская сестра акцентирует своё внимание на решении существующих и выявлении потенциальных проблем пациента.

Нельзя не согласиться с И.Г. Глотовой и В.В. Кривецким, 2000, что качественное осуществление сестринского ухода облегчает врачебную задачу, оптимизирует лечебно-диагностический процесс и сокращает его сроки. Медицинская сестра должна не только хорошо владеть манипуляционной техникой, но и помогать пациенту адаптироваться к новым условиям (Лапотников В.А., 2007).

В настоящее время, по мнению ряда авторов, осознаётся, что врачебная деятельность и сестринское дело являются самостоятельными, но дополняющими друг друга профессиями. Врачи и медицинские сестры имеют общие цели и стратегические задачи и реализуют их, применяя специальные методы и технологии, которыми они владеют в силу полученного ими образования (Бордовская Н.О., 2005; Безюк Н.Н., 2008).

По мнению А.Э. Вальчука, 2002, в современных условиях средний медицинский персонал способствует решению задач удовлетворения потребностей населения в медико-социальной помощи и повышения качества и эффективности медицинских услуг сестринского персонала в учреждениях ме-

дикосоциального профиля. Функции медицинской сестры разнообразны и ее деятельность касается не только диагностического и лечебного процесса, но и ухода за пациентами с целью повышения качества жизни (Bulloug B., 1983). Так S.J. Sundeen, 1998; Л.А. Журакова, 2005, считают, что медицинская сестра в учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, является «лицом первого контакта» с пациентом и круглосуточно наблюдает за пациентом в течение всего времени его пребывания в учреждении.

Основными направлениями деятельности медицинской сестры являются осуществление ухода, наблюдения и реабилитации пациентов на основе принципов медицинской этики и деонтологии (Иванюшкин А.Я., 2003; Камаев И.А., 2004; Турчина Ж.Е., Мягкова Е.Г., 2006). Необходимость присутствия врачей не исключается, так как некоторые пациенты, в связи с состоянием здоровья определенного возраста, нуждаются в поддерживающей лекарственной терапии, поэтому в обязанности медицинской сестры также входит выполнение врачебных назначений. Однако отмечается, что в таких учреждениях самостоятельность медицинских сестер в организации сестринского процесса намного больше (Адеева Г.А., 2008; Ярцев С.Е., 2009).

Медицинская сестра должна иметь достаточно знаний, умений и навыков, чтобы правильно оценить состояние пациента, определить действительные и потенциальные проблемы, спланировать, осуществить и оценить эффективность ухода, направленного на удовлетворение его потребностей (Bergman R., 1990; Vaarama M., 2005). Со слов выдающейся исследовательницы и пропагандистки сестринского дела в Европе, Дороти Холл, «многих проблем, стоящих сегодня перед национальными службами здравоохранения, можно было избежать, если бы сестринское дело развивалось такими же темпами, что и медицинская наука» (Rafferty A.M., 1997).

Сестринский персонал учреждений, оказывающих медико-социальную помощь лицам пожилого и старческого возраста, представляет собой самый

большой коллектив специалистов в учреждении, который серьезно влияет на качество оказания медицинской помощи (Сенкевич Ю.В., 2002).

Большинство авторов (Crosby P.R., 1979; Ishikawa K., 1983; Голубева А.П., 2003; Короткова А.В., Мишин В.М., 2005; Лычев В.Г., Карманов В.К., 2006; Басовский Л.Е., 2007; Хафизьянова Р.Х., 2011) согласны с определением качества как совокупности свойств и характеристик продукта или услуг, которая способна удовлетворить существующие и потенциальные потребности. В здравоохранении качество медицинской помощи отождествляется с врачебной помощью и широко изучено (Kassirer J.P., 1993; Постоялко Л.А., 2003; Серегина И.Ф., 2004; 2009; Агаларова Л.С., 2011; Черникова О.М., 2012). Качество медицинской помощи оказывает значительное влияние на состояние общественного здоровья и выделено Европейской политикой здравоохранения в отдельную стратегическую задачу по достижению здоровья для всего общества. Качество сестринского обслуживания является важнейшим аспектом качества медицинской помощи. Качество медицинской помощи определяется деятельностью отрасли как системы и анализируется комплексом различных параметров, определяющих возможности организации с позиций ресурсного обеспечения, эффективности управления, функциональных свойств, оценки результатов деятельности (Задворная О.Л., 1995; Щепин О.П., 2002; Хабриев Р.У., 2006; Серегина И.Ф., 2008; Артемова Н.М., Пивень Д.В., 2010; Вялков А.И., 2013).

Качество сестринской помощи – это характеристика, отражающая своевременность и правильность реализации этапов сестринского процесса, с применением современных сестринских технологий, соблюдения алгоритма сестринских стандартов и выполнения своих непосредственных обязанностей в соответствии с возможностями и уровнем конкретного учреждения (Фетищева И., 2002; Папуцкая Г.И., 2005).

Качество сестринской помощи представляет собой важнейший аспект оценки деятельности учреждений, оказывающих медицинскую помощь по-

жилым, как в сфере здравоохранения, так и сферы социального обслуживания населения (Шабров А.В., 1999; Санникова Н.И., 2003). Контроль качества сестринской помощи является неотъемлемой частью процесса оказания медицинских услуг и осуществляется путем оценки качества (анализа) технологии реализации сестринского процесса непосредственно в процессе оказания медицинских услуг всеми участниками системы медицинского обслуживания населения (Шипова В.М., 1995; Козак В.С., 2004; 2005; Канина И.Р., 2009; Голенков А.В., 2010; Зиборова Т.В., 2011; Грекова И.И., 2013).

Главной целью управления качеством сестринской помощи является обеспечение прав граждан на получение доступной, безопасной и качественной сестринской помощи в условиях стационарного учреждения, соответствующей предъявляемым требованиям к современному уровню оказания медицинской помощи лицам пожилого возраста (Ethridge P., 1989; Ingram B.L., 1997; Сопина З.Е., 2009). Реализация основных задач управления качеством сестринской помощи зависит от эффективной организации условий ее оказания и проведения контролирующих мероприятий (Bower K.A., 1992; Cohen E.L., 1996; Bear M., 1997; Свиридова И.А., 2003; Лаптева Е.С., 2007; Москвичева М.Г., 2009)

В период последних десяти лет отмечается достаточно большое количество научных исследований посвященных вопросам разработки и применения системы управления качеством сестринской помощи в различных учреждениях здравоохранения (Греков И.Г., 2001; Кудрина Т.В., 2005; Жихарева Н.А., Солонинкина Л.Ф., 2008, Габоян Я.С., 2010; Шамрай Е.А., 2012). Однако предложенные модели не могут применяться в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, без предварительной адаптации основных элементов системы к существующим условиям и особенностям деятельности учреждений.

В отличие от западных стран, где контроль качества медицинской помощи – централизованный и независимый, в лечебных учреждениях Россий-

ской Федерации работу медицинской сестры в основном оценивают старшие (главные) медицинские сестры отделения лечебно-профилактического или иного учреждения, где в кадровом составе имеется сестринский персонал (Giuliano K.K., 1991; Cohen E.L., 1993; Захаров И.А., 2004; Dunrsmas S., 2005; Sirola-Karvinen P., 2006). По мнению Л.Ф. Мурашовой, 2004, оценка качества медицинской помощи основывается на сопоставлении реальных действий врача, медицинской сестры и представления о том, какими они должны быть с учетом индивидуальных особенностей больного и конкретных условий оказания медицинской помощи. Оценка качества невозможна без конкретизации ее критериев (Кирбасова Н.П., 2005; Веренцов М.М., 2009).

А.Н. Ярошенко, 1996, отмечает, что при анализе работы среднего медицинского персонала необходимо учитывать ежедневные данные по работе с больными, соответствие выполнения назначений и процедур правилам и стандартам, отношение к больным, объективные показатели соблюдения санитарно-противоэпидемического режима.

А.И. Лисанов, 1998, как альтернативу традиционным методам контроля качества сестринской помощи, рекомендует внедрение в деятельность лечебно-профилактических учреждений критериев Э. Демпинга. Данные критерии базируются на отказе от мнения, что без ошибок работать невозможно, предусматривают перенос контроля на рабочее место. Применение критериев Э. Демпинга помогает создать атмосферу, когда не страшно признаться в совершенной ошибке. Однако для внедрения данной системы необходимо разработать стандарты сестринской практики как инструмента оценки достигнутого результата (Ткач О.А., 2012).

Профессиональный стандарт, как правила выполнения конкретных мероприятий, входящих в ту или иную технологию. Одной из наиболее острых и актуальных проблем сестринского дела в России считается организация контроля качества и выработка стандартов сестринской практики, без которых невозможно создать рынок медицинских услуг. Данный тезис можно ар-

гументировать тем, что в США, где существует острая конкурентная борьба, постоянно отмечается рост качества сестринской помощи за счет совершенствования профессиональных стандартов (McLaughlin С.Р., 1994; Lighter D.E., 1999; Семакова В.Г., 2007). Учитывая, что в отечественном здравоохранении отсутствуют профессиональные сестринские стандарты, их внедрение в сестринское дело потребует значительной переподготовки средних медицинских работников.

Оценка качества сестринской помощи играет не последнюю роль при анализе эффективности работы любого учреждения, где осуществляет свою деятельность средний медицинский персонал (Суслин С.А., 2010). В настоящее время при оценке качества сестринской помощи сохраняет свою актуальность методология А. Donabedian, 1987, в основу которой входят три направления (критерия) обеспечения качества медицинской помощи, такие как структурный (ресурсный), процессуальный (технологический) и результативный (на основе эффективности). Каждое направление является самостоятельной составляющей целостного процесса и включает в себя совокупность условий его функционирования для обеспечения возможностей учреждения удовлетворять потребности пациента в качественной медицинской, в том числе сестринской помощи (Голубева А.П., Кучеренко В.З., 2003; Чемелева В.В., Камынина Н.Н., Анохина Ю.В., 2007; Вялков А.И., Хальфин Р.А., 2009; Алексеева Н.Ю., 2011).

Структурный подход позволяет охарактеризовать ресурсные возможности, как всего учреждения, так и каждого подразделения, необходимые для обеспечения соответствующих условий оказания сестринской помощи. Сущность данного подхода заключается в том, что обладание достаточными ресурсами и непрерывное их обновление, пополнение и совершенствование позволит создать возможности для эффективного использования сестринских технологий с целью достижения высокого результата своей деятельности и соответствующего уровня качества сестринской помощи.

Структурный подход, при оценке качества сестринской помощи, будет включать в себя такие показатели как: достаточная оснащенность материально-технической базы, объем ресурсного обеспечения и кадровый состав учреждения (Тютерева Н.А., 2008). Применение данных показателей, в отношении деятельности среднего медицинского персонала стационарных учреждений, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, позволит установить базовые проблемы, препятствующие созданию условий для оказания качественной медико-социальной помощи. При этом ожидаемыми проблемами в оснащении материально-технической базы могут быть проблемы связанные с несоответствием помещения, в котором располагается учреждение, предъявляемым требованиям к содержанию пациентов пожилого возраста. Проблемы ресурсного обеспечения в основном объясняются недостатком финансирования и дефицитом экономических, материальных, трудовых ресурсов.

Значительное количество работ посвящено проблеме качества работы среднего медицинского персонала, в том числе выполнению манипуляций (Пензина О.П., 2011). Во многих случаях качество медицинской помощи, в том числе и оказываемой медицинскими сестрами, напрямую зависит от укомплектованности лечебных учреждений кадрами (Buchan J., 2002). Так, Линденбратен А.Л., 1999, отмечает, что, если в лечебном учреждении не хватает медицинских сестер, поддержание высокого качества ухода за больными становится серьезной проблемой. Дефицит медицинских сестер также связывают с недостатками системы нормирования и оплаты труда средних медицинских работников, что затрудняет процесс реформирования и совершенствования сестринского дела, а также процесс повышения качества сестринской помощи (Buerhaus P., 1996; Малышева Е.В., Труханова И.Н., 2008; Шипова В.М., 2011).

В отношении сестринских кадров также могут быть выявлены проблемы характеризующиеся недостатком профессиональных компетенций для

осуществления деятельности в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым. Одними из применяемых форм контроля уровня знаний, умений и навыков медицинской сестры и определения ее соответствия занимаемой должности являются аттестация и сертификация средних медицинских работников.

Процессуальный (технологический) подход при оценке качества сестринской помощи основан на соблюдении стандартов сестринской практики. Согласно современной концепции сестринского дела деятельность медицинской сестры по обеспечению ухода за пациентом основана на технологии, состоящей из пяти этапов взаимосвязанных действий (сестринский процесс): сестринское обследование пациента, выявление проблем пациента, составление плана ухода, реализация плана, оценка результата (Potter P.A., 1996).

Новые сестринские технологии требуют от медицинской сестры не только хорошей технической подготовки, но и умение творчески относиться к уходу за пациентом, умение работать с пациентом как с личностью, осуществлять вмешательства на уровне семьи и социальной группы. Сегодня имеются множественные и разноплановые понимания технологии сестринской практики. Последовательность этапов сестринского процесса не реализуется в полном объеме, соответствующие ему формы сестринской документации не внедрены в практическое здравоохранение, а экспериментальные модели существенно разнятся.

На сегодняшний день решение проблем разработки и утверждения стандартов деятельности сестринского персонала не теряет своей актуальности (Ткач О.А., 2012). Технологические стандарты выполнения непосредственной деятельности медицинской сестрой, определяют качество оказываемой сестринской помощи. Стандарты процесса должны разрабатываться для всех процедур и практических мероприятий, проводимых в рамках сестринской практики (Вялков А.И., 2007).

Так, по мнению Д. Холл, управлять качеством сестринской помощи может лишь тогда, когда деятельность медицинской сестры изучена, структурирована, нормирована, а значит, может быть оценена в соответствии со стандартом (Rafferty A.M., 1997).

В практической деятельности учреждений здравоохранения отмечается отсутствие единых стандартов сестринской помощи и утвержденной методики оценки качества сестринской помощи (Gosztonyi G., 2000). В отсутствие стандартов и технологий деятельности среднего медицинского персонала контроль качества сестринской помощи в учреждениях здравоохранения может проводиться с использованием комплекса показателей, характеризующих работу медицинской сестры, среди которых наиболее важным является своевременность выполнения врачебных назначений (Папуцкая Г.И., 2005; Жихарева Н.А., 2007; Двойников С.И., 2004; 2010). Однако особенности сестринского процесса при оказании помощи отдельным группам населения в специализированных учреждениях не позволяют полностью применить на практике ряд показателей (Talyigas C., 2000).

Использование результативного критерия предусматривает оценку достигнутых результатов в процессе оказания медицинской помощи пациенту. На сегодняшний день представлены три основные групп показателей результативности (эффективности): медицинские, социальные и экономические.

В процессе оценки качества оказания сестринским персоналом медицинской помощи гражданам пожилого основное внимание будет уделяться достижению показателя социальной эффективности, а именно уровне удовлетворенности пациентов (Селиверстова Н.А., Греков И.Г., 2008; Петрова Н.Г., Жемков В.Ф., Шпаковская Л.Р., 2009; Лысов Н.А., 2012). Данный показатель является одним из значимых показателей, характеризующих качество медицинской, в том числе сестринской помощи (Денисов И.Н., Лапотников В.А., 2000; Сальникова О.А., 2003; Морозов П.Н., Катвина Н.В., 2005; Канина И.Р., 2009). Трудно не согласиться с мнением О.Л. Задворной, 1995,

которая отмечает, что жалобы на неудовлетворительное обслуживание больных в известной мере являются результатом неправильного планирования медицинской помощи с учетом основных потребностей пациента (отдых, питание, физиологические отправления), с учетом времени, необходимого для адаптации к условиям окружающей среды. Потребности больного в комфорте, безопасности, понимании страданий должны удовлетворяться так же неотложно, как и потребности в специализированном вмешательстве. Сестринские функции должны соответствовать видам деятельности сестринского персонала, определенному стандарту, четкому разделению труда всех категорий персонала.

Для стимулирования успешной деятельности, а также для обнаружения и разрешения возникающих проблем раньше, чем они станут необратимыми, по мнению ряда исследователей (Чернова Т.В., 1999; Глотова И.Г., 2000 и др.; Гаджиев Р.С., Кулигин Т.И., 2005; Боязетова А.Н., 2006) необходима дальнейшая разработка методик, позволяющих выявить результат деятельности сестринского персонала и оценить их, в том числе с точки зрения интересов пациента.

В настоящее время одной из актуальных проблем современного общества является оказание качественной медико-социальной помощи населению старших возрастных групп. Данная проблема носит междисциплинарный характер и требует организации комплекса мероприятий, способствующих сохранению и поддержанию здоровья населения пожилого и старческого возраста, не только от практического здравоохранения, но и от сферы социального обслуживания граждан.

Сестринский персонал, от которого во многом зависят качество и эффективность предоставляемых медицинских услуг, играет одну из ведущих ролей в решении задач медико-социальной помощи людям пожилого возраста. Деятельность медицинской сестры в специализированных учреждениях,

оказывающих комплексную медико-социальную помощь населению старших возрастных групп сложна и разнообразна. До настоящего времени не разработана оптимальная система оценки качества сестринской помощи, как в лечебно-профилактических, так и в специализированных учреждениях.

Глава 2. ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Программа исследования включает следующие основные направления:

- изучение и анализ всех возможных литературных и официальных источников по проблемам реформирования сестринского дела и обеспечения качества сестринской помощи в целом;

- изучение организационной структуры и анализ деятельности стационарных учреждений, оказывающих медико-социальную помощь пожилым в Саратовской области, изучение особенностей технологий деятельности среднего медицинского персонала;

- выявление отношения пациентов, специалистов среднего звена и врачей к проблемам обеспечения качества сестринской помощи, организации и проведения процедуры ее контроля;

- определение показателей и критериев, определяющих качество оказанной помощи средним медицинским персоналом, с последующей их систематизацией и формированием направлений совершенствования управления качеством сестринской помощи.

В качестве баз исследования были выбраны стационарные учреждения сферы здравоохранения (отделения сестринского ухода) и сферы социальной защиты населения (дома-интернаты для престарелых и инвалидов), оказывающие медико-социальную помощь пожилым в Саратовской области.

Объект исследования – система управления качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым.

Предмет исследования – направления совершенствования управления качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым.

Единицей исследования выступали показатели деятельности отделений сестринского ухода и домов-интернатов для престарелых и инвалидов,

виды деятельности среднего медицинского персонала, мнения пациента, медицинской сестры, врача.

Для проведения исследования использовался комплекс социально-гигиенических методов, включающий теоретический анализ научной литературы по изучаемым проблемам, социологический опрос, медико-статистический анализ деятельности учреждения, контент-анализ локальных и отраслевых нормативных документов, метод хронометража, организационное моделирование, статистическую обработку данных (табл. 1).

Программа исследования включает в себя ряд последовательных этапов. На *первом этапе* обобщены данные отечественных и зарубежных литературных источников по основным проблемам организации медико-социального обслуживания пациентов пожилого возраста, по роли сестринского персонала и проблемам оценки качества сестринской помощи.

На *втором этапе* исследования в динамике, за 6-летний период (2007-2012 гг.), проанализирована деятельность стационарных учреждений сфер здравоохранения и социальной защиты населения Саратовской области, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, на основе информации, содержащейся в медико-статистических отчетах сферы здравоохранения (ф. 47 «Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения», ф. 17 «Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах») и социальной защиты населения по Саратовской области (ф. № 3-собес (сводная) «Сведения о стационарных учреждениях социального обслуживания для граждан пожилого возраста и инвалидов (взрослых и детей)»). Всего 24 отчетные формы.

Программа исследования

Цель исследования - обоснование направлений совершенствования управления качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым.			
Этапы исследования	Задачи исследования	Методы исследования	Источники и объем наблюдения
I	1. Провести анализ современного состояния сестринского процесса и проблем качества сестринской помощи, а также проблем медико-социального обеспечения пожилого населения по данным литературы.	- библиографический; - аналитический.	Отечественная и зарубежная литература (197 и 40 источников соответственно).
II	2. Изучить организацию медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста в Саратовской области и технологические особенности деятельности среднего медицинского персонала в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым.	- статистический; - контент-анализ; - метод хронометража.	- Годовые отчеты за период 2007-2012 гг. (24 отчетные формы); - 83 должностные инструкции; - «Листок самоучета рабочего времени среднего медицинского персонала учреждения медико-социального профиля» (210 листов); - «Карта хронометража рабочего времени среднего медицинского персонала учреждения медико-социального профиля» (126 карт хронометража).
III	3. Изучить мнение пациентов о качестве сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым.	- социологический (анкетирование); - статистический.	Анкеты для пациентов, посвященные оценке удовлетворенности пациентов качеством медико-социальной помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым (498 анкет).
IV	4. Установить основные проблемы обеспечения качества сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым.	- социологический (анкетирование); - статистический.	Анкеты для среднего медицинского персонала и анкеты для врачей, посвященные выявлению особенностей сестринской деятельности и основных проблем обеспечения качества сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым (232 и 24 анкеты соответственно).
V	5. Разработать систему управления качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым.	- аналитический; - организационное моделирование.	Система управления качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, состоит из субъектов, методов и способов контроля, показателей и критериев оценки результативности, а также мониторинга удовлетворенности пациентов.

В 2007 году общее количество коек сестринского ухода составило 139 коек. Обеспеченность койками по области составляет 0,5 на 10 тыс. населения. В сфере социального обслуживания населения, стационарную медико-социальную помощь пожилым оказывают 13 домов-интернатов для престарелых и инвалидов. Общий коечный фонд домов-интернатов в 2007 году составил 2369 койко-мест, обеспеченность койками – 9,1 на 10 тыс. населения. Мощность коечного фонда домов-интернатов варьирует в зависимости от численности населения обслуживаемого района, удаленности от областного центра, а также уровня потребности населения в медико-социальной помощи.

Медико-социальные особенности пациентов определяют специфику оказания медико-социальной помощи. Основными пациентами являются граждане пожилого возраста (84,7%-88,8%). Сестринский персонал составляет большую долю всего кадрового состава учреждений (отделения сестринского ухода – 98,8-100,0%, дома-интернаты – 94,7-95,6%) и играет главную роль в удовлетворении потребностей пациентов. Медицинские сестры кроме основной деятельности, заключающейся в оказании качественной и безопасной медицинской помощи, также выполняют ряд дополнительных функций, не свойственных должности медицинской сестры стационарного учреждения.

Более глубокий статистический анализ практической деятельности стационарного учреждения, оказывающего медико-социальную помощь пожилым, проведен на примере ГАУ СО Энгельсский дом-интернат для престарелых и инвалидов за период 2007-2012 гг. Мощность, оснащенность оборудованием, численность кадрового состава дома-интерната позволили выбрать данное типичное учреждение в качестве основной базы для проведения исследования.

Выявлены технологические особенности деятельности среднего медицинского персонала и организации сестринского процесса при обслуживании пациентов пожилого возраста. Проведен контент-анализ должностных инструкций среднего медицинского персонала, среди которых должностная инст-

рукция фельдшера - 4, должностная инструкция старшей медицинской сестры интерната - 13, должностная инструкция старшей медицинской сестры отделения - 26, должностная инструкция медицинской сестры - 16, должностная инструкция медицинской сестры (дежурной) - 24. Всего 83 должностные инструкции. Установлено, что к основным функциональным обязанностям медицинской сестры относятся выполнение врачебных назначений; выполнение мероприятий по уходу за пациентом; общение с пациентом; мониторинг состояния пациента; работа с лекарственными препаратами; работа с медицинской документацией, в т.ч. с использованием персонального компьютера; соблюдение санитарно-эпидемиологического режима; организационная работа; вспомогательная деятельность.

Проведено хронометражное исследование и установлена структура затрат рабочего времени среднего медицинского персонала, а также медицинскими сестрами был самостоятельно проведен анализ затрат рабочего времени.

Для проведения хронометражного исследования была отобрана группа кандидатов в эксперты из числа старших медицинских сестер стационарного учреждения, оказывающего медико-социальную помощь пожилым, по формальным признакам (образование, наличие квалификационной категории, общий медицинский стаж, стаж работы в профильном учреждении, наличие сертификата специалиста).

Используя методику Ф.Э. Шереги, М.К. Горшковой, 1995, оценка степени компетентности экспертов проводилась в форме самооценки своих знаний по проблеме нормирования труда, а также по вопросу содержания и проведения хронометражных замеров рабочего времени медицинской сестры с последующим определением совокупного индекса (К).

Совокупный индекс рассчитывался как отношение суммы всех оценок по каждому из перечисленных критериев ($\Sigma_{\text{оценок}}$) к общему числу перечисленных критериев ($\Sigma_{\text{критериев}}$). На основании полученных результатов была

дана соответствующая характеристика компетентности эксперта (0-0,1 балла – низкая, 0,2-0,3 – ниже среднего, 0,4-0,5 балла – средняя, 0,6-0,7 – выше среднего, 0,8-1,0 балла – высокая).

Результаты самооценки фиксировались в «Карте оценки компетентности экспертов», содержащей ряд критериев компетентности, которые необходимо было оценить. Каждый критерий оценивался по 3-х балльной шкале (1,0 – «высокая», 0,5 – «средняя», 0 – «низкая»). В группу экспертов были включены те, у кого совокупный индекс компетентности составил от 0,6 (компетентность выше среднего) до 1,0 (высокая компетентность), таким образом, группа составила 6 экспертов. Данные об оценке компетентности экспертов приведены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты оценки компетентности экспертов

№ эксперта	Совокупный индекс	Компетентность экспертов
1	0,6	<i>выше среднего</i>
2	0,8	<i>высокая</i>
3	0,5	<i>средняя</i>
4	0,5	<i>средняя</i>
5	0,7	<i>выше среднего</i>
6	0,5	<i>средняя</i>
7	0,3	<i>ниже среднего</i>
8	0,6	<i>выше среднего</i>
9	0,4	<i>средняя</i>
10	0,5	<i>средняя</i>
11	0,5	<i>средняя</i>
12	0,3	<i>ниже среднего</i>
13	0,6	<i>выше среднего</i>
14	0,9	<i>высокая</i>
15	0,4	<i>средняя</i>

Предварительно с экспертами был проведен инструктаж по технологии проведения хронометражных замеров. Дополнительно эксперты ознакомились с предоставленными отраслевыми и локальными нормативными документами, касающиеся нормирования труда, нормативов численности среднего медицинского персонала домов-интернатов для престарелых и инвалидов,

должностными инструкциями медицинских сестер домов-интернатов, а также технологическими особенностями, показателями деятельности сестринского персонала и трудовыми операциями, подлежащими регистрации в ходе хронометража.

В соответствии с правилами внутреннего трудового распорядка дома-интерната и в связи со спецификой работы медицинских сестер, хронометражные замеры проводились экспертами за 12-часовую рабочую смену в течение двух недель с регистрацией затрат рабочего времени на выполнение трудовых операций в «Карте хронометража рабочего времени среднего медицинского персонала стационарного учреждения, оказывающего медико-социальную помощь пожилым» (Приложение 1). Всего было заполнено 126 карт. В качестве дополнительного источника информации об объеме трудовых операций использовался «Журнал государственных социально-медицинских услуг», который содержит перечень услуг, оказываемых в доме-интернате для престарелых и инвалидов на основании ежегодно утверждаемого государственного задания.

Результаты самоучета временных затрат медицинские сестры фиксировали индивидуально с указанием персональных данных в «Листке самоучета рабочего времени среднего медицинского персонала стационарного учреждения, оказывающего медико-социальную помощь пожилым» в период 12-часовой рабочей смены в течение 14 дней (Приложение 2).

В исследовании приняли участие 15 медицинских сестер. Средний возраст медицинских сестер составил 43 года, что свидетельствует о достаточном опыте работы в медицине. Стаж работы в доме-интернате варьирует от 1 года до 10 лет. Все имеют среднее медицинское образование и сертификаты по специальности «Сестринское дело» и дополнительную подготовку в сфере медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста. Квалификационную категорию имеют 13 из 15 человек (высшая – 23,1%, первая –

46,2%, вторая – 30,7%). В результате самостоятельной регистрации временных затрат было заполнено 210 листков.

Полученные результаты хронометража и самоучета затрат рабочего времени проанализированы, что позволило определить основные по затратам времени компоненты деятельности среднего медицинского персонала дома-интерната.

На *третьем этапе* с целью изучения удовлетворенности пациентов качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, проведено социологическое исследование в форме анкетирования. Для проведения опроса разработана авторская анкета (Приложение 3), состоящая из 17 вопросов с предложенными вариантами ответов, которые были распределены на два блока. Первый блок анкеты (6 вопросов) посвящен характеристике медико-социальных особенностей пациентов учреждений, оказывающих медико-социальную помощь. Вопросы второго блока были направлены на выявление удовлетворенности пациентов сестринским обслуживанием и мнения о факторах, способствующих улучшению качества сестринской помощи. При анализе ряда вопросов использовались методы рангов и балльной оценки.

Статус проживающих в домах-интернатах может быть рассмотрен в нескольких аспектах. Мероприятия по определению пожилых граждан в дом-интернат в первую очередь направлены на обеспечение социальной помощи нуждающимся в ней. Так как данные учреждения находятся в ведении сферы социальной защиты населения, то изначально основными потребителями услуг стационарных учреждений социального обслуживания являются «клиенты», т.е. одинокие люди, которые столкнулись с трудностями в отношении самообслуживания или люди в силу каких-либо причин (непредвиденных ситуаций) неспособные адаптироваться к новым условиям жизни.

Однако, кроме социального обслуживания, в домах-интернатах в соответствии с лицензией оказывается доврачебная медицинская помощь и амбу-

латорно-поликлиническая медицинская помощь квалифицированными специалистами, большинство из которых специалисты среднего звена. В соответствии с ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» пациентом является физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния. Поскольку всем проживающим домов-интернатов с момента поступления и на протяжении всего проживания оказывается медицинская помощь, по отношению к медицинскому персоналу учреждения их можно считать «пациентами» в соответствии с приведенным определением.

Всего в исследовании приняли участие 498 пациентов, из которых 85,9% проживает в доме-интернате и 14,1% пребывает в отделении сестринского ухода. При анализе результатов социологического опроса существенных различий во мнении двух групп респондентов не выявлено.

Большинство из опрошенных составляют женщины (69,9%) преимущественно пожилого и старческого возраста. Среди мужчин (30,1%) преобладают лица старческого возраста (табл. 3).

Таблица 3

Структура пациентов по возрасту и полу

Возраст, лет	Количество респондентов, чел.					
	Мужчины		Женщины		Все опрошенные	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
55-64	24	4,8	60	12,1	84	16,9
65-74	25	5,0	139	27,9	164	32,9
75-89	101	20,3	129	25,9	230	46,2
90 и старше	-	-	20	4,0	20	4,0
всего	150	30,1	348	69,9	498	100,0

Для группы людей старших возрастных категорий характерно преобладание среднего и среднего специального образования. Среди респондентов среднее образование имеют 51,4% опрошенных, среднее специальное – 32,5%, высшее образование – 16,1%.

На *четвертом этапе* с целью выявления особенностей сестринской деятельности и основных проблем обеспечения качества сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, проведен социологический опрос медицинских работников данных учреждений (Приложение 4, 5).

В исследование приняли участие 232 средних медицинских работника домов-интернатов и отделений сестринского ухода (81,9% и 18,1% соответственно). Большую часть респондентов составили женщины 96,6% всех возрастов (табл. 4). Мужчины, которые составили 3,4%, представлены двумя возрастными категориями: 26-30 лет и 31-35 лет (2,1% и 3,4% соответственно).

Таблица 4

Возрастно-половая структура средних медицинских работников

Возраст, лет	Пол респондентов					
	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
20-25	-	-	28	12,0	28	12,0
26-30	5	2,1	44	19,0	49	21,1
31-35	3	1,3	25	10,7	28	12,0
36-40	-	-	12	5,2	12	5,2
41-45	-	-	67	28,9	67	28,9
46-50	-	-	21	9,0	21	9,0
51 и старше	-	-	27	11,8	27	11,8
всего	8	3,4	224	96,6	232	100

Большинство средних медицинских работников имеет среднее специальное образование (85,8%), среднее специальное образование повышенного уровня имеют 5,2%, высшее сестринское образование – 9,0% (табл. 5). На момент проведения анкетирования большинство имели квалификационную категорию (60,8%). Лица, имеющие высшую категорию, составили 15,9%, первую 15,9% и вторую 29,0%.

Таблица 5

Структура респондентов по образованию

Образование	Количество респондентов, чел.	
	Абс.	%
Высшее	21	9,0
незаконченное высшее	-	-
среднее специальное повышенного уровня	12	5,2
среднее специальное	199	85,8
Всего	232	100

Большую долю составили респонденты с общим медицинским стажем работы 16-20 лет (23,7%), а также 5-10 лет (22,0%). Среди респондентов большинство (56,9%) медицинских сестер работает в стационарном учреждении, оказывающем медико-социальную помощь пожилым, более 5 лет (табл. 6).

Таблица 6

Структура респондентов по стажу работы

Стаж работы	Количество респондентов, чел.			
	Общий медицинский стаж		Стаж работы в учреждении медико-социального профиля	
	Абс.	%	Абс.	%
до 5 лет	27	11,6	100	43,1
5-10 лет	51	22,0	79	34,0
11-15 лет	29	12,5	16	7,0
16-20 лет	55	23,7	21	9,0
21-25 лет	27	11,6	-	-
26-30 лет	24	10,3	12	5,2
31 и более	19	8,3	4	1,7
Всего	232	100	232	100

98,3% опрошенных работников среднего звена имеют сертификат специалиста, остальные 1,7% не имеют сертификата в связи со стажем работы менее трех лет.

Сплошным методом изучено мнение 24 врачей (91,7% – врачи домов-интернатов, 8,3% – врачи отделений сестринского ухода), из которых женщины – 83,3%, мужчин – 16,7%. По стажу работы врачи распределились следующим образом: до 5 лет – 12,5%, 16-20 лет – 16,7%, 21-25 лет – 33,3%,

26-30 лет – 12,5%, 31 и более лет – 25,0%. Большую долю респондентов составили врачи со стажем работы в стационарном учреждении, оказывающем медико-социальную помощь пожилым, до 10 лет (75,0%). Все врачи имеют сертификат специалиста (100%). Квалификационную категорию имеют 70,8% врачей, в том числе высшую и первую – 45,8% и 25,0% соответственно.

Статистический анализ результатов проводился с применением традиционных статистических методов: расчет относительных величин, показателей динамических рядов (темпы роста, прироста), средней арифметической (M), ошибки средней ($\pm m$), критерия Стьюдента (t), аналога критерия Стьюдента – критерия Z . Расчеты произведены на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ (Microsoft Excel-2003, Statistica 6.0). Надежность, используемых статистических оценок, принималась не менее 95%.

На *заключительном этапе* исследования выявлены основные проблемы препятствующие развитию сестринского дела, а также проблемы организации, управления и контроля качества сестринской помощи. На основании полученных результатов разработана система управления качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, а также, с целью оценки эффективности функционирования системы проведена ее апробация.

ГЛАВА 3. ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА И ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ПОМОЩЬ ПОЖИЛЫМ

3.1. Система медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста Саратовской области.

В 80-90-е годы в целях улучшения медицинской и социальной помощи больным пожилого и старческого возраста, одиноким и другим лицам, страдающим хроническими заболеваниями и по состоянию здоровья нуждающихся в поддерживающем лечении, а также для повышения эффективности использования специализированного коечного фонда лечебно-профилактических учреждений развиваются особые формы стационарного медицинского обслуживания – дома и отделения сестринской помощи. Нормативной основой стал Приказ МЗ РСФСР № 19 от 01.02.1991г. «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц». В отдельных регионах данная форма медицинской помощи имела различные темпы развития и объемы ее оказания (Алексеева В.М., 2006).

В Саратовской области в 2007 году функционировало 4 отделения сестринского ухода общей мощностью 139 коек на базе центральных районных больниц в г. Балашове (20 коек), г. Ртищево (20 коек), г. Вольске (30 коек), остальные 69 коек были развернуты в участковых больницах для обслуживания нуждающихся в медико-социальной помощи граждан, проживающих в сельской местности.

Данные учреждения (койки) специализируются на оказании медико-социальной помощи и ухода лицам пожилого и старческого возраста, инвалидам, страдающим хроническими заболеваниями и не имеющим возможность обеспечить уход в домашних условиях.

Анализ основных показателей использования коек сестринского ухода в период 2007-2012 гг. свидетельствует о наличии существенных отличий от показателей деятельности типичных отделений стационарных учреждений (табл. 7).

Таблица 7

Динамика показателей использования коек сестринского ухода

Показатели	Параметры использования коек сестринского ухода					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Число коек	139	144	124	74	35	35
Темп прироста числа коек (%)	-	+3,47	-13,88	-40,32	-52,70	-
Обеспеченность койками (на 10 000 нас.)	0,5	0,6	0,5	0,2	0,1	0,1
Занятость койки (койко-дней)	364,0	381,0	382,1	325,7	328,6	480,0
Ср. длительность пребывания больного на койке, (койко-дней)	27,2	29,5	30,2	22,8	32,8	38,7
Оборот койки (чел.)	13,4	12,9	12,6	13,7	9,9	12,4
Летальность (%)	1,0	1,8	2,0	2,0	0,6	2,3

В 2008 году отмечается увеличение количества коек на 3,5%, что отражает растущий спрос на услуги, предоставляемые на койках сестринского ухода. Однако с 2009 года появляется отрицательная динамика, характеризующая сокращение количества коек в целом, имеющее разные темпы (на 13,9% в 2009, 40,3% в 2010, 52,7% в 2011 году). В 2011 году развернуто минимальное число коек сестринского ухода за весь период исследования – 35 коек на базе двух учреждений здравоохранения, что привело к показателю обеспеченности населения койками сестринского ухода – 0,1 на 10 000 населения.

Показатель занятости койки составляет 364 дня (2007г.), что характерно для отделений (коек) данного профиля (обычное стационарное отделение – 290-330 дней). В последние годы отмечается колебания данного показателя, что связано с сокращением коечного фонда.

Показатель средней длительности пребывания больного на койки зависит от специализации коечного фонда, возраста, тяжести состояния пациентов. Следует отметить высокий показатель средней длительности пребывания больного на койке сестринского ухода, который в 2012 году составил 38,7 дней в отличие от показателя средней длительности пребывания пациентов на круглосуточных койках терапевтического стационара – 13-14 дней. В отделениях (на койках) сестринского ухода в основном находятся пациенты, нуждающиеся в длительном наблюдении и уходе. Величина показателя оборота койки является следствием длительности пребывания больного на койке. Так оборот койки составляет 9,9-13,7 человек.

Показатель летальности в 2012 году значительно вырос и составил 2,3%. Наличие показателя летальности возможно свидетельствует о неправильной организации процесса госпитализации пациентов. Койки сестринского ухода предназначены для поддержания состояния здоровья одиноких граждан не имеющих возможности обеспечить соответствующий уход в домашних условиях. Необходимо исключить возможность дублирования функций таких медицинских учреждений как хосписы, которые предназначены для пребывания больных, чаще всего онкологических, имеющих неблагоприятный исход заболевания, находящиеся в терминальной стадии, и нуждающихся в уходе и облегчении страданий больного.

Медицинский персонал является непосредственным участником оказания медико-социальной помощи (табл. 8).

Таблица 8

Динамика обеспеченности коек сестринского ухода
медицинским персоналом

Показатели	Значение показателя					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Кол-во койко-мест	139	144	124	40	35	35
Кол-во штатных единиц медицинского персонала	117,00	120,25	99,00	60,50	28,75	26,75
Темп прироста (%)	-	+2,70	-17,67	-38,89	-52,48	-6,96
Соотношение медицинского персонала и коек	1:1,2	1:1,2	1:1,2	1:0,7	1:1,2	1:1,1

Тенденция изменения численности персонала соответствует тенденции изменения мощности коечного фонда. В 2012 году количество штатных единиц медицинского персонала сократилось на 6,96%.

В структуре кадрового состава отделений сестринского ухода преобладает средний медицинский персонал (50,4-54,3%). Врачи, в основном, являются совместителями и составляют только 1,3-2,5% всего персонала. В круглосуточном врачебном наблюдении нет необходимости, так как пациенты не нуждаются в активных лечебных мероприятиях. В рамках оказания медицинской помощи возможно привлечение врача-специалиста из другого отделения (табл. 9).

Таблица 9

Структура медицинского персонала, обслуживающего койки сестринского ухода

Группа медицинского персонала		Количество штатных единиц медицинского персонала					
		2007	2008	2009	2010	2011	2012
Всего медицинский персонал		117,0	120,25	99,00	60,50	28,75	26,25
Врачебный персонал, шт.ед.	Абс.	1,50	1,50	1,50	1,50	0,5	0,5
	%	1,28	1,25	1,52	2,47	1,74	1,90
Средний медицинский персонал, шт.ед.	Абс.	63,50	64,25	53,00	30,50	15,25	14,25
	%	54,27	53,43	53,53	50,41	53,04	54,29
Младший медицинский персонал, шт.ед.	Абс.	52,00	54,50	44,50	28,50	13,00	11,50
	%	44,45	45,32	44,95	47,12	45,22	43,81
Соотношение врач / средний медицинский персонал / младший медицинский персонал		1/42/35	1/43/36	1/35/30	1/20/19	1/30/26	1/28/23

Средний медицинский персонал обладает необходимым набором компетенций позволяющих удовлетворить основные потребности пациентов в наблюдении и уходе. Показатель соотношения по группам медицинского персонала подтверждает численное превосходство и значимость сестринского персонала в системе медико-социального обслуживания пожилых в отделении сестринского ухода.

В целом данный вид стационарной помощи в региональном здравоохранении не получил развития – мощность структурных подразделений данного профиля за последние 6 лет существенно сократилась (на 74,8%). С января 2011 года руководство центральных районных больниц по согласованию с органами местного самоуправления принимается решение об упразднении коек сестринского ухода в составе медицинских учреждений. В современных условиях финансирования центральные районные больницы оказываются не заинтересованными в развитии деятельности отделения сестринского ухода и на практике в большей степени проявляются недостатки данной формы медицинского обслуживания. В настоящее время функционируют только 2 отделения сестринского ухода в Балашовском (20 коек) и Ртищевском (15 коек) районах области.

В сфере социальной обслуживания населения существуют стационарные учреждения обслуживающие пожилых граждан – дома-интернаты для престарелых и инвалидов. С точки зрения оказания медико-социальной помощи они выполняют аналогичные функции, что и отделения сестринского ухода.

Проведенный анализ деятельности домов-интернатов Саратовской области выявил, что в период с 2007 по 2010 годы отмечается мало выраженное сокращение числа койко-мест (на 1,3%-0,2%). Однако в целом за период исследования общий коечный фонд увеличился на 13,8% (табл. 10). Показатель обеспеченности населения койками составляет 9,0-10,9 койки на 10 тыс. населения. В целом показатель обеспеченности населения койками в домах-интернатах в условиях тенденции увеличения числа граждан пожилого возраста в течение исследуемого периода (2007-2012 гг.) не испытывает значительных колебаний.

Пациенты постоянно проживают в домах-интернатах, занятость койки составляет 320,9-356,9 дней в году. Фактическое число выполненных койкодней проживания составляет от 92,3% до 100,8% от планового задания. Пре-

вышение показателя выполнения плана койко-дней связано с введением в работу дополнительных коек, что свидетельствует о наличии спроса и высокой потребности граждан в данном виде помощи. В условиях увеличения численности людей пожилого и старческого возраста характерен потенциальный рост спроса на медицинские услуги в учреждениях медико-социального профиля.

Таблица 10

Динамика показателей деятельности домов-интернатов для престарелых и инвалидов (2007-2012 гг.)

Показатели деятельности	Значение показателя					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Число койко-мест	2369	2339	2329	2325	2613	2749
Темп прироста (%)	-	-1,3	-0,4	-0,2	+11,0	+4,9
Обеспеченность койками (на 10 000 нас.)	9,1	9,0	9,0	9,1	9,2	10,9
Количество койко-дней:						
- плановое	804 720	836 626	822 720	822 420	901 450	973 304
- фактическое	760 381	772 457	794 781	810 548	886 750	981 236
План выполнения койко-дней (%)	94,5	92,3	96,6	98,6	98,4	100,8
Занятость койки, дней	320,9	330,2	341,2	348,6	339,4	356,9
Число проживающих (всего), чел.	2179	2242	2333	2295	2585	2721
Число граждан пожилого возраста, чел.	1935	1935	2039	2002	2190	1870
% от общего числа проживающих	88,8	86,3	87,4	87,2	84,7	68,7
Число граждан, находящихся на постельном режиме, чел.	1110	1169	1231	1241	1315	1538
% от общего числа проживающих	50,9	52,1	52,8	54,1	50,9	56,5

В результате анализа отчетной документации о деятельности домов-интернатов отмечается отсутствие очереди на получение медико-социальной помощи среди населения региона. Однако за период исследования (2007-

2012 гг.) число проживающих увеличилось на 19,9%, что свидетельствует о росте потребности населения в услугах данных учреждений.

Основными пациентами отделения являются – люди пожилого возраста, чаще одинокие, имеющие хронические формы заболевания. Доля таких пациентов в течение периода исследования составляет 84,7-88,8% от числа всех проживающих. В период до 2010 года данный показатель испытывает незначительные колебания. В 2011 году при увеличении абсолютного числа лиц, находящихся на обслуживании в доме-интернате, доля пожилых в структуре проживающих уменьшилась на 16%. Изменение показателя произошло на фоне увеличения количества койко-мест за счет открытия отделений для больных с хроническими психическими заболеваниями. В соответствии с положением учреждения в доме-интернате могут проживать граждане молодого и среднего возраста, имеющие инвалидность по психическим заболеваниям, которые в среднем за период исследования составили от 15,3 до 11,2%.

Среди проживающих имеются граждане, которые находятся на постельном режиме («лежачие» больные), требующие постоянного ухода. Число таких пациентов с каждым годом увеличивается, как за счет контингента пожилых проживающих, а также лиц имеющих хронические психические заболевания.

Дома-интернаты, являясь стационарными учреждениями социального обслуживания населения, имеют лицензию на оказание медицинской помощи проживающим (табл. 11).

Отмечается отсутствие зависимости между числом обращений за медицинской помощью и числом госпитализаций. Число экстренных госпитализаций за последние шесть лет сократилось 13,3%, при этом количество плановых госпитализаций за тот же период увеличилось на 29,2%, что косвенно свидетельствует о повышении качества диспансерных (профилактических осмотров) и диагностических мероприятий.

Таблица 11

Динамика показателей медицинской деятельности домов интернатов для престарелых и инвалидов (2007-2012 гг.)

Показатели медицинской деятельности	Значение показателя					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Число обращений за медицинской помощью	55 170	62 077	66 530	80 589	80 615	80 823
Темп прироста (%)	-	+12,52	+7,17	+21,13	+0,03	+0,26
Число обращений за медицинской помощью на 1 проживающего	25,3	27,7	28,5	35,1	31,2	29,7
Темп прироста (%)	-	+8,66	+2,81	+18,80	-11,11	-4,80
Число госпитализированных (всего человек), в том числе	782	800	865	860	808	913
- планово	430	405	588	568	506	607
- экстренно	352	395	277	292	302	305
в том числе % от числа госпитализированных	45,01	49,37	32,02	33,95	37,38	33,41

Несмотря на то, что дома-интернаты для престарелых и инвалидов относятся к сфере социального обслуживания населения, в кадровом составе учреждений преобладает медицинский персонал, который составляет от 61,6 до 64,3% (табл. 12).

В целом отмечается положительная динамика, как в увеличении количества медицинского персонала, так и кадрового состава учреждений в целом. За период 2007-2012 гг. количество медицинского персонала учреждений увеличилось на 11,3%, весь штат домов-интернатов – на 10,2%. Однако, несмотря на численное увеличение персонала, отмечается низкая укомплектованность штатов медицинским персоналом. Показатель укомплектованности составляет в целом 77,7-92,9%, а по медицинскому персоналу 79,11-91,03%. Такая ситуация может отразиться на результатах работы учреждений по выполнению запланированного объема услуг.

Штаты медицинского персонала домов интернатов
для престарелых и инвалидов (2007-2012 гг.)

Показатели штатной обеспеченности	Значение показателя					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Количество штатных единиц	2237,75	2302,75	2235,25	2332,00	2384,75	2491,00
Темп прироста (%)	-	+2,82	-2,93	+4,15	+2,21	+4,26
Количество занятых штатных единиц	1738,70	1994,15	2076,00	2071,00	2151,00	2228,80
Укомплектованность штатных должностей (%)	77,69	86,59	92,87	88,81	90,19	89,47
Количество штатных единиц медицинского персонала	1402,50	1418,75	1398,85	1474,35	1534,00	1582,05
Темп прироста (%)	-	+1,14	-1,42	+5,12	+3,89	+3,04
Количество занятых штатных единиц медицинского персонала	1109,50	1201,90	1273,40	1272,25	1376,75	1372,35
Укомплектованность медицинским персоналом (%)	79,11	84,72	91,03	86,29	89,75	86,74
Доля медицинского персонала от общего количества штатных единиц (%)	62,67	61,6	62,6	62,8	64,3	63,5

В структуре медицинского персонала основную долю составляет средний (30,6-33,4%) и младший (62,4%-64,1%) медицинский персонал, который непосредственно оказывает медицинскую помощь пациентам. Показатель соотношения по группам медицинского персонала за период исследования относительно стабилен и составляет в 2011-2012 годах 1:8:15 (табл. 13).

Доля врачебного персонала незначительна и составляет 4,0-5,5%. В домах-интернатах, как и в отделениях сестринского ухода, врачи в большинстве случаев являются совместителями и оказывают плановую консультативную помощь проживающим, а также по мере необходимости во врачебной помощи. Данное обстоятельство отражает специфику технологии оказания медико-социальной помощи.

Структура медицинского персонала домов-интернатов
для престарелых и инвалидов (2007-2012 гг.)

Структура медицинского персонала	Значение показателя					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Общее количество штатных единиц медицинского персонала	1402,50	1418,75	1398,85	1474,35	1534,00	1582,05
Темп прироста (%)	-	+1,14	-1,42	+5,12	+3,89	+3,04
Врачи						
штатные должности, ед.	74,25	66,75	74,80	71,75	68,00	64,00
занятые должности, ед.	58,05	48,00	66,05	63,25	58,25	58,75
укомплектованность врачебным персоналом (%)	78,18	71,91	88,30	88,15	85,66	91,80
% от общего количества медицинского персонала	5,29	4,70	5,35	4,87	4,43	4,04
Средний медицинский персонал						
штатные должности, ед.	429,00	454,00	442,45	469,35	508,00	528,30
занятые должности, ед.	358,80	373,65	408,85	414,10	463,50	447,60
укомплектованность средним медицинским персоналом (%)	83,64	82,30	92,41	88,23	91,24	84,72
% от общего количества медицинского персонала	30,59	32,00	31,63	31,83	33,12	33,39
Младший медицинский персонал						
штатные должности, ед.	899,25	898,00	881,60	933,25	958,00	989,75
занятые должности, ед.	692,65	780,25	798,50	794,90	855,00	866,00
укомплектованность младшим медицинским персоналом (%)	77,02	86,89	90,57	85,17	89,25	87,49
% от общего количества медицинского персонала	64,12	63,30	63,02	63,30	62,45	62,56
Соотношение врач / средний медицинский персонал / младший медицинский персонал	1/6/12	1/8/16	1/6/12	1/6/12	1/8/15	1/8/15

В целом укомплектованность штатов домов-интернатов по врачебным должностям составляет 71,91-91,80%. Чуть лучше укомплектованность по должностям среднего медицинского персонала – 82,3-92,4%. Укомплектованность по должностям младшего медперсонала составляет 77,0-90,6%. Недостаточная укомплектованность медицинским персоналом может привести

к увеличению нагрузки на одного медицинского работника и отразится на качестве оказываемой ими медицинской помощи.

В результате изучения показателей и особенностей деятельности коек сестринского ухода и домов-интернатов выявлены положительные и отрицательные стороны. К положительным сторонам деятельности отделений сестринского ухода и домов-интернатов следует отнести то, что они специализируются на оказании медико-социальной помощи и ухода лицам пожилого и старческого возраста, инвалидам, страдающим хроническими заболеваниями и не имеющим возможность обеспечить уход в домашних условиях. Основными источниками финансирования являются средства городского бюджета и отчисления от пенсии пациентов в размере 75% согласно договору о стационарном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов.

Отделения (койки) сестринского ухода располагаясь на базе центральных районных и участковых больниц, имеют возможность использовать медицинское оборудование для диагностики, лечения и реабилитации пациентов, организовать консультации узких специалистов. Дома-интернаты имеют хорошо развитую материально-техническую базу, имеют собственное помещение, адаптированное для комфортного и безопасного пребывания граждан соответствующего возраста, хорошо оснащены необходимым оборудованием.

Отделения сестринского ухода и дома-интернаты дают возможность реализовать на практике теоретические и практические знания как специалистов со средним медицинским, так и с высшим сестринским образованием, так как основным персоналом учреждения являются медицинские сестры. Главная медицинская сестра контролирует и координирует деятельность медицинского персонала отделений сестринского ухода. В условиях домов-интернатов должность главной медицинской сестры предусматривается от 600 коек. В Саратовской области домов-интернатов для престарелых и инвалидов с таким коечным фондом не существует, поэтому сестринским персо-

налом руководит заместитель директора по медицинской части. Непосредственное руководство деятельностью среднего и младшего медицинского персонала осуществляет старшая медицинская сестра.

Работа медицинских сестер в данных учреждениях отличается от условий других подразделений. Она направлена на обеспечение качественного ухода за пациентом. В своей деятельности персонал отделения обладает достаточно большой самостоятельностью по организации и осуществлению полного медицинского обслуживания пациента, что также повышает ее ответственность. И, как следствие, способствует формированию мнения о медицинской сестре как квалифицированном специалисте и повышению значимости этой категории медицинского персонала в обеспечении медико-социальной помощи пожилому населению.

В отделениях сестринского ухода, в отличие от других стационарных отделений ЛПУ, используется сестринская документация в форме сестринской истории болезни и листов наблюдения за пациентом, что способствует учету всех проведенных мероприятий в отношении пациента. Однако, следует отметить, что в домах-интернатах сестринская документация отсутствует.

Несмотря на положительные факторы, есть и отрицательные стороны. В исследованных лечебно-профилактических учреждениях, где расположены отделения (койки) сестринского ухода, отмечаются недостатки материально-технической базы. Здания недостаточно приспособлены для размещения в них подобных медицинских учреждений. Количество многоместных палат преобладает над одно- и двухместными, в результате чего не в полной мере учитываются потребности пациентов, их психологическая совместимость (несовместимость), тяжесть состояния и другие факторы, определяющие оптимальное размещение пациентов в палатах. Условия пребывания больных, как в палатах, так и в помещениях общего пользования не комфортны. Количество помещений санитарно-гигиенического назначения недостаточно, их оборудование не отвечает потребностям пожилых людей. Отсутствие эрго-

номического оборудования (функциональные кровати, кресла-каталки) создает определенные трудности в работе персонала при перемещении пациентов, так как большинство из них прикованы к постели.

На сегодняшний день медицинская помощь в отделениях сестринского ухода не включена в базовую программу обязательного медицинского страхования, а сами отделения как вид лечебного учреждения отсутствует в новой утвержденной номенклатуре лечебных учреждений. Средства фонда ОМС не предназначены для оплаты длительного пребывания пациентов на койке сестринского ухода, которые, не смотря на наличие различных хронических заболеваний, в большей степени нуждаются в уходе – социальной помощи. Поэтому в целях повышения эффективности использования коечного фонда ЦРБ проводилась поэтапная реструктуризация ЛПУ за счет упразднения неэффективно работающих подразделений. Руководству ЦРБ, где сохранились койки сестринского ухода, приходится перераспределять имеющиеся средства заработанные другими подразделениями на покрытие основных расходов отделений. Таким образом, возможности улучшения материально-технической базы отделений, стимулирования труда персонала ЦРБ практически отсутствуют.

В условиях современных тенденций демографических показателей (прогрессивное увеличение количества людей пожилого возраста) с каждым годом необходимо расширять объем медико-социальной помощи пожилым, т.к. данная категория населения отличается повышенным спросом на медицинские и социальные услуги. Госпитализация таких пациентов в специализированные отделения обычных стационаров нерациональна и экономически неэффективна, так как они не нуждаются в использовании интенсивных медицинских технологий. В системе стационарного медико-социального обслуживания пожилых, основной объем помощи оказывается учреждениями, относящимися к социальному обслуживанию населения. Для сохранения от-

делений (коек) сестринского ухода необходимо найти дополнительные источники и способы финансирования.

На основании углубленного анализа ГАУ СО Энгельсский дом-интернат для престарелых и инвалидов, получены следующие сведения о деятельности стационарного учреждения, оказывающего медико-социальную помощь пожилым.

Дом-интернат для престарелых и инвалидов представляет собой стационарное учреждение социального обслуживания. Целью создания дома-интерната является предоставление временного или постоянного проживания гражданам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающихся в постороннем уходе, медицинском обслуживании, социальной и психологической помощи. Деятельность учреждения регламентирована нормативными документами как федерального, так и регионального уровня: Федеральный закон от 10.12.1995 г. № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации»; Федеральный закон от 02.08.1995 № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов»; Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52142-2003 «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения»; Постановление Правительства Саратовской области от 27.10.2011 г. № 590-П «Об утверждении государственных стандартов Саратовской области в сфере социального обслуживания населения».

Основная категория проживающих в доме-интернате представлена людьми пожилого (60-74 лет) и старческого (75-89 лет) возраста. В структуре заболеваемости в основном преобладают заболевания терапевтического и хирургического профиля. Установлено, что в числе обслуживаемого контингента присутствуют полностью обездвиженные, постоянно нуждающиеся в посторонней помощи («лежачие» пациенты), которые составляют от 35,4% до 49,7% всех проживающих (табл. 14).

Показатели работы Энгельсского дома-интерната в динамике
за 2007-2012 гг.

Показатели	Значение показателя					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Общая число койко-мест	331	331	331	331	515	525
Количество штатных единиц (всего):	295,50	295,50	314,50	324,00	468,75	468,25
в том числе медперсонала	207,50	211,25	205,25	203,75	354,50	350,50
Численность проживающих, чел.:	332	330	342	337	520	533
в т.ч. лежащих	165	153	150	147	184	262
Количество койко-дней:						
- плановое	119116	121146	119160	119160	156660	183340
- фактическое	116730	118388	118376	117274	162750	191348
План выполнения койко-дней (%)	97,9	97,7	99,3	98,4	103,9	104,4
Соотношение медицинского персонала и коек	1:1,6	1:1,6	1:1,6	1:1,6	1:1,4	1:1,4

Основными структурными подразделениями учреждения являются отделения «Милосердия», гериатрическое, психоневрологическое. В структуре коечного фонда основную долю (45,3-56,3%) составляют койки отделений «Милосердия», обеспечивающие медико-социальное обслуживание принятых на государственное обеспечение престарелых граждан, инвалидов, находящихся на постельном режиме или передвигающихся в пределах палаты. Отделение геронтологии предназначено для обслуживания участников ВОВ, тружеников тыла, койки которого составляют 21,9-27,4% коечного фонда. На койки психоневрологического отделения приходится 18,1-27,3% коечного фонда, где проживают в основном граждане молодого и среднего возраста, имеющие инвалидность по психическому заболеванию.

В целом параметры деятельности дома-интерната соответствуют показателям деятельности системы медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста. В 2011 году в Энгельсском доме-интернате отмечается увеличение общей численности койко-мест на 55,6%, что связано с укреплением материально-технической базы (за счет строительства дополнительного

корпуса и формирования отделений для больных с хроническими психическими заболеваниями). В 2012 году данная тенденция сохраняется и коечный фонд учреждения увеличен еще на 1,9%. Расширение коечного фонда влечет за собой нарастание объемов деятельности и необходимость увеличения численности персонала. В следствии в доме-интернате г. Энгельса количество штатных единиц увеличено на 44,7% (2011г.). Изменения численности персонала отражают процессы приведения фактических показателей к нормативам деятельности учреждений, утвержденных Постановлением Минтруда РФ от 15.02.2002 г. № 13 «Об утверждении нормативов численности работников домов-интернатов для престарелых и инвалидов».

Показатель фактического числа выполненных койко-дней проживания имеет аналогичную тенденцию с показателем, характеризующим деятельность всех учреждений сети социального обслуживания пожилых (97,7-104,4%).

Одним из основных направлений деятельности учреждения является обеспечение медицинского обслуживания и лечения, организация консультаций врачей-специалистов, способствующих поддержанию физического состояния здоровья и сохранению возможности к самообслуживанию людей пожилого возраста. Однако организация медицинской помощи в доме-интернате имеет существенные особенности.

В доме-интернате осуществляется первичная медицинская помощь, лечение хронических заболеваний по назначению соответствующих специалистов. Все виды медицинской деятельности дома-интерната лицензированы.

Полученные сведения в период 2007-2010 гг. свидетельствуют об увеличении показателя обращений проживающих за медицинской помощью к сотрудникам в доме-интернате на 13,1%, в 2011 году сохраняется относительная стабильность показателя (табл. 15). Обеспечению медицинской помощи способствует тесное взаимодействие дома-интерната с государственными и муниципальными лечебно-профилактическими учреждениями, в ко-

торых оказание медицинской помощи проживающим в доме-интернате производится в объеме программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи и целевых территориальных программ. Сохранение преемственности в работе медицинского персонала дома-интерната и ЛПУ способствует повышению эффективности медицинских мероприятий.

В доме-интернате ежегодно проводится всеобщая диспансеризация проживающих с привлечением врачей узких специальностей (окулиста, отоларинголога, невропатолога, хирурга и т.д.) прикрепленных учреждений здравоохранения. Охват проживающих диспансерным наблюдением достаточно полный и составляет от 99 до 100% (табл. 15), а проведение дополнительных диспансерных мероприятий специалистами дома-интерната способствует выявлению хронических заболеваний на ранних стадиях. В целом это свидетельствует о хорошей организации взаимодействия с амбулаторно-поликлиническими учреждениями.

Таблица 15

Параметры медицинской деятельности
Энгельсского дома-интерната за период 2007-2012 гг.

Показатель	Значение показателя					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Число случаев обращений за медицинской помощью	4525	4683	4785	5118	4987	5045
Темп прироста (%)	-	+7,9	+2,2	+6,5	-2,5	+1,1
Направлено на госпитализацию (чел. всего), в т.ч.:	118	123	126	116	113	118
экстренно	21	18	27	25	15	17
планово	97	105	99	91	98	101
Охвачено ежегодными профилактическими осмотрами (чел.)	332	345	342	337	515	531
в % от проживающих	100%	99%	100%	100%	99%	99%

По результатам диспансеризации выявляются нуждающиеся в плановой госпитализации для обследования и лечения в лечебных учреждениях в

порядке очередности. При необходимости экстренной медицинской помощи, в случае отсутствия возможности оказания ее в условиях дома-интерната, больных направляют в соответствующие стационарные учреждения. При анализе показателей госпитализации лиц проживающих в доме-интернате особой динамики не установлено. Отсутствует связь между числом случаев госпитализации и количеством обращений за медицинской помощью. Выраженной динамики изменения показателя по годам не наблюдается. Вероятно, что осуществление мероприятий по госпитализации обусловлены состоянием здоровья проживающих.

Кадровый состав является важным структурным компонентом в обеспечении качественной медико-социальной помощи. При подборе персонала дома-интерната особое внимание должно уделяться уровню профессиональной подготовки, а также, учитывая медико-психологические особенности обслуживаемого контингента, особое значение имеют личностные качества работника, знания основ этики и деонтологии.

Состав обслуживающего персонала структурных подразделений определен штатным расписанием и зависит от объемов и видов предоставляемых услуг. Анализ штатного расписания учреждения в период 2007-2012 гг. показал, что бóльшую часть работающих в учреждениях (62,9-75,6%) составляет медицинский персонал (табл. 16).

Среди медицинских работников численно преобладает средний (35,3-39,2%) и младший (54,1-57,0%) медицинский персонал, что вызывает необходимость уделять больше внимания деятельности персонала среднего звена при формировании системы оценки качества медико-социальной помощи. Тенденция изменения показателя соотношения врачебного и среднего медицинского персонала Энгельсского дома-интерната для престарелых и инвалидов не соответствует аналогичному показателю характерного для всей сети данных учреждений.

Структура медицинского персонала дома-интерната ГАУ СО Энгельский дом-интернат для престарелых и инвалидов

Группа медицинского персонала		Количество штатных единиц медицинского персонала					
		2007	2008	2009	2010	2011	2012
Количество штатных единиц медицинского персонала (всего)		207,50	211,75	205,25	203,75	354,50	350,50
Врачи	Абс.	10,75	15,75	15,75	16,75	16,25	16,25
	%	5,2	7,4	7,6	8,2	4,6	4,6
Средний медицинский персонал	Абс.	78,75	74,75	74,75	75,75	137,5	137,5
	%	37,9	35,3	36,4	37,2	38,8	39,2
Младший медицинский персонал	Абс.	118,00	120,75	114,75	110,25	200,75	196,75
	%	56,9	57,0	55,9	54,1	56,6	56,1
Соотношение врач / средний медицинский персонал / младший медицинский персонал		1/8/11	1/5/8	1/5/7	1/4/6	1/8/12	1/8/12

В период 2008-2010гг. отмечается снижение показателя соотношения медицинского персонала, что возможно связано с проблемами нормирования труда сестринского персонала (несоответствия уровня заработной платы условиям работы) и оттока кадров из учреждения. В 2011 году данный показатель вырос два раза, что связано с расширением коечного фонда учреждения, а следовательно и штатного расписания.

С 2010 г. в целях повышения эффективности расходования бюджетных средств, повышения качества предоставления государственных услуг физическим лицам дом-интернат при осуществлении своей деятельности руководствуется Государственным заданием на оказание государственных услуг, оказываемых населению государственными учреждениями социального обслуживания. Для обеспечения эффективного функционирования процесса оказания медико-социальной помощи профильными учреждениями разработа-

тываются программы и проводятся мероприятия по повышению качества обслуживания, содержания и ухода.

Таким образом, в системе медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста представленной учреждениями сферы социальной защиты населения (домами-интернатами для престарелых и инвалидов) отмечается более стабильное развитие. Значительная доля сестринского персонала, в кадровом составе дома-интерната, свидетельствует о том, что параметры работы медицинской сестрой оказывают влияние на основные показатели деятельности учреждения. Поэтому содержание технологий оказания медико-социальной помощи медицинскими сестрами принимают важное значение.

3.2. Технологии деятельности среднего медицинского персонала стационарного учреждения, оказывающего медико-социальную помощь пожилым.

В результате изучения особенностей деятельности дома-интерната как стационарного учреждения, оказывающего медико-социальную помощь пожилым, установлено, что среднему медицинскому персоналу принадлежит главная роль в удовлетворении основных потребностей проживающих и обеспечении непосредственного наблюдения и ухода за пациентами.

В должностных инструкциях палатной медицинской сестры закреплены функциональные обязанности по выполнению профилактической и лечебно-диагностической работы, проведение реабилитационных мероприятий, взаимодействие с другими специалистами для удовлетворения потребностей пациентов.

Организация работы среднего медицинского персонала осуществляется с учетом направлений реализации концепции сестринского дела. В процессе практической деятельности руководители учреждения стремятся обеспечить внедрение новых сестринских технологий, основанных как на выполнении назначений врача, так и на самостоятельном сестринском уходе с приме-

нием модели сестринского процесса, новых подходов и методов реализации лечебно-диагностического процесса, а также на удовлетворенность индивидуальных потребностей пациента.

В имеющихся регламентах деятельности дома-интерната ссылок на основные положения концепции развития сестринской практики и технологии сестринского не выявлено. Однако, в процессе наблюдения за работой среднего медицинского персонала в доме-интернате, отмечается, что медицинские сестры в повседневной практике реализует все этапы сестринского процесса. основополагающей целью сестринского процесса является улучшение здоровья пациента, удовлетворение основных потребностей организма и восстановление способностей пациента к самообслуживанию. Соблюдение последовательности выполнения этапов сестринского процесса является основой обеспечения качественной медицинской помощи.

В сферу обязанностей медицинской сестры дома-интерната входит не только выполнение типичных для медицинской сестры стационара работы (выполнение назначений врача, подготовка к диагностическим исследованиям, работа с медицинской документацией и т.д.), но и ряд функций, отличающих деятельность сестринского персонала учреждений медико-социального профиля от деятельности медицинских сестер стационаров ЛПУ.

Технологические особенности сестринского обслуживания в доме-интернате состоят в том, что большую часть рабочего времени в обслуживании пожилых занимает наблюдение за состоянием пациентов и уход. При планировании и осуществлении мероприятий по уходу медицинские сестры реализуют персонифицированный подход с определением приоритетных и потенциальных проблем пациента, а также его нужд в определенном виде помощи. Основными применяемыми формами ухода являются: кормление, осуществление санитарно-гигиенических процедур для физически ос-

лабленных и тяжелобольных, профилактика пролежней, обучение навыкам самоухода.

Технология оказания психологической помощи также имеет свои особенности и заключается в контроле посещений проживающих родственниками и оценки их психоэмоционального взаимодействия. Медицинская сестра осуществляет мониторинг регулярности посещения родственниками проживающего и оценку его эмоционального состояния, все данные заносит в индивидуальную карту. В случае нарушения психологического комфорта проживающего, задачей медицинской сестры становится его восстановление, с помощью проведения беседы, взаимоподдержки или организации консультации психолога, вследствие чего развивается позитивное мышление, поддерживается высокий уровень психологического благополучия и положительные эмоции способствуют активному долголетию.

Для решения такой проблемы как одиночество, медицинские сестры также проводят беседы, обсуждение волнующих пациента проблем, организуют консультации психолога. Данные мероприятия способствуют процессу адаптации к новым условиям или состоянию пациента, восстановлению психоэмоционального комфорта, формированию положительных эмоций.

В рамках реализации закрепленных в должностных инструкциях обязанностей проводятся реабилитационные мероприятия в форме проведения занятий по трудотерапии. В соответствии с назначениями врача, определившего для пациента трудовой режим (самообслуживание, уборка комнаты, полив растений и др.) и время занятий, медицинская сестра контролирует и регистрирует выполнение данного режима в индивидуальной карте трудотерапии. Также, с целью увеличения продолжительности периода физической активности и сохранения возможностей к самообслуживанию, средним медицинским персоналом организуется физическое воспитание пациентов с учетом возраста и состояния здоровья пациентов. Данные мероприятия позво-

ляют восстановить привычные функции, использовать остаточные трудовые возможности.

Важным аспектом в работе медицинской сестры, зафиксированным в должностных инструкциях (п. 2) является работа с медицинской документацией. Сестринский персонал ведет стандартную медицинскую документацию (журнал врачебных назначений, журнал сдачи смены, лабораторный журнал, журнал учёта контроля АД и т.д.), перечень которой ни в одном регламенте деятельности учреждения не зафиксирован. При оформлении медицинской документации применяются современные технологий связанные с использованием компьютерной техники (информационных технологий), что существенно экономит время медицинской сестры и позволяет больше внимания уделять работе с пациентом. Однако необходимо отметить отсутствие сестринской документации (сестринской истории болезни, листов наблюдения за пациентами), которые необходимо использовать в условиях, где сестринский персонал, в связи большей численностью в кадровом составе, играет главную роль в обслуживании пациентов.

Установлено, что в повседневной работе медицинская сестра руководствуется стандартами социального обслуживания, которые применяются на практике (ГОСТ Р 52143-2003 Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг, ГОСТ Р 52142-2003 Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения, ГОСТ Р 52884-2007 Социальное обслуживание населения. Порядок и условия предоставления социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам и др.). Стандартизация социальной помощи создаёт условия для оказания качественных гарантированных услуг проживающим и возможность постепенного внедрения широкого спектра дополнительных услуг. Необходимо отметить отсутствие медицинских стандартов, в том числе стандартов сестринской деятельности. Стандартизация медицинской помощи позволяет медицинскому персоналу более рационально и качественно планировать и выполнять

свою работу, при этом снижает возможность допущения ошибок и возникновения дефектов в практической деятельности. Наличие у дома-интерната лицензий на оказание медицинской помощи, предусматривает проведение процедуры контроля качества медицинской помощи и разработку стандартов медицинской помощи.

Оказание качественной медико-социальной помощи пожилым должно-го уровня и высокого качества, соответствующей потребностям обслуживаемой категории граждан требует определения основных направлений деятельности в соответствии с затратами рабочего времени персонала, прежде всего сестринского.

По результатам хронометражного исследования и самоучета затрат рабочего времени медицинскими сестрами получены следующие результаты (табл. 17).

Таблица 17

Структура затрат рабочего времени медицинской сестры

Трудовые операции	Результаты самоучета рабочего времени медсестрами		Результаты хронометража	
	%	Ранговое место	%	Ранговое место
Выполнение врачебных назначений	8,3	VI	11,1	IV
Выполнение мероприятий по уходу за пациентом	19,7	I	16,5	I
Общение с пациентом	9,8	V	10,8	VI
Мониторинг состояния пациента	17,6	II	13,7	III
Работа с лекарственными препаратами	10,5	IV	11,0	V
Работа с медицинской документацией	12,7	III	14,1	II
Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима	4,4	IX	6,6	VIII
Организационная работа	6,3	VII	7,6	VII
Вспомогательная деятельность	1,5	XI	3,4	X
Личное время	4,0	X	3,9	IX
Другие разовые виды деятельности	5,2	VIII	1,3	XI

В результате самоучета временных затрат медицинскими сестрами отмечается, что большая часть рабочего времени приходится на мониторинг состояния пациента (наблюдение за физиологическим и психологическим самочувствием) – 17,6% рабочей смены ($126,7 \pm 3,8$ мин.) и выполнение мероприятий по уходу (смена белья, кормление, санитарно-гигиеническая обслуживание и т.д.) – 19,7% ($141,8 \pm 4,2$ мин.). Таким образом, данные виды деятельности являются основными.

12,7% времени ($91,4 \pm 3,6$ мин.) ежедневно занимает работа с медицинской документацией (ведение и заполнение журналов), в т.ч. с использованием персонального компьютера. Данные затраты являются оправданными, т.к. качество ведения документации может служить одним из критериев оценки качества сестринской деятельности. На работу с лекарственными средствами (получение, раздача, учет медикаментов) приходится 10,5% времени ($75,6 \pm 3,8$ мин.).

Особое значение для лиц пожилого возраста, для которых характерно наличие проблем связанных с одиночеством, имеет общение. За рабочую смену медицинская сестра тратит 9,8% времени ($70,6 \pm 3,2$ мин.) на данный вид деятельности, который заключается в выявлении и обсуждении проблем пациента, предоставлении дополнительной информации, проведение бесед на актуальные темы (санитарно-просветительная работа).

Установлено, что на выполнение врачебных назначений медицинской сестрой (в/м, п/к инъекции, подготовка к диагностическим исследованиям) приходится 8,3% объема рабочего времени ($59,8 \pm 2,9$ мин.).

Организационная работа (подготовка и участие в обходе, прием-сдача дежурства, подготовка к отчету, конференциям и совещаниям) и вспомогательная деятельность (подготовка к работе) играют неотъемлемую роль в достижении эффективности работы в целом, при этом сумма затрат рабочего времени составляет 7,8% ($56,2 \pm 3,4$ мин.).

5,2% рабочего времени ($37,4 \pm 2,2$ мин.) приходится на выполнение различных разовых трудовых операций, таких как оказание неотложной помощи, сопровождение пациентов на диагностическое исследование, на прогулку, при госпитализации в ЛПУ, уборка территории учреждения. При этом часть из них не входит в прямые обязанности медицинской сестры.

Осуществление медицинской сестрой санитарно-эпидемиологического режима в учреждении в большей степени заключается в поддержании удовлетворительного санитарного состояния палат и отделения, соблюдении пациентами личной гигиены, проведении мероприятий по профилактике возникновения и распространения инфекционных заболеваний, в меньшей степени в уборке манипуляционной, дезинфекции и утилизации медицинских отходов, на что тратится 4,4% рабочего времени ($31,7 \pm 1,9$ мин.).

Личное время (отдых, прием пищи, личная гигиена) медицинской сестры составляет 4,0% ($28,8 \pm 1,7$ мин.) с учетом получасового перерыва предусмотренного правилами внутреннего трудового распорядка дома-интерната.

По результатам хронометража распределение рабочего времени имеет некоторые отличия от результатов самоучета рабочего времени проводимого медицинскими сестрами. Сестринский персонал большее количество своего рабочего времени тратит на выполнение таких видов деятельности, как мероприятий по уходу за пациентом – 16,5% ($118,8 \pm 3,6$ мин), работу с медицинской документацией – 14,1% ($101,5 \pm 3,5$ мин.) и осуществление мониторинга состояния пациента – 13,7% ($98,6 \pm 3,9$ мин.).

Экспертами также установлено, что медицинские сестры тратят одинаковое время на выполнение врачебных назначений и работу с лекарственными средствами - 11,1% ($79,9 \pm 3,9$ мин.) и 11,0% ($79,2 \pm 3,9$ мин.) соответственно. Общение сестринского персонала с пациентом занимает 10,8% ($77,8 \pm 4,6$ мин.) рабочего времени, что практически совпадает с результатом самоучета рабочего времени медицинских сестер.

Затраты рабочего времени выявленные экспертами на такие виды деятельности как организационная работа и соблюдение санитарно-эпидемиологического режима - 7,6% ($54,7 \pm 3,0$ мин.) и 6,6% ($47,5 \pm 2,8$ мин.) соответственно, а также на вспомогательную деятельность - 3,4% ($24,5 \pm 1,7$ мин.), немного превышают результаты самоучета.

Установленный объем необходимого личного времени - 3,9% ($28,1 \pm 1,7$ мин.) не отличается от данных самоучета, так как нормирован правилами внутреннего распорядка учреждения.

Эксперты установили, что на другие разовые виды деятельности медицинская сестра затрачивает наименьшее количество рабочего времени - 1,3% ($9,4 \pm 0,56$ мин.).

На основании анализа совокупности должностных инструкций медицинских сестер, технологий деятельности, перечня услуг, оказываемых в доме-интернате для престарелых и инвалидов и результатов хронометражного исследования, определены основные направления практической деятельности среднего медицинского персонала учреждения, подлежащие более тщательному контролю.

3.3. Организация внутриучрежденческого контроля качества и безопасности медицинской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым.

В лечебно-профилактических учреждениях Саратовской области, на базе которых располагаются отделения сестринского ухода, внутриучрежденческий контроль качества проводится на основании Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Постановления Правительства РФ от 16.04.2012 г. N 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здраво-

охранения, на территории инновационного центра «Сколково»)), в соответствии с Приказом министерства здравоохранения Саратовской области от 05.06.2012 г. N 741 «О внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ЛПУ области» и информационным письмом министерства здравоохранения Саратовской области от 29.05.2012 г. N 08-02-20/3341 «О внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности», содержащим примерное Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности. Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности устанавливает единый порядок организации и проведения контроля качества и безопасности медицинской помощи во всех учреждениях, оказывающих медицинские услуги, не зависимо от организационно-хозяйственной формы и ведомственного принадлежности.

Основная цель контроля заключается в предоставлении надлежащего объема и качества медицинской помощи, соответствующей предъявляемым требованиям к технологии ее оказания, стандартам медицинского обслуживания.

Внутреннему контролю качества в стационарных учреждениях подлежат: исходы лечения (летальный исход, осложнения), случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания, заболевания с удлиненными сроками лечения, случаи расхождений заключительных клинических диагнозов и патологоанатомических диагнозов, дооперационных и послеоперационных диагнозов, жалобы пациентов или их законных представителей, выявленные дефекты медицинской помощи.

Внутренняя система контроля включает в себя четыре уровня, на каждом из которых закреплены субъекты, проводящие контролирующие мероприятия (рис. 1).

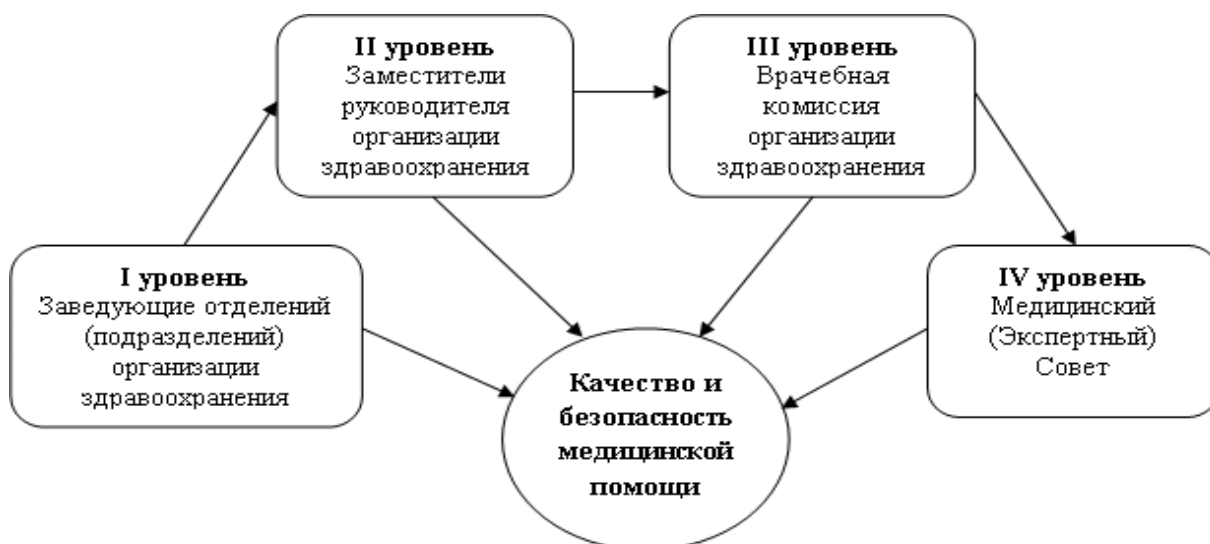


Рис. 1. Внутриучрежденческая система контроля и безопасности медицинской помощи в ЛПУ.

На первом уровне, контроль за качеством и безопасностью каждого случая оказания медицинской помощи, осуществляет заведующий отделением своего подразделения. На этом этапе реализуются текущий и заключительный контроль качества медицинской помощи, результаты которого заносятся в медицинскую карту. Также заведующий отделением проводит экспертизу качества медицинской помощи по стандартам. При этом экспертизе подвергается не менее 50 законченных случаев лечения. Результаты экспертизы фиксируются в специально разработанной документации (журнале контроля качества медицинской помощи).

На втором уровне, где основным субъектом выступает заместитель главного врача, осуществляется текущий контроль при проведении утренних конференций, обходов отделений. Также проводится экспертиза лечебно-диагностического процесса и экспертиза качества медицинской помощи. Объем контрольной оценки деятельности подразделений на уровне каждого заместителя главного врача по законченным случаям составляет не менее 30 экспертиз в месяц. Все результаты оценки и контроля качества медицинской помощи фиксируются в журнале контроля качества медицинской помощи или в журнале клинико-экспертной работы формы № 035/у-02, в соответст-

вии с приказом Минздрава РФ от 21.05.2002 г. № 154 «О введении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактическом учреждении».

На третьем уровне врачебная комиссия анализирует и оценивает результаты проведенных контролирующих мероприятий, рассматривает жалобы и обращения пациентов, их родственников или законных представителей, данные полученные в ходе анкетирования потребителей медицинских услуг, касающиеся качества и безопасности медицинской помощи. На основании полученной информации формируются соответствующие выводы и предложения.

На четвертом уровне основным источником информации служат результаты предыдущих уровней контроля. На заседании Медицинского (экспертного) совета, коллегиального органа, созданного в учреждении для планирования, организации, оценки эффективности работы учреждения, принимаются управленческие решения по повышению качества медицинской помощи и применению индивидуальных санкций к персоналу медицинского учреждения при выявлении грубых нарушений в его деятельности.

В домах-интернатах для престарелых и инвалидов внутренний контроль качества предоставляемых услуг проводится на основании Национальных стандартов социального обслуживания (ГОСТ Р 52142-2003 Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Основные положения, ГОСТ Р 52496-2005 Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг. Общие положения), Приказа министерства социального развития Саратовской области от 14.04.2011 г. № 387 «Об утверждении Положения о порядке проведения оценки соответствия фактически оказываемых (выполняемых) подведомственными министерству государственными учреждениями государственных услуг (работ) установленным требованиям качества», Устава стационарного учреждения социального обслуживания на

основании которых разработано Положение о системе внутреннего контроля качества социального обслуживания.

Система контроля качества социального обслуживания направлена на выявление недостатков на всех этапах оказания помощи гражданам, находящимся на обслуживании в учреждении, а также на разработку мероприятий по их устранению.

Главная цель работы системы заключается в постоянном мониторинге процесса предоставления услуг, а также получение информации, необходимой для обеспечения эффективного функционирования этой системы.

Основными субъектами контроля являются директор дома-интерната, его заместители, входящие в состав комиссии по внутреннему контролю качества социального обслуживания, обеспечивают проведение контролирующих мероприятий. В процессе проведения контроля субъектами проверяется соответствие объема и качества предоставляемых услуг требованиям Национальных стандартов и документации на них, и формирование корректирующих действий, направленных на устранение недостатков, выявленных в процессе предоставления услуг, и совершенствование работы всех структурных подразделений и учреждения в целом.

Контроль качества социального обслуживания проводится в форме плановых и внеплановых проверок. Плановый контроль осуществляется в соответствии с циклограммой внутреннего контроля. Циклограмма предусматривает планирование и проведение контролирующих мероприятий ответственными должностными лицами в установленные сроки. Внеплановый контроль проводится в случае выявления недостатков или существенных изменения в процессе организации и технологии оказания социальных услуг, снижающих качество предоставляемых услуг и влияющих на общий результат работы какого-либо подразделения. Основными факторами, влияющими на качество социальных услуг и подлежащими процедуре внутреннего контроля, являются:

- наличие и состояние документов, в соответствии с которыми функционирует учреждение;
- условия размещения учреждения (соответствие жилых помещений санитарно-гигиеническим нормам, требованиям безопасности, обеспечение комфортности и удобства проживания клиентов);
- укомплектованность учреждения специалистами и их квалификация (наличие штатного расписания, должностных инструкций, плана повышения квалификации и т.д.);
- специальное и табельное техническое оснащение учреждения (оборудование, приборы, аппаратура и т.д.);
- состояние информации об учреждении, правила и порядок предоставления услуг (предоставление информации об учреждении, цели и задачи учреждения, перечень, порядок и стоимость предоставляемых социальных услуг, возможность оценки качества услуг населением).

Все результаты контроля оформляются в форме отчета, в котором отражают данные анализа соответствия показателей и результатов деятельности учреждения установленным требованиям. Результаты проведения контроля качества являются основанием для разработки и реализации мероприятий по совершенствованию, разработке новых методов оказания качественной помощи гражданам пожилого возраста.

В соответствии с Приказом министерства социального развития Саратовской области от 01.11.2008г. № 682 «Об организации системы управления качеством оказания медицинской помощи в подведомственных учреждениях социального обслуживания населения» в домах-интернатах организована деятельность по внутриведомственному контролю и экспертизе качества медицинской помощи. Основная цель контроля качества медицинской помощи в стационарном учреждении социального обслуживания заключается в оценке качества и безопасности оказания медицинской помощи медицинским персоналом.

Система контроля и экспертизы качества медицинской помощи в домах-интернатах состоит из трех уровней. На первом уровне лечащим врачом или фельдшером осуществляет самоконтроль своей деятельности. На втором уровне контролируемые мероприятия проводит заместитель директора по медицинской части на основе анализа первичной документации (историй болезни), личного осмотра пациентов. При возникновении дефекта оказания медицинской помощи заместитель директора по медицинской части проводит экспертная оценка случая. С целью своевременной коррекции процесса оказания медицинской помощи объем контрольной оценки составляет не менее 50 экспертиз в квартал. На третьем уровне, где субъектом контроля является врачебная комиссия учреждения, на основании анализа результатов контроля предыдущих уровней определяются направления по улучшению качества медицинской помощи.

В существующей системе внутреннего контроля качества в период 2007-2012 гг. как в учреждениях здравоохранения, так и учреждениях социального развития отсутствует элемент оценки качества сестринской помощи. В процессе контролируемых мероприятий не определяется объем и личный вклад медицинской сестры в результат лечения пациента, не разработаны и не включены в систему критерии оценки работы сестринского персонала. В процессе текущего контроля и экспертизы качества медицинской помощи оценивается только работа врачебного персонала. Данные обстоятельства не позволяют объективно судить о причастности и степени вины сестринского персонала в случае выявления дефекта при оказании медицинской помощи.

Таким образом, необходимо разработать и внедрить в существующие системы внутреннего контроля качества предоставляемых услуг, систему контроля качества сестринской помощи с учетом особенностей деятельности сестринского персонала, подразделения и учреждения в целом.

Глава 4. АНАЛИЗ МНЕНИЯ УЧАСТНИКОВ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ О ПРОБЛЕМАХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОМ ОБСЛУЖИВАНИИ ПОЖИЛЫХ

4.1. Удовлетворенность пациентов качеством сестринской помощи в учреждениях медико-социального обслуживания.

Изученная в процессе исследования совокупность респондентов в основном представлена пациентами в возрасте 65-74 года (32,9%) и 75-89 лет (46,2%). Более половины опрошенных (51,4%) имеют среднее образование, что характерно для данной возрастной категории населения. Большинство опрошенных имеют детей, проживающих отдельно (70,1%), что возможно объясняет недостаток ухода со стороны родственников и возникновение психологических проблем, связанных с чувством одиночества. 21,9% респондентов имеют дальних родственников и только 8,0% родственников не имеют.

По данным учета состояния здоровья пациентов и анализа медицинской документации учреждений, было установлено, что у пациентов пожилого и старческого возраста кроме основного заболевания имеется ряд сопутствующих, большинство из которых протекает в хронической форме. Таким образом, у каждого пациента зарегистрировано наличие 7-8 заболеваний, среди которых преобладают заболевания терапевтического, психиатрического и хирургического профиля.

Инвалидность имеют 54,0% респондентов (рис. 2). Среди тех, кому присвоена группа инвалидности, преобладают лица с первой группой – 29,1% (вторая группа установлена 20,9%, третья группа – 4,0%).

По данным самооценки более половины респондентов (53,0%) испытывают постоянную потребность в медицинской помощи, при этом среди опрошенных 34,9% являются пациентами, находящимися постоянно на постельном режиме («лежачие больные»). Необходимо отметить, что 47,0% опрошенных в посторонней помощи не нуждаются, так как имеют возможность

самостоятельно себя обслуживать. Однако, 5,8% опрошенных нуждаются в услугах по доставке продуктов и лекарственных средств.

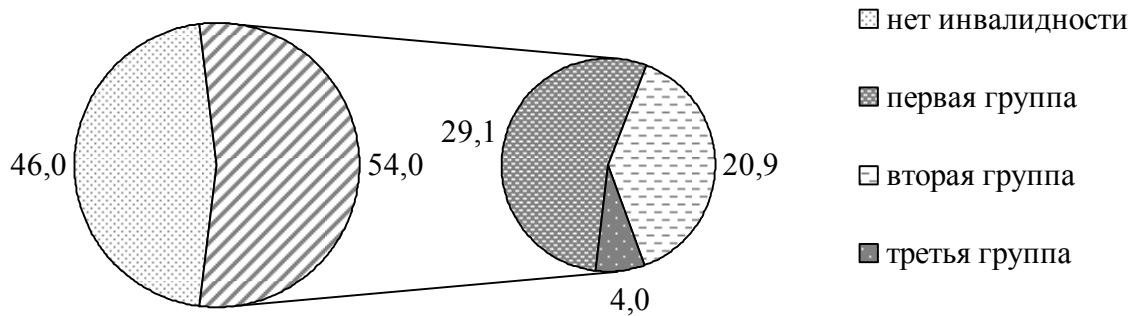


Рис. 2. Структура респондентов по наличию инвалидности, %

Таким образом, представленная категория граждан является наиболее активными потребителями услуг изучаемых стационарных учреждений, оказывающих медико-социальную помощь данной группе населения.

76,1% респондентов оказались в учреждении по личному желанию, среди которых 2,0% обратились в учреждения в связи с отсутствием условий для самостоятельного проживания (рис. 3).

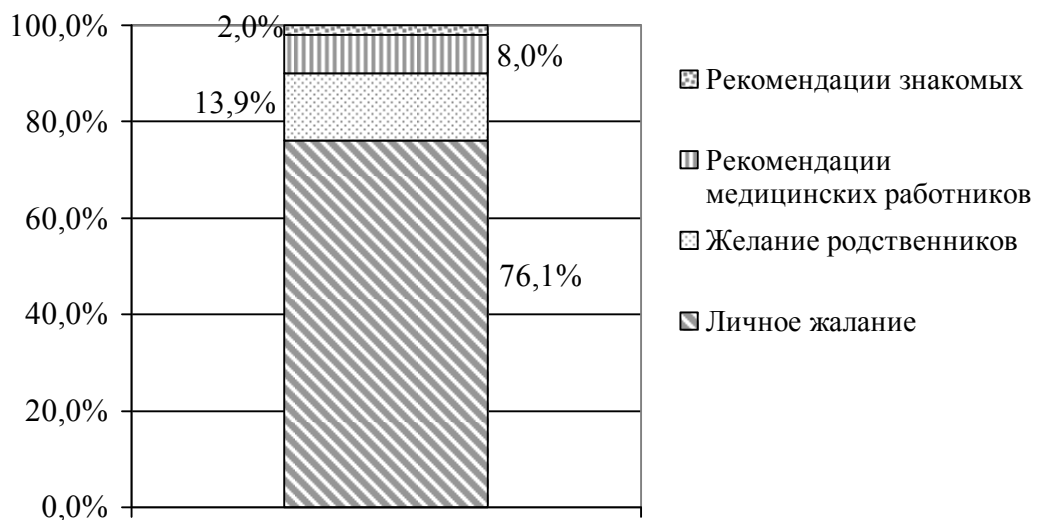


Рис. 3. Причины обращения респондентов в учреждение, %

13,9% респондентов оказались в учреждении по желанию родственников, следовали рекомендациям медицинских работников 8,0% респондентов и 2,0% – рекомендациям знакомых.

При помещении в дома-интернаты в первую очередь решаются проблемы удовлетворения потребностей пациентов в бытовом и психологическом комфорте, в том числе за счет медико-социального обслуживания. Цель поступления пациентов в отделение сестринского ухода заключается в поддержании состояния здоровья. По мнению респондентов во время пребывания в учреждении наиболее важным фактором, определяющими самочувствие и состояние здоровья респондентов, является работа медицинских сестёр (I ранговое место), что объясняется круглосуточным взаимодействием пациентов со средним медицинским персоналом (табл. 18).

Таблица 18

Факторы, определяющие самочувствие и состояние здоровья респондентов

Факторы	Суммарный ранг	Средний ранг	Итоговое ранговое место
работа медицинских сестер	1092	2,2±0,049	1
выполнение врачебных назначений	1199	2,4±0,063	2
условия пребывания в учреждении (питание, чистота и т.д.)	1379	2,8±0,051	3
возможности общения с более широким кругом людей	1579	3,2±0,060	4
мероприятия по организации досуга	2078	4,2±0,041	5

Следующими по важности факторами выделены: выполнение врачебных назначений (II ранговое место), а именно проведение минимального объема процедур и манипуляций, поддерживающих состояние здоровья пациента, а затем – условия пребывания в учреждении (III ранговое место). Несмотря на распространенность медико-психологических проблем, проблем одиночества у граждан пожилого возраста такие факторы, как возможность общения с более широким кругом людей и мероприятия по организации досуга занимают IV и V ранговые места соответственно и, таким образом, не

осознаются как имеющие важность для респондентов. Полученные данные подтверждают первоочередную потребность данной категории граждан в медицинской помощи и постороннем (сестринском) уходе.

При обсуждении качества сестринской помощи респондентам было предложено оценить влияние отдельных элементов работы медицинской сестры по пятибалльной шкале. По мнению респондентов, максимальное влияние на качество сестринской помощи оказывают соблюдение технологий сестринского ухода за пациентом ($4,4 \pm 0,025$ балла) и выполнение сестринских манипуляций ($4,4 \pm 0,027$ балла). Менее значимо влияние таких элементов работы, как соблюдение лечебно-охранительного режима ($2,6 \pm 0,035$ балла), раздача лекарственных препаратов ($2,3 \pm 0,031$ балла). Влияние ведения медицинской документации на качество сестринской помощи крайне незначительно и, по мнению респондентов, составляет $1,2 \pm 0,018$ балла.

Кроме выполнения основных видов деятельности средний медицинский персонал оказывает психологическую поддержку пациентам. 66,1% респондентов указывают, что медицинские сестры регулярно общаются с ними и стремятся помочь в решении различного рода психологических проблем. Однако 33,9% опрошенных отмечают, что медицинские сестры редко общаются с пациентами, что свидетельствует о наличии значительной доли пациентов, нуждающихся в более тесном общении с персоналом. Возможно, это связано с недостатками в технологии деятельности среднего медицинского персонала, в которой не предусматривается выделение конкретного времени на проведение бесед. Данное обстоятельство может привести к нарушению процесса взаимодействия персонала с пациентами и, как следствие, к ошибкам в ведении сестринского процесса, который изначально направлен на выявление приоритетных проблем пациентов с учетом предоставляемой им информации.

Учитывая особенности изучаемой категории пациентов, не последнюю роль в их взаимоотношении со средним медицинским персоналом играют

личностные характеристики медицинских сестер. По мнению респондентов, медицинская сестра, работающая в учреждениях и отделениях медико-социального профиля, в первую очередь должна обладать такими личностными качествами, как вежливость, тактичность (I ранговое место), внимательность (II ранговое место), профессионализм (III ранговое место). При оценке достоверности разности средних рангов различия существенны (разница средних рангов достоверна, оценена с помощью критерия Стьюдента – $t=4,2$ при оценке достоверности различия I и II ранговых мест, $t=4,1$ при оценке достоверности различия II и III ранговых мест). Такие личностные качества сестринского персонала, как общительность и исполнительность (IV и V ранговые места соответственно), по мнению респондентов, являются менее важными (табл. 19).

Таблица 19

Мнение пациентов о важности качеств медицинских сестер, которыми они должны обладать (метод ранжирования)

Личные качества	Суммарный ранг	Средний ранг	Итоговое ранговое место
вежливость, тактичность	1067	2,1±0,054	1
внимательность	1221	2,4±0,047	2
профессионализм	1361	2,7±0,055	3
общительность	1829	3,7±0,058	4
исполнительность	2098	4,2±0,050	5

Большинство опрошенных (64,0%) считает, что медицинская сестра должна совершенствовать свои профессиональные знания, умения, навыки. По мнению респондентов, основными знаниями, необходимыми медицинской сестре в учреждении медико-социального профиля, являются «знания особенностей ухода за пожилыми пациентами» (56,0%), а также «медицинские знания» (причины возникновения, симптомы заболевания и т.д. – 21,9%) и «знания психологии общения с пациентом» (17,9%). Необходимость знаний «техники выполнения манипуляций и процедур» (практических знаний) отметили только 4,2% респондентов. Ни один пациент не считает необходимым

совершенствовать медицинской сестре «знания нормативных документов», что, возможно, связано с недооценкой значимости нормативной документации в работе среднего медицинского персонала.

Большинство респондентов (85,9%) заявили, что полностью удовлетворены качеством сестринского обслуживания в учреждении в целом, что свидетельствует об адекватном решении приоритетных проблем пациентов. Остальные респонденты (14,1%) частично удовлетворены качеством сестринской помощи. Однако удовлетворенность пациентов качеством сестринского обслуживания в большей степени носит субъективный характер. Пациенты пожилого возраста оценивают всю совокупность медико-социальных мероприятий, проводимых в учреждении, создающих ощущение физического и психологического комфорта. При этом объективно судить о степени удовлетворенности пациентов сестринским обслуживанием, без индивидуального подхода к оценке работы медицинской сестры, затруднительно.

Для улучшения качества сестринского обслуживания респонденты отметили необходимость повышения материальной мотивации медицинских работников (29,9%). 22,4% респондентов считают, что необходимо увеличить количество медицинских сестер, а 21,1% опрошенных связывают повышение качества сестринской помощи с дополнительным обеспечением учреждения современным оборудованием. Возможность повышения качества сестринского обслуживания 19,9% опрошенных связывают с увеличением времени общения медицинского персонала с пациентами. Остальные респонденты (6,7%) затруднились с ответом (рис. 4).

За время пребывания в учреждении состояние здоровья респондентов по данным самооценки в основном либо немного улучшается, но некоторые проблемы остаются (34,1%), либо значительно улучшается, что позволяет вести активный образ жизни (27,9%). У остальных пациентов состояние остается без изменений (26,0%) или ухудшается (12,0%), что связано возрас-

тными особенностями, наличием инвалидности, ограничением возможности самоухода.

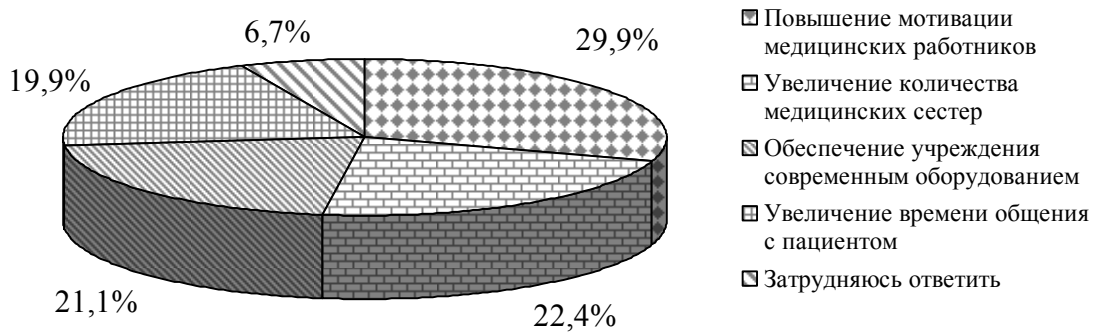


Рис. 4. Условия дальнейшего улучшения качества сестринской помощи.

Респондентам также было предложено оценить различные аспекты деятельности среднего медицинского персонала в учреждении. Большинство респондентов высоко оценили деятельность медицинских сестер по всем основным показателям: внешний вид медсестры (средняя оценка – $4,6 \pm 0,026$ балла), качество сестринского ухода за пациентом (средняя оценка – $4,5 \pm 0,034$ балла), качество выполнения медицинской сестрой манипуляций, процедур (средняя оценка – $4,1 \pm 0,076$ балла), отношение медицинской сестры к пациенту (средняя оценка – $4,5 \pm 0,027$ балла). Только такой показатель, как объем предоставляемой медицинской сестрой информации, респонденты оценили несколько ниже (средняя оценка – $3,6 \pm 0,081$ балла), что, возможно, связано с высокой загруженностью рабочего времени медицинской сестры или недостатком сестринских кадров, а также характерными особенностями лиц пожилого возраста.

В целом выявлена высокая степень удовлетворенности пациентов качеством сестринского обслуживания. Особое значение для пациентов имеет не только уровень профессиональной подготовки и организация работы сестринского персонала, но и внимание, доброжелательное отношение медицинской сестры. Выявленные особенности реализации сестринского процесса в

учреждениях медико-социального профиля позволят избежать многих проблем в обслуживании пожилых пациентов, например таких, которые связаны с недостатком общения и объема предоставляемой информации медицинской сестрой пациентам.

Таким образом, непрерывное изучение мнения основных потребителей сестринских услуг дает возможность определить основные направления, реализация которых будет способствовать улучшению качества сестринского обслуживания и повышению эффективности деятельности учреждений в целом.

4.2. Мнение медицинских работников о проблемах обеспечения качества сестринской помощи при медико-социальном обслуживании пожилых.

Мнения среднего медицинского персонала о роли медицинской сестры в процессе оказания медико-социальной помощи пожилым в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, разделились. По мнению 50,0% респондентов, персоналу среднего звена принадлежит главная роль, а 44,8% оценили такую роль как вспомогательную, остальные 5,2% считают, что медицинская сестра не играет существенной роли в обеспечении качественной помощи обслуживаемых пациентов.

Оценивая важность методом ранжирования, в качестве основных направлений деятельности сестринского персонала медицинские сестры выделяют «осуществление мероприятий по уходу» (I ранговое место), «общение с пациентами» (II ранговое место) и «выполнение врачебных назначений» (III ранговое место), что свидетельствует о наличии особенностей практической деятельности среднего медицинского персонала учреждений (табл. 20).

По мнению 60,3% респондентов негативное влияние на качество оказания медико-социальной помощи, в т.ч. на качество деятельности сестринского персонала оказывает выполнение сверхнормативного объема работы. При этом 23,7% медицинских сестер считают, что превышение объемов выпол-

няемой работы не оказывает влияния на качество сестринской помощи, а 16,0% считают, что выполнение работы сверх нормативов способствует повышению качества помощи оказываемой медицинской сестрой.

Таблица 20

Мнение среднего медицинского персонала о важности видов деятельности медицинской сестры (метод ранжирования)

Виды деятельности	Суммарный ранг	Средний ранг	Итоговое ранговое место
осуществление мероприятий по уходу за пациентом	375	1,6±0,060	1
общение с пациентами	439	1,9±0,060	2
выполнение врачебных назначений	674	2,9±0,089	3
ведение медицинской документации	709	3,0±0,100	4
соблюдение лечебно-охранительного и санитарно-эпидемиологического режимов	762	3,2±0,094	5

Работа медицинской сестры в учреждении является чрезвычайно напряженной и требует от нее немало усилий и времени в удовлетворении потребностей пациентов. Тем не менее, большинство опрошенных (57,7%) отмечают соответствие объема выполняемой работы норме нагрузки, однако, 38,9% считают, что выполняемая им нагрузка на рабочем месте превышает установленные нормы и только 3,4% ответили, что загружены работой ниже нормы нагрузки.

В соответствии с основными направлениями реформирования сестринского дела реализация сестринского процесса предполагает разработку и ведение соответствующей сестринской документации. 60,4% респондентов отметили, что в учреждениях отсутствует сестринская документация. В основном это мнение высказали медицинские сестры домов-интернатов для престарелых и инвалидов, что подтверждает результаты изучения особенностей деятельности домов-интернатов, при котором не было установлено наличие сестринской документации. Довольно большое количество опрошенных

(39,6%) отмечает, что в своей практической деятельности медицинская сестра ведет сестринскую документацию.

В отличие от стационарных учреждений социального обслуживания, в отделениях сестринского ухода нашла свое применение сестринская документация в виде сестринской истории болезни и листов наблюдения за пациентом, на что указали 18,1% опрошенных медицинских сестер данных учреждений.

Качество ведения и заполнения медицинской документации средним медицинским персоналом дает необходимую информацию позволяющую судить о качестве сестринской помощи, с этим согласны 85,3% участника опроса. Однако, в целях повышения качества сестринской помощи только 54,3% медицинских сестер считает, что в учреждениях необходимо внедрять сестринскую документацию, например в виде листов наблюдения за пациентами (38,4%) и сестринской истории болезни (15,9%). Остальные 45,7% не видят необходимости во внедрении такой документации, комментируя возможность данного нововведения как «дополнительную трату времени».

По вопросу влияния дополнительного образования и обучения на качество сестринской помощи установлено, что 93,1% медицинских сестер отмечают положительное влияние. На момент опроса в дополнительных знаниях нуждались 71,1% респондентов. В основном выявлена потребность медицинских сестер в знаниях психологии и медицинских знаниях в рамках специального медицинского образования (27,1% и 26,8% соответственно). Потребность в дополнительных правовых знаниях для возможности грамотно комментировать нормативные документы при предоставлении информации пациентам указали только 13,3% опрошенных. В приобретении дополнительных знаний основ экономики и управления нуждаются 3,9%, в основном это старшие медицинские сестры, являющиеся руководителями сестринского персонала на уровне отделения.

Медицинским сестрам было предложено оценить по 5-тибалльной шкале важность профессиональных знаний, которые необходимо совершенствовать медицинской сестре, работающей в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым (табл. 21).

По мнению опрошенных, в первую очередь медицинским сестрам необходимо совершенствовать свои знания в области особенностей ухода за пожилыми пациентами ($4,3 \pm 0,071$ балла), что объясняется преобладанием среди пациентов доли граждан пожилого возраста (84,7-88,8%). Также, в современных условиях развития инноваций в сфере оказания медицинской помощи населению, медицинские сестры должны постоянно улучшать практические знания ($3,8 \pm 0,083$ балла), а наличие у пациентов психологических проблем, создает необходимость в улучшении знаний психологии общения с пожилыми пациентами ($3,7 \pm 0,090$ балла).

Таблица 21

Оценка важности профессиональных знаний, которые необходимо совершенствовать медицинской сестре

Знания	Средний балл
особенности ухода за пожилыми пациентами	$4,3 \pm 0,071$
практические (техники выполнения манипуляций, процедур)	$3,8 \pm 0,083$
психология общения с пациентами	$3,7 \pm 0,090$
медицинские (причины возникновения, симптомы заболеваний и т.д.)	$3,4 \pm 0,098$
вопросы организации и контроля качества медицинской помощи	$3,3 \pm 0,098$
нормативно-правовые документы	$2,4 \pm 0,087$

Необходимость совершенствования медицинских знаний и знаний вопросов организации и контроля качества оказываемой медицинскими сестрами помощи менее значима ($3,4 \pm 0,098$ балла и $3,3 \pm 0,098$ балла соответственно). Средний медицинский персонал, отмечает, что меньше всего медицинские сестры нуждаются в совершенствовании знаний нормативно-правовых документов ($2,4 \pm 0,087$ балла).

Современная концепция развития системы управления качеством сестринской помощи, неразрывно связана с разработкой и утверждением стандартов практической деятельности медицинской сестры. Стандарты содержат необходимую информацию для работы медицинской сестры и ее контроля – алгоритмы проведения манипуляций, оказания помощи пациенту при возникновении тех или иных проблем. Большинство респондентов (47,4%) считают, что стандарты сестринской помощи внедрены в деятельность учреждений, из них 43,9% постоянно руководствуются ими при осуществлении своей деятельности. Однако, при исследовании особенностей функционирования учреждения и работы сестринского персонала наличие стандартов сестринской деятельности не установлено. Возможно, данная группа респондентов не имеет четкого представления о понятии и содержании сестринского стандарта и отождествляет его с содержанием алгоритма сестринских манипуляций. 34,9% респондентов отмечают отсутствие стандартов практической деятельности медицинской сестры, 17,7% опрошенных указывают на планирование мероприятий по внедрению стандартов.

Соблюдение стандартов деятельности медицинской сестрой, безусловно, оказывает влияние на качество оказываемой помощи, так считает 80,5% опрошенных. С необходимостью внедрения сестринских стандартов в деятельность учреждений согласны 57,8%. По мнению медицинских сестер в учреждениях необходимо внедрить организационные стандарты (30,6%), технологические стандарты практической деятельности при различных проблемах пациента (31,0%).

93,1% респондентов утверждают о необходимости осуществления контроля качества сестринской помощи. При этом выявлены разнообразные мнения о субъектах, которые должны участвовать в проведении контроля качества сестринской помощи в учреждении. Среди опрошенных 28,8% респондентов считают, что медицинская сестра должна осуществлять самоконтроль. Непосредственное участие в контроле качества сестринской помощи в

учреждении, по мнению 50,8% медицинских сестер, должна принимать старшая медицинская сестра и 32,3% – заведующий отделением. Причем большинство медицинских сестер отделений сестринского ухода отмечают практику назначения на должность заведующего таким отделением специалиста со средним или высшим сестринским образованием. Необходимость участия главной медицинской сестры в контролирующих мероприятиях отмечают 28,8% респондентов. Наиболее редко (12,5% респондентов) в качестве основного участника контроля качества сестринской помощи указан заместитель главного врача по лечебной работе.

Основными формами контроля качества сестринской помощи, которые, по мнению медицинских сестер, применяются в учреждении, являются обход (70,2%), а также просмотр медицинской документации (63,4%) и наблюдение за процессом оказания сестринской помощи (41,4%). Реже отмечено использование таких форм контроля как опрос медицинских сестер и анкетирование пациентов (30,6% и 23,7% респондентов, соответственно).

Такие контролирующие мероприятия как просмотр документации заполняемой медицинской сестрой и наблюдение за выполнением средним медицинским персоналом своих обязанностей необходимо проводить по мнению 37,9% опрошенных ежемесячно, 34,9% – еженедельно, 25,4% – каждый день (рис. 5).

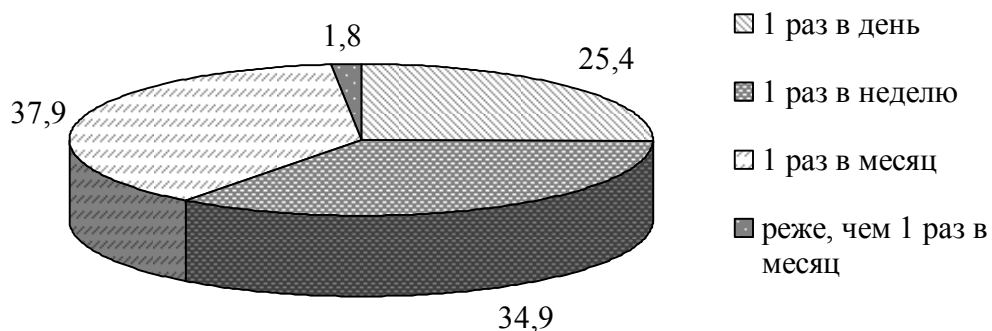


Рис. 5. Структура мнения медицинских сестер о частоте контролирующих мероприятий, %

Основным элементом работы, определяющим качество сестринской помощи, по мнению респондентов, с максимальным отрывом на I ранговом месте оказался «своевременное выполнение врачебных назначений». Данный элемент является традиционным, закрепленным в должностной инструкции медицинской сестры (табл. 22).

Таблица 22

Мнение медицинских сестер о влиянии элементов работы медицинской сестры на качество медико-социальной помощи

Элементы	Средний балл	Ранговое место
своевременное выполнение врачебных назначений	1,2±0,049	I
соблюдение современных технологий сестринского ухода и наблюдения за пациентом	1,7±0,072	II
уровень профессиональной подготовки персонала	1,8±0,074	III
соблюдение сестринских стандартов деятельности	1,9±0,072	IV
соблюдение лечебно-охранительного режима	2,0±0,067	V
обеспечение инфекционной безопасности пациентов	2,1±0,081	VI
соблюдение правил раздачи и хранения лекарственных средств	2,2±0,090	VII
ведение учетно-отчетной документации	2,3±0,079	VIII
удовлетворенность пациентов качеством сестринского ухода	2,3±0,080	VIII
осуществление психологической поддержки пациентам	2,3±0,076	VIII
соблюдение принципов этики и деонтологии	2,3±0,083	VIII
внешний вид медсестры	2,4±0,081	IX
соблюдение порядка на рабочем месте	2,4±0,096	IX
участие в организации питания пациентов	2,5±0,076	X

Практически одинаковую оценку в баллах получили такие виды деятельности как «соблюдение современных технологий сестринского ухода» и «наблюдения за пациентом» (II ранговое место), «уровень профессиональной подготовки персонала» (III ранговое место), «соблюдение стандартов сестринской деятельности» (IV ранговое место). Следующими по важности элементами работы, влияющие на качество, медицинские сестры считают, «соблюдение лечебно-охранительного режима» (V ранговое место), «обеспе-

ние инфекционной безопасности пациентов» (VI ранговое место), «соблюдение правил раздачи и хранения лекарственных средств» (VII ранговое место).

Менее значимыми элементами работы медицинской сестры (VIII ранговое место), оказывающими влияние на качество сестринской помощи, являются «осуществление психологической поддержки пациентам», «удовлетворенность пациентов качеством сестринского ухода», «соблюдение принципов этики и деонтологии», а также «ведение учетно-отчетной документации».

По мнению медицинских сестер, наименьшее влияние на качество сестринской помощи, оказывают «внешний вид медсестры» и «соблюдение порядка на рабочем месте» (IX ранговое место). Кроме того, такой элемент работы как «участие в организации питания пациентов», не играет роли в обеспечении качественной сестринской помощи (X ранговое место). Возможно, это связано с распределением должностных обязанностей в учреждениях.

Медицинскими сестрами были оценены основные показатели, совершенствование которых позволит улучшить качество сестринской помощи (табл. 23).

Таблица 23

Оценка показателей, которые могут позволить улучшить качество сестринской помощи

Показатели	Средний балл
увеличение количества медицинских сестер (снижение нагрузки на должность)	3,2±0,099
повышение мотивации медицинских работников (заработная плата, премии, льготы, поощрения)	3,9±0,104
внедрение сестринской документации	3,0±0,071
внедрение сестринских стандартов деятельности	3,3±0,071
обеспечение учреждения современным оборудованием	3,8±0,087
повышение профессионального уровня медицинских сестер	3,7±0,095

Максимальную оценку по 5-тибалльной шкале получили такие факторы улучшения качества сестринского обслуживания как повышение материальной мотивации медицинских работников (3,9±0,104 балла), обеспечение

учреждения современным медицинским оборудованием ($3,8 \pm 0,087$ балла) и повышение профессионального уровня медицинских сестер ($3,7 \pm 0,095$ балла).

Таким образом, по большинству проблем качества сестринской помощи выявлено единообразие мнения медицинских сестер, однако по вопросам технологий управления и контроля качества сестринской помощи (частота проводимых контролирующих мероприятий, субъекты контроля, их информационное взаимодействие) единого мнения не выработано.

При опросе врачебного персонала абсолютное большинство (95,8% респондентов) отметили, что средний медицинский персонал играет главную роль в медико-социальном обслуживании пациентов учреждений. Установлено противоречие мнений двух групп респондентов. С мнением врачей согласна только половина опрошенного среднего медицинского персонала (разница относительных показателей достоверна, оценена с помощью критерия Стьюдента, ошибки показателей $m_1 = \pm 3,846$ и $m_2 = \pm 3,283$ соответственно, $t = 9,05$ и с использованием критерия $Z = 4,29$, что больше табличного значения для уровня значимости $\alpha = 0,005$).

При определении основных видов деятельности медицинской сестры мнение врачей в распределении первых трех ранговых мест абсолютно совпало с мнением среднего медицинского персонала. Следовательно, данные виды деятельности («осуществление мероприятий по уходу», «общение с пациентом», «выполнение врачебных назначений») можно считать наиболее важными (табл. 24).

При ранжировании остальных видов деятельности медицинской сестры, мнения групп респондентов имеют некоторые различия. Врачи таким видам деятельности как «ведение медицинской документации» и «соблюдение лечебно-охранительного и санитарно-эпидемиологического режимов» присвоили четвертое и пятое ранговые места соответственно. Средний медицинский персонал расположил данные виды деятельности на тех же позициях,

однако, в обратном порядке. Очевидно, медицинские сестры считают менее важным ведение медицинской документации как одного из источников информации о правильности выполнения назначений пациента, этапов сестринского процесса и всего процесса медико-социальной помощи.

Таблица 24

Сравнительная характеристика мнения врачей и медицинских сестер о важности отдельных видов деятельности медицинской сестры

Вид деятельности	Ранговые места, выставленные респондентами			
	Средний медицинский персонал		Врачи	
	Средний ранг	Итоговое ранговое место	Средний ранг	Итоговое ранговое место
осуществление мероприятий по уходу за пациентом	1,6±0,060	I	1,4±0,153	I
общение с пациентами	1,9±0,060	II	1,9±0,135	II
выполнение врачебных назначений	2,9±0,089	III	3,1±0,222	III
соблюдение лечебно-охранительного и санитарно-эпидемиологического режимов	3,0±0,100	IV	3,6±0,227	V
ведение медицинской документации	3,2±0,094	V	3,4±0,294	IV

Мнение врачей об отсутствии в учреждении сестринской документации практически совпадает с мнением среднего медицинского персонала (66,7% и 60,4% соответственно). Достоверное различие установлено во мнении о том, что заполняемая медицинскими сестрами документация, дает информацию, позволяющую судить о качестве сестринской помощи, так считают 41,7% врачей и 85,3% медицинских сестер (доля медицинских сестер достоверно превышает долю врачей, имеющих аналогичное мнение). Разница относительных показателей достоверна, оценена с помощью критерия Стьюдента, ошибки показателей $m_1=\pm 0,101$ и $m_2=\pm 0,023$ соответственно, $t=5,6$. Разница во мнение врачей (77,7%) и средних медицинских работников (54,3%) о необходимости внедрения в учреждение сестринской документа-

ции, также достоверна (ошибки показателей $m_1 = \pm 0,065$ и $m_2 = \pm 0,033$ соответственно, $t = 2,2$).

Мнение врачей совпало с мнением сестринского персонала о необходимости совершенствовать практические знания медицинской сестре стационара медико-социального профиля (табл. 25). Далее мнения респондентов существенно отличаются. Врачи обозначают большую важность улучшения знаний нормативно-правовых документов ($3,8 \pm 0,300$ балла), регламентирующие всю деятельность любого специалиста. Средний медицинский персонал отмечает особую важность совершенствования знаний особенностей ухода за пожилыми пациентами ($4,3 \pm 0,071$ балла), при этом врачи напротив, совершенствование данных знаний считает наименее важным ($2,7 \pm 0,331$ балла). Наиболее достоверными, не случайными, были установлены различия во мнении медицинских сестер и врачей о важности таких профессиональных знаний как «особенностей ухода за пожилыми пациентами» ($t = 6,5$), а также «нормативно-правовых документов» ($t = 4,9$).

Таблица 25

Оценка важности респондентами профессиональных знаний

Знания	Средние оценки, выставленные респондентами	
	Медицинские сестры	Врачи
особенностей ухода за пожилыми пациентами	$4,3 \pm 0,071$	$2,7 \pm 0,331$
практические (техники выполнения манипуляций, процедур)	$3,8 \pm 0,083$	$3,7 \pm 0,279$
психологии общения с пациентами	$3,7 \pm 0,090$	$3,2 \pm 0,318$
медицинские (причины возникновения, симптомы заболеваний и т.д.)	$3,4 \pm 0,098$	$3,4 \pm 0,203$
вопросы организации и контроля за качеством медицинской помощи	$3,3 \pm 0,098$	$3,3 \pm 0,273$
нормативно-правовых документов	$2,4 \pm 0,087$	$3,8 \pm 0,300$

Врачебный персонал, также как и сестринский персонал, не отмечает важности совершенствования знаний вопросов организации и контроля качества медицинской помощи (V и IV ранговое место соответственно). Очевид-

но, что отсутствие потребности в знаниях об организации и проведении процедуры контроля качества медицинской, в том числе и сестринской помощи связано с отсутствием системы управления качеством сестринской помощи в учреждении.

66,7% врачей свидетельствует о наличие стандартов сестринской деятельности в учреждениях, при этом 47,4% медицинских сестер также это подтверждает. Однако полученные данные не соответствуют действительности, так как в процессе изучения основных направлений практической деятельности медицинской сестры и учреждения в целом установлено отсутствие стандартов сестринской деятельности.

Несмотря на совпадение мнения врачей с мнением сестринского персонала о том, что соблюдение медицинской сестрой стандартов сестринской деятельности оказывает влияние на качество медицинской помощи (62,5% и 80,5% соответственно), отмечается различие во мнении о необходимости внедрения стандартов сестринской деятельности. Большинство медицинских сестер (57,8%) считает, что в деятельность среднего медицинского персонала необходимо внедрить стандарты, при этом большая доля врачебного персонала (58,3%) с данным утверждением не согласны.

Выявлено единообразие мнения врачей и медицинских сестер о необходимости осуществления контроля качества сестринской помощи в учреждении (87,5% и 93,1% соответственно). По мнению врачей (41,7%) и среднего медицинского персонала (50,8%) в контроле качества сестринской помощи в учреждении должна участвовать старшая медицинская сестра, так как она обладает полной информацией о содержании работы медицинской сестры в условиях отделения (рис. 6).

Также данную функцию, по мнению 32,3% средних медицинских работников, может выполнять заведующий отделением, 28,8% - главная медицинская сестра.

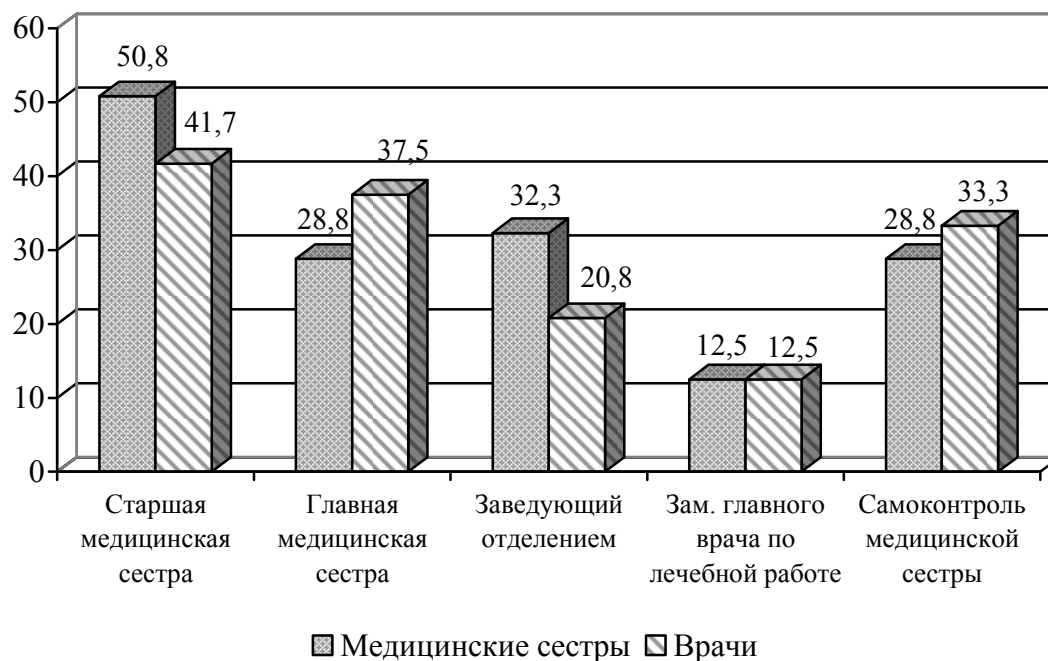


Рис. 6. Мнение респондентов об участниках контроля качества сестринской помощи в учреждении, % *

*- сумма ответов не составляет 100%, т.к. на данный вопрос можно было выбирать несколько вариантов ответов

Отмечается единообразие мнения врачебного персонала и медицинских сестер о применении в учреждении таких форм контроля качества сестринской помощи как обход (50,0% и 70,2% соответственно) и просмотр медицинской документации (62,5% и 63,4% соответственно) (рис. 7).

По результатам анализа мнения обеих групп респондентов отмечается недостаточное использование анкетирования пациентов как формы контроля качества сестринской помощи (наличие данной формы подтверждают 23,7% средних медицинских работников и 20,8% врачей), несмотря на то, что пациенты являются непосредственными потребителями сестринских услуг.

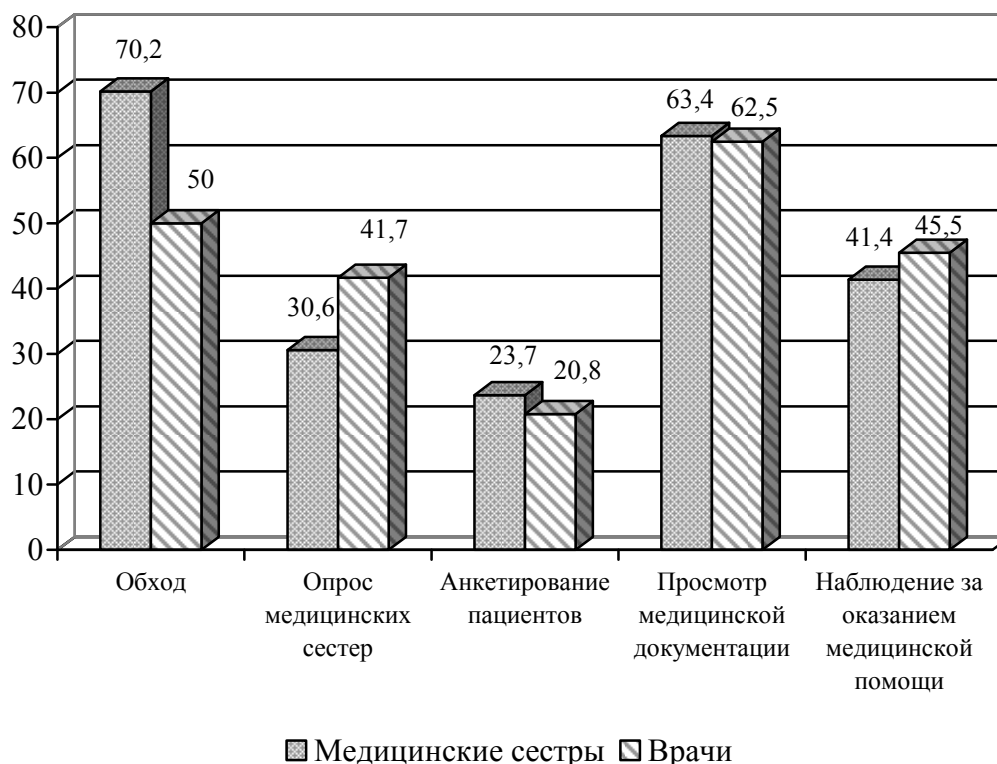


Рис. 7. Мнение респондентов о формах контроля качества сестринской помощи применяемых в учреждении, % *

*- сумма ответов не составляет 100%, т.к. на данный вопрос можно было выбирать несколько вариантов ответов

При сравнительном анализе мнения врачей и медицинских сестер совпали в том, что больше всего на качество сестринской помощи влияет «своевременное выполнение врачебных назначений» (I ранговое место), несмотря на то, что данный вид работы занимает меньший по времени объем деятельности медицинской сестры. Данное мнение отражает традиционный управленческий подход по контролю выполнения обязанностей, закрепленных в должностных инструкциях сестринского персонала (табл. 26). В отношении влияния других элементов работы мнения респондентов существенно отличаются.

Медицинские сестры акцентируют внимание на важности таких элементов работы как «соблюдение современных технологий сестринского ухода и наблюдения за пациентом» (II ранговое место, врачи ответили данному элементу IX ранговое место, различие средних баллов, оцененное с помощью критерия Стьюдента, достоверно, $t=2,2$) и «соблюдение стандартов сестрин-

ской деятельности» (IV ранговое место, по мнению врачей, данный элемент занимает X ранговое место, различие достоверно, $t=2,1$), считая менее важным «соблюдение принципов этики и деонтологии» (VIII ранговое место, при этом врачи отмечают важность «соблюдения принципов этики и деонтологии» (III ранговое место), различие достоверно, $t=3,8$).

Врачебный персонал считает, что «уровень профессиональной подготовки» является одним из важных элементов, влияющих на качество медико-социальной помощи пожилым (II ранговое место, медицинские сестры присвоили данному элементу III ранговое место, различие средних баллов, оцененное с помощью критерия Стьюдента, достоверно, $t=2,1$).

Медицинские сестры менее важными отмечают такие элементы как «соблюдение лечебно-охранительного режима» и «обеспечение инфекционной безопасности пациентов» (V и VI ранговые места соответственно, врачи присвоили данным элементам VII и X ранговые места, $t=2,7$ и $t=3,1$ соответственно).

По мнению медицинских сестер «удовлетворенность пациентов качеством сестринского ухода» и «осуществление психологической поддержки пациентам» не являются первоочередными элементами, влияющими на качество медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста (VIII ранговое место, врачи данные элементы определили на IV и VII ранговые места соответственно, различие средних баллов, оцененное с помощью критерия Стьюдента, достоверно, $t=3,0$ и $t=2,0$ соответственно).

Таблица 26

Мнения респондентов о влиянии элементов работы сестринского персонала
на качество медико-социальной помощи пожилым

Элементы работы медицинской сестры	Средний балл		Ранговое место		Критерий Стьюдента
	Медицинские сестры	Врачи	Медицинские сестры	Врачи	
своевременное выполнение врачебных назначений	1,2±0,049	1,1±0,122	I	I	t = 0,6
соблюдение современных технологий сестринского ухода и наблюдения за пациентом	1,7±0,072	2,2±0,163	II	IX	t = 2,2
уровень профессиональной подготовки персонала	1,8±0,074	1,3±0,124	III	II	t = 2,1
соблюдение сестринских стандартов деятельности	1,9±0,072	2,3±0,284	IV	X	t = 0,1
соблюдение лечебно-охранительного режима	2,0±0,067	2,6±0,248	V	VII	t = 2,7
обеспечение инфекционной безопасности пациентов	2,1±0,081	2,3±0,214	VI	X	t = 3,1
соблюдение правил раздачи и хранения лекарственных средств	2,2±0,090	1,7±0,173	VII	VI	t = 1,7
ведение учетно-отчетной документации	2,3±0,079	2,5±0,276	VIII	XI	t = 0,8
удовлетворенность пациентов качеством сестринского ухода	2,3±0,080	1,5±0,235	VIII	IV	t = 3,0
осуществление психологической поддержки пациентов	2,3±0,076	1,8±0,235	VIII	VII	t = 2,0
соблюдение принципов этики и деонтологии	2,3±0,083	1,4±0,174	VIII	III	t = 3,8
внешний вид медсестры	2,4±0,081	2,0±0,204	IX	VIII	t = 1,5
соблюдение порядка на рабочем месте	2,4±0,096	1,6±0,129	IX	V	t = 2,6
участие в организации питания	2,5±0,076	3,6±0,242	X	VIII	t = 4,4

Такой элемент как «соблюдение порядка на рабочем месте», по мнению врачей, имеет значение при обеспечении качественной работы медицинской сестры (V ранговое место), при этом медицинские сестры данному элементу присваивают IX ранговое место ($t=2,6$). Врачи такому элементу как «участие в организации питания» на качество оказания медицинской сестрой медико-социальной помощи, присвоили более высокое, VIII ранговое место, чем медицинские сестры - X ранговое место (различие во мнение медицинских сестер и врачей достоверно, $t=4,4$). Достоверность различия в оценке других элементов не установлена.

Существенные различия во мнениях респондентов свидетельствуют о разнице в понимании важности конкретных элементов деятельности медицинской сестры определяющих уровень качества сестринской помощи в учреждении. По нашему мнению распределение средним медицинским персоналом рангов важности среди основных элементов работы более объективно. Возможно, врачебный персонал обладает недостаточной информацией об объеме деятельности сестринского персонала, так как большинство врачей являются совместителями.

При анализе мнения врачей и среднего медицинского персонала об основных направлениях, которые позволят улучшить качество сестринской помощи, отмечается единообразие мнения в отношении такого показателя, как «повышение мотивации у медицинских работников» ($4,1 \pm 0,311$ балла и $3,9 \pm 0,104$ балла соответственно). В современных условиях функционирования здравоохранения материальная составляющая деятельности персонала играет основную роль (табл. 27).

Мнения респондентов также совпали при определении наименее важного направления улучшения качества сестринской помощи – «внедрение сестринской документации» (врачи – $2,8 \pm 0,198$ балла, медицинские сестры – $3,0 \pm 0,071$ балла).

Оценка медицинскими работниками роли факторов, положительно влияющих на качество сестринской помощи

Показатели	Средний балл, выставленный респондентами	
	Средний медицинский персонал	Врачи
увеличение количества медицинских сестер (снижение нагрузки на должность)	3,2±0,099	3,3±0,279
повышение мотивации у медицинских работников (заработная плата, премии, льготы, поощрения)	3,9±0,104	4,1±0,311
внедрение сестринской документации	3,0±0,071	2,8±0,198
внедрение сестринских стандартов деятельности	3,3±0,071	3,4±0,212
обеспечение учреждения современным оборудованием	3,8±0,087	3,2±0,237
повышение профессионального уровня медицинских сестер	3,7±0,095	4,1±0,313

Таким образом, проведенное социологическое исследование мнения основных участников процесса оказания медико-социальной помощи пожилым пациентам позволило установить основные проблемы и направления совершенствования деятельности медицинской сестры для обеспечения качественной и безопасной сестринской помощи, а также определить виды деятельности сестринского персонала, качество выполнения которых необходимо контролировать.

Глава 5. ОБОСНОВАНИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ПОМОЩЬ ПОЖИЛЫМ

5.1. Проблемы обеспечения качества сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым.

Качество сестринской помощи рассматривается как характеристика, отражающая своевременность и правильность реализации этапов сестринского процесса, с применением современных сестринских технологий, соблюдением алгоритма сестринских стандартов деятельности и выполнения медицинской сестрой своих непосредственных обязанностей в соответствии с возможностями конкретного учреждения.

Обеспечение должного уровня качества сестринской помощи является неотъемлемой задачей любого учреждения, в кадровый состав которого входит средний медицинский персонал, занимая при этом большую долю численности медицинского персонала.

В процессе исследования выявлено ряд проблем по обеспечению качества медицинской помощи, оказываемой средним медицинским персоналом в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым гражданам, как сферы здравоохранения, так и социального обслуживания.

Для достижения высокого уровня качества медицинской, в том числе сестринской помощи, необходимо обеспечить надлежащие условия для работы персонала. В отделениях сестринского ухода медицинских организаций отмечаются недостатки материально-технической базы и оснащенности отделения. Помещения, где расположены отделения (койки) сестринского ухода не соответствуют требованиям, предъявляемым к условиям пребывания граждан пожилого и старческого возрастов, инвалидов.

Дома-интернаты для престарелых и инвалидов как стационарные учреждения более приспособлены для обслуживания граждан пожилого возраста. Пациенты проживают в благоустроенных комнатах (от одного до трех человек). Все жилые комнаты оснащены необходимыми гигиеническими средствами и инвентарем в соответствии с утвержденными нормами. Учреждения оборудованы современным оборудованием, что позволяет сестринскому персоналу качественно и безопасно оказывать медицинские услуги и достигать более высоких результатов.

Недостаток трудовых ресурсов в настоящее время характерен для многих учреждений здравоохранения и социальной сферы. По данным литературных источников основными причинами оттока сестринских кадров из отрасли являются низкий уровень оплаты труда, высокий уровень физической и психологической нагрузок и т.д. В результате нашего исследования установлено, что укомплектованность штатных должностей среднего и младшего медицинского персонала составляла ежегодно 82,3-92,4% и 77,0-90,6% соответственно. При решении вопросов штатного обеспечения деятельности отделений сестринского ухода, не учитывается специфика работы медицинского персонала. В отделениях медицинским сестрам приходится выполнять несвойственные им функции социальных работников, при оформлении (восстановлении) утраченных пациентами личных документов, и психологов, так как имеет место повышенная психоэмоциональная нагрузка при работе с пожилыми. Недостаток персонала способствует снижению качества сестринского ухода и нарушению технологий оказания медицинской помощи пациентам, среди которых имеются нетранспортабельные (лежачие) больные, а также возможным ошибкам при выполнении стандарта сестринской деятельности.

Непосредственную роль в обеспечении качества сестринской помощи играет высокий уровень профессиональной подготовки медицинской сестры, что подтверждают 93,1% медицинских сестер участвующих в исследовании.

По данным литературы недостаток профессиональных знаний среди среднего медицинского персонала является проблемой многих учреждений. Наличие среднего медицинского образования предоставляет возможность медицинской сестре выполнять свои непосредственные обязанности при реализации сестринского процесса. В современных условиях развития сестринской практики и отрасли здравоохранения в целом, предъявляются дополнительные требования к составу компетенций необходимых высококвалифицированному специалисту. Решение данной проблемы возможно за счет организации дополнительного обучения медицинских сестер без отрыва от основного места работы. Оптимальной формой дополнительного обучения является организация тематических семинаров или конференций в учреждении. При этом приоритетными вопросами, рассматриваемыми на семинарах, должны быть вопросы, касающиеся особенностей ухода за пожилыми пациентами, применения новых технологий практической деятельности и форм психологического взаимодействия с пациентами соответствующего возраста. Данная тематика вопросов совпадает с потребностью медицинских сестер в совершенствовании знаний по данным вопросам, что подтверждено результатами анкетирования среднего медицинского персонала. Также следует включить в тематику семинаров рассмотрение вопросов о необходимости и содержании системы управления качеством сестринской помощи. Это позволит повысить заинтересованность медицинских сестер вопросами качества оказания ими медицинской помощи как составной части эффективности сестринского обслуживания.

Отсутствие или несовершенство сестринской документации является проблемой обеспечения качества сестринской помощи. В отличие от стационарных учреждений социального обслуживания, в отделениях сестринского ухода нашла свое применение сестринская документация в виде сестринской истории болезни и листов наблюдения за пациентом, на что указали 18,1% медицинских сестер данных учреждений, участвующих в исследовании. Се-

сестринская документация способствует учету всех проведенных мероприятий в отношении пациента и повышению контроля за качеством оказания медицинской помощи. На сегодняшний день в учреждениях здравоохранения отсутствуют стандартные формы сестринской документации, поэтому каждое учреждение вынуждено самостоятельно разрабатывать необходимый пакет документов для обеспечения деятельности медицинской сестры. При этом у большинства специалистов со средним медицинским образованием возникают некоторые затруднения в определении содержания сестринской документации, так как большинство из них не имеют представления о данных документах. Данное обстоятельство также подтверждает необходимость в повышении профессионального уровня, получении высшего сестринского образования медицинскими сестрами, особенно руководителями сестринского персонала, для реализации поставленных задач повышения качества сестринского обслуживания и развития сестринского дела.

Общей, характерной для всех стационарных учреждений обслуживания пожилого населения является проблема стандартизации сестринской деятельности. При наличии в современных условиях большого количества медицинских стандартов как федерального, так и территориального и учрежденческого уровня, в отношении деятельности среднего медицинского персонала исследованных стационарных учреждений, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, имеются только алгоритмы по выполнению отдельных манипуляций. В процессе социологического опроса средний медицинский персонал домов-интернатов (64,7%) указывает на наличие стандартов сестринской помощи в своих учреждениях. Данные результаты не являются достоверными, так как в домах-интернатах имеются стандарты социального обслуживания, которые нельзя отождествлять с понятием стандартов сестринской деятельности.

Стандарты сестринской деятельности служат основой для определения эффективности и безопасности выполнения сестринским персоналом различ-

ных видов деятельности и являются эталоном для определения правильности и оценки качества их выполнения. Вся деятельность медицинской сестры основана на определенной технологии выполнения этапов сестринского процесса, поэтому необходимо разрабатывать и технологические стандарты для всех видов практической деятельности медицинской сестры. С этим согласны 30,6% медицинских сестер стационарных учреждений, оказывающих медико-социальную помощь пожилым.

Кроме того, сестринский персонал данных учреждений нуждается и в организационных стандартах деятельности сестринского персонала (30,6% медицинских сестер). Организационный стандарты представляют собой комплекс мероприятий направленный на совершенствование организации процесса оказания медико-социальной помощи и труда средних медицинских работников. Функции организационных стандартов отчасти выполняют локальные нормативно-распорядительные документы. Разработка локальных организационных документов с четким распределением функциональных обязанностей позволит руководителю сестринских служб улучшить процесс управления персоналом. Введение новых должностей сестринского персонала (медсестра-консультант, медсестра-координатор) даст возможность освободить рабочее время старшей медицинской сестры для выполнения основных задач направленных на обеспечение контроля качества сестринской помощи в отделении.

Таким образом, отмечаются некоторые проблемы, для решения которых необходимо разработать четкие требования к работе среднего медицинского персонала в учреждениях медико-социального профиля и обеспечить согласованность действий двух взаимосвязанных отраслей (здравоохранения и социального обеспечения) по вопросам качественного медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста.

5.2. Система управления качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым.

В соответствии со статьей 90 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в порядке, установленном руководителями указанных органов и организаций».

В особых условиях деятельности сестринского персонала, не типичных для обычных стационарных учреждений, основное внимание направлено на удовлетворение потребностей пациентов в поддерживающей медицинской и большом объеме социальной помощи для повышения качества жизни и prolongation активного долголетия граждан пожилого возраста. Медицинские сестры стационарных учреждений медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста численно преобладают среди медицинского персонала учреждения и обладают достаточно большой самостоятельностью по организации и осуществлению медицинского обслуживания пациента, что повышает их ответственность за качество предоставляемых услуг.

По результатам диссертационного исследования разработана организационная структура управления качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, которая включает в себя субъектов, осуществляющих контроль, методы и способы контроля, показатели и критерии оценки результативности, мониторинг удовлетворенности пациентов. Результатом работы системы является планирование и реализация мероприятий направленных на улучшение качества сестринской помощи (рис. 8).

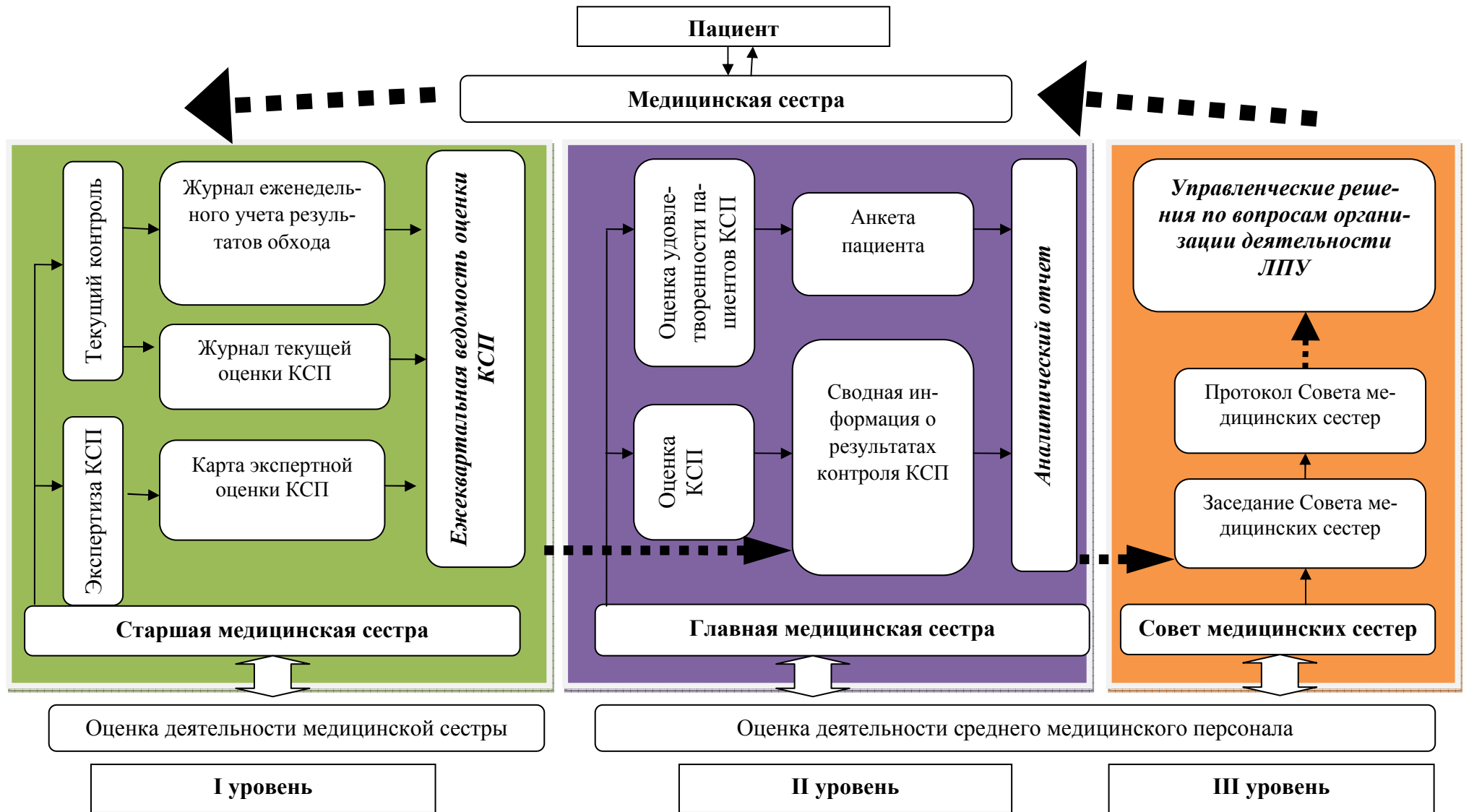


Рис. 8. Организационная структура управления качеством сестринской помощи (КСП) в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым

Организационная структура включает в себя три уровня управления, на каждом из которых действует определенный контролирующий субъект и фиксируются результаты проведения контролирующих мероприятий в целях осуществления информационного взаимодействия между уровнями.

Оценка полноты, безопасности реализации сестринского процесса и его результатов осуществляется субъектами контроля, в качестве которых выступают руководители сестринских служб – старшая и главная медицинские сестры, имеющие высшее сестринское образование и дополнительную подготовку по вопросам оценки качества и проведения экспертизы качества медицинской помощи.

Текущий контроль уровня качества и безопасности оказания сестринской помощи пациентам пожилого возраста в отделении стационарного учреждения (1-й уровень) осуществляет старшая медицинская сестра, которая непосредственно руководит средним медицинским персоналом и обладает достаточно полной информацией о ресурсном обеспечении вверенного подразделения.

Основными формами текущего контроля, применяемыми старшей медицинской сестрой являются обход и индивидуальный мониторинг деятельности медицинской сестры, направленные на выявление и устранение ошибок в процессе оказания сестринской помощи.

Еженедельный обход как форма контроля деятельности медицинской сестры дает объективную информацию для оценки качества сестринского обслуживания. Данные, полученные при обходе, позволяют старшей медицинской сестре своевременно выявить в работе медицинской сестры отклонения, препятствующие исполнению обязанностей в полном объеме. Для регистрации результатов обхода разработан «Журнал еженедельного учета результатов обхода» (Приложение 6), в котором фиксируются персональные нарушения работы сестринского персонала, на основе которых, в случае отсутствия

серьезных последствий, старшая медицинская сестра в пределах своей компетенции вносит необходимые коррективы в ведение сестринского процесса.

Более полную информацию о текущем состоянии качества сестринской помощи предоставляет индивидуальный мониторинг деятельности медицинской сестры, направленный на выявление соответствия или несоответствия показателей характеризующих уровень качества сестринского обслуживания предъявляемым требованиям, а также исключение дефектов в работе сестринского персонала.

Показатели качества сестринской помощи сформулированы на основании анализа функциональных обязанностей медицинской сестры закрепленных в должностной инструкции, результатов хронометража, который позволил установить основные направления деятельности медицинской сестры, и социологического исследования участников процесса оказания медико-социальной помощи, позволивших определить значимость каждого из направлений. При этом установлено, что медицинские сестры более компетентны в вопросах касающихся их непосредственной деятельности и результаты распределения важности среди предложенных показателей были более объективными.

Сестринский персонал отмечает, что основными показателями качества сестринской помощи являются своевременное выполнение врачебных назначений, соблюдение современных технологий сестринского ухода и наблюдения за пациентом, уровень профессиональной подготовки персонала, соблюдение сестринских стандартов деятельности, к оценке которых руководителям сестринского персонала необходимо подходить более тщательно.

Соблюдение правил раздачи и хранения лекарственных средств являются должностными обязанностями медицинской сестры, что свидетельствует об обязательном контроле за выполнением сестринским персоналом данного вида деятельности, несмотря на низкую значимость данного раздела работы по результатам социологического исследования (VII и VI ранговое ме-

сто из основных видов деятельности по мнению медицинских сестер и врачей соответственно).

Учитывая возрастные особенности пациентов связанные с физиологическими изменениями в организме, для обеспечения безопасности их пребывания в учреждении медицинские сестры должны соблюдать лечебно-охранительный и санитарно-гигиенический режимы (обеспечить инфекционную безопасность пациентов), что также необходимо подвергать контролю.

Находясь в круглосуточном контакте с пациентом, медицинские сестры осуществляют психологическую поддержку пациентов в процессе адаптации к новым условиям проживания, что повышает комфортность и удовлетворенность пациента от пребывания в учреждении. Медицинские сестры считают, что качество проведения мероприятий по психологической поддержке пациентов необходимо оценивать в качестве отдельного направления деятельности.

Одним из важных компонентов качества сестринской помощи является оценка удовлетворенности пациентов качеством сестринской помощи. Оценка проводится на основе наличия или отсутствия жалоб пациентов, группы пациентов или их законных представителей в связи с ненадлежащим предоставлением медико-социальных услуг сестринским персоналом.

Проведение оценки качества ведения учетно-отчетной документации, по мнению среднего медицинского персонала необходимо, так как этот вид деятельности является функциональной обязанностью медицинской сестры и позволяет судить о качестве выполнения сестринским персоналом своей работы.

Возрастные особенности пациентов определяют особую роль соблюдения сестринским персоналом принципов этики и деонтологии. Внешний вид и соблюдение порядка на рабочем месте медицинской сестры выступают в качестве личностных характеристик, определяющих отношение медицинской сестры к своей работе, занимаемой должности.

Наличие среди пациентов учреждений от 35,4% до 49,7% «лежачих» больных, обязывает медицинских сестер участвовать в организации их питания. Качество выполнения данной работы (при наличии данного направления деятельности у конкретного сотрудника) также необходимо оценивать.

Таким образом, основными показателями качества сестринской помощи, оценку которых проводит старшая медицинская сестра являются:

- своевременное выполнение врачебных назначений;
- соблюдение современных технологий сестринского ухода и наблюдения за пациентом;
- соблюдение правил раздачи и хранения лекарственных средств;
- обеспечение инфекционной безопасности пациентов;
- удовлетворенность пациентов качеством сестринского ухода;
- ведение учетно-отчетной документации;
- соблюдение принципов этики и деонтологии;
- внешний вид медсестры;
- соблюдение порядка на рабочем месте;
- участие в организации питания пациентов.

Оценка показателей осуществляется на основании присвоения им соответствующего коэффициента (замечаний нет – 1,0; имеются отдельные замечания – 0,75; имеются существенные нарушения, влияющие на качество обслуживания – 0,5; требования не соблюдаются – 0). Результаты оценки показателей фиксируются в специально разработанной документации - «Журнале текущей оценки качества сестринской помощи» (Приложение 7).

Расчет общего показателя качества сестринской помощи ($ОП_{ксп}$) позволяет выявить медицинских сестер, отдельные виды или всю практическую деятельность которых необходимо подвергнуть экспертизе, и в дальнейшем продолжить более тщательное наблюдение до момента устранения выявленных нарушений и дефектов:

$$ОП_{ксп} = \sum_{коэф} / \sum_{пксп}, \text{ где}$$

$\Sigma_{\text{коэф}}$ – сумма коэффициентов по всем показателям качества сестринской помощи;

$\Sigma_{\text{пксп}}$ – количество показателей качества сестринской помощи.

На основе полученного результата старшая медицинская сестра осуществляет интерпретацию общего показателя качества сестринской помощи и принимает управленческие решения в пределах своих компетенций, направленные на своевременную корректировку сестринского процесса. Если какой-либо показатель качества сестринской помощи или $\text{ОП}_{\text{ксп}}$ имеют коэффициент менее 0,75, а также в случае выявления дефекта в работе сестринского персонала принимается решение о проведении экспертизы качества сестринской помощи.

Экспертиза качества сестринской помощи проводится старшей медицинской сестрой отделения, которая выступает в качестве эксперта, в соответствии с требованиями, предъявляемыми к качеству и безопасности медицинского обслуживания в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым. Результаты экспертизы фиксируются в специальной документации - «Карте экспертной оценки качества сестринской помощи» (Приложение 8).

Экспертизе подвергается один или несколько видов деятельности медицинской сестры в течение рабочего дня (смены). В процессе проведения экспертизы старшей медицинской сестрой (экспертом) дается подробная характеристика выявленного дефекта (ошибки), допущенной медицинской сестрой в процессе выполнения сестринской деятельности.

Наиболее часто встречаемыми дефектами в работе медицинской сестры могут быть: несвоевременное выполнение врачебных назначений, нарушение технологий выполнения сестринских манипуляций, повлекших за собой неблагоприятный исход сестринских вмешательств (ухудшение состояния пациента, осложнения, необходимость госпитализации в лечебно-профилактическое учреждение), нарушение технологий сестринского ухода,

в том числе этико-деонтологических правил и норм, правил внутреннего распорядка в учреждении, нарушение правил работы с лекарственными препаратами, нарушение правил ведения медицинской (сестринской) документации, жалобы пациента, группы пациентов или их законных представителей, нарушение санитарно-эпидемиологического режима, повлекшее за собой распространение инфекционного заболевания.

В зависимости от характера дефекта старшая медицинская сестра-эксперт устанавливает причину его возникновения, выбирая наиболее оптимальный для этого способ исследования (беседа, тестирование, наблюдение за медицинской сестрой, проверка медицинской документации и т.д.). Причинами, которые повлекли за собой возникновения дефекта, могут являться: высокая нагрузка сестринского персонала в связи с низкой укомплектованностью и наличием совместительства среди медицинских сестер, недостаточный уровень профессиональной подготовки сестринского персонала и другие. Также определяет наличие последствий дефекта или отсутствие таковых на результат сестринской помощи.

Анализ полученной информации, вследствие проведенной экспертизы, предоставляет возможность старшей медицинской сестре рационально планировать мероприятия, направленные на уменьшение числа случаев ненадлежащего качества и контролирует их выполнение.

По истечению квартала старшая медицинская сестра формирует «Ежеквартальную ведомость оценки качества сестринской помощи» (Приложение 9), где отражает совокупность результатов текущего и экспертного контроля, и передает ее на следующий уровень контроля – главной медицинской сестре.

Главная медицинская сестра (2-ой уровень) несет прямую ответственность за качество сестринского обслуживания, осуществляет анализ сведений об объемах и результатах контроля качества и экспертиз качества сестринской помощи, разработку стратегий повышения качества сестринского об-

служивания пациентов, совершенствование имеющихся и внедрение современных технологий сестринского обслуживания пациентов.

Главная медицинская сестра ежеквартально анализирует результаты контроля и экспертизы качества сестринской помощи, представленные старшими медицинскими сестрами отделений, и формирует «Сводную информацию о результатах контроля качества сестринской помощи» (Приложение 10). В случае необходимости главная медицинская сестра может провести повторную экспертизу качества сестринской помощи. При этом рекомендуется подвергнуть проверке не менее 50% случаев. Обработка сводной информации позволяет оценить и сравнить эффективность работы отделений по обеспечению качественной и безопасной сестринской помощи, определить наиболее часто возникающие дефекты и способы их корректировки с помощью составления плана реализации управленческих решений. Также для получения более целостной картины обеспечения качества сестринской помощи главная медицинская сестра регулярно проводит оценку удовлетворенности пациентов качеством сестринской помощи в форме анкетирования (активный метод оценки) с помощью специально сформированной анкеты (Приложение 11) с последующим анализом результатов.

На основе полученных результатов главная медицинская сестра осуществляет подготовку аналитических отчетов, в которых формулирует рекомендации, проекты управленческих решений, направленные на улучшение качества сестринской помощи.

Результаты анализа и проекты решений, полученные и сформулированные в процессе работы субъектов контроля качества сестринской помощи рассматриваются на заседании Совета медицинских сестер учреждения.

Совет медицинских сестер (3-й уровень) создается в учреждении для коллегиального решения вопросов управления, планирования, координации, оценки эффективности работы всего среднего медицинского персонала в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь по-

жилым. Деятельность и персональный состав Совета утверждается главным врачом учреждения. В состав Совета, по согласованию, могут входить представители иных заинтересованных структур.

Наряду с другими задачами Совет медицинских сестер проводит анализ результатов сестринской деятельности, выявление нарушений и дефектов сестринских стандартов и технологий, обсуждение проблем по управлению качеством сестринской помощи, принятие управленческих решений.

Заседания Совета медицинских сестер проводятся ежеквартально. Кроме основных вопросов, Совет рассматривает вопросы качества сестринского обслуживания пациентов. Основным источником информации являются результаты аналитической оценки качества оказания сестринской помощи предыдущего уровня контроля. Обсуждаемые вопросы фиксируются в протоколах заседания Совета.

По результатам заседаний Совета выносятся решения по улучшению качеством сестринской помощи и применению индивидуальных санкций к персоналу учреждения при выявлении грубых нарушений в его деятельности. Характерными управленческими решениями по улучшению качества сестринской помощи могут стать решение кадровых вопросов (укомплектованность кадров, нормирование труда персонала, материальное стимулирование сотрудников и т.д.), повышение профессионального уровня сестринских кадров, улучшение материально-технического оснащения подразделений/учреждения, совершенствование и внедрение сестринской документации, разработка и внедрение стандартов сестринской деятельности.

В результате систематизации полученных результатов диссертационного исследования сформированы Методические рекомендации об организации системы управления качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым. Руководителям данных учреждений была представлена подробная информация о содержании данной система и предложено апробировать специально разрабо-

танную документацию, в которой фиксируются результаты оценки показателей качества сестринской помощи в процессе проведения контролируемых мероприятий.

Основной документацией внутриучрежденческого контроля являются Журнал текущей оценки качества сестринской помощи, позволяющий судить о наличии дефектов в работе медицинской сестры, и Карта экспертной оценки качества сестринской помощи, на основании которой определяются причины и способы устранения выявленных дефектов.

В период января-июня 2013 года нами проанализировано 228 случаев текущей оценки качества сестринской помощи и все случаи проведения экспертиз качества сестринской помощи (48 карт экспертной оценки качества сестринской помощи).

На основании анализа общего показателя качества сестринской помощи ($ОП_{ксп}$) отмечается, что в 53% случаев качество сестринской помощи соответствует требованиям (соблюдаются стандарты и технологии сестринского обслуживания пациентов, отсутствуют замечания и жалобы со стороны пациентов и $ОП_{ксп} = 0,9 - 1,0$).

39% медицинских сестер имеют отдельные замечания к качеству сестринского обслуживания, к ведению документации и/или другие замечания ($ОП_{ксп} = 0,75 - 0,89$). Существенные нарушения стандартов и технологий сестринской помощи, требований предъявляемых к ведению документации, соблюдению лечебно-охранительного и санитарно-эпидемиологического режимов, было отмечено у 8% среднего медицинского персонала ($ОП_{ксп} = 0,5 - 0,74$).

Таким образом, текущий контроль качества сестринской помощи позволил выявить медицинских сестер, отдельные виды или всю практическую деятельность которых необходимо подвергнуть экспертизе и в дальнейшем продолжить более тщательное наблюдение до момента устранения выявленных ошибок (нарушений, дефектов).

При текущем контроле деятельности медицинских сестер выявлено 21,0% случаев, подлежащих экспертизе качества сестринской помощи. В структуре выявленных несоответствий (табл. 28) преобладали нарушения технологий сестринского ухода (47,9%), неудовлетворенность качеством сестринской помощи – жалобы пациентов (18,7%) и нарушения правил ведения медицинской документации (14,6%).

Таблица 28

Структура дефектов по результатам анализа карт экспертной оценки

Характеристика дефекта	Количество дефектов	
	Абс.	%
Нарушение правил ведения медицинской документации	7	14,6
Нарушение технологий сестринского ухода	23	47,9
Несвоевременное выполнение врачебных назначений	3	6,3
Жалобы пациента, группы пациентов или их законных представителей	9	18,7
Нарушение санитарно-эпидемиологического режима	6	12,5
Всего	48	100,0

Ведение сестринским персоналом общепринятой медицинской документации не дает возможности в полной мере оценить качество работы медицинской сестры и ее вклад в процесс медицинского обслуживания пациента. Внедрение специализированной сестринской документации является необходимым мероприятием для улучшения работы сестринского персонала, повышения качества сестринского обслуживания, а также обоснования претензий, предъявляемых к медицинской сестре в случае выявления дефектов.

По результатам текущего контроля и экспертизы качества сестринской помощи был принят ряд управленческих решений (табл. 29).

В структуре принятых управленческих решений преобладали мероприятия, направленные на повышение профессионального уровня медицинских сестер (81,2%), что способствует формированию надлежащих условий для оказания качественной и безопасной медицинской помощи. Управленческие решения, направленные на совершенствование и внедрение сестринской

документации, составили 8,3%, что позволит структурировать и систематизировать работу медицинской сестры и сестринский процесс в целом. Решение кадровых вопросов как управленческие решения (6,3% случаев) были связаны с лишением стимулирующих надбавок за ненадлежащее выполнение должностных обязанностей. Минимальное количество мероприятий (4,2%) связано с разработкой и внедрением стандартов сестринской деятельности, что, возможно, объясняется сложностью решения данных проблем и низкой заинтересованностью медицинского персонала.

Таблица 29

Структура принятых управленческих решений

Управленческие решения	Количество управленческих решений	
	Абс.	%
Решение кадровых вопросов	3	6,3
Повышение профессионального уровня сестринских кадров	39	81,2
Совершенствование и внедрение сестринской документации	4	8,3
Разработка и внедрение стандартов сестринской деятельности	2	4,2
Всего	48	100,0

Таким образом, с учетом данных апробации, разработанная организационная структура управления качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, предназначена способствовать повышению качества сестринского обслуживания и результативности деятельности учреждения. Установлено что, использование специально разработанной документации оценки качества сестринской помощи, внедренной в практическую деятельность стационарных учреждений, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, позволяет более эффективно контролировать процесс оказания сестринской помощи пациентам и своевременно принимать обоснованные управленческие решения.

Представленная организационная структура управления качеством сестринской помощи может использоваться как в отделениях сестринского ухода, так и учреждениях социального обслуживания.

Особенности деятельности и кадрового состава отделений сестринского ухода позволяют внедрить данную систему управления в полном объеме: реализовать трехуровневый контроль и использовать максимально полный перечень показателей качества. Предлагаемая организационная структура может быть использована в качестве составного элемента целостной внутри-учрежденческой системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ЛПУ.

В стационарных учреждениях социальной сферы контроль качества предоставляемых услуг осуществляется на основе стандартов социального обслуживания. Поэтому предложенная организационная структура управления качеством сестринской помощи может быть адаптирована в соответствии с мощностью и объемами деятельности учреждения, укомплектованностью учреждения медицинскими специалистами и их квалификацией, а также требованиями, предъявляемыми к документации системы качества социального обслуживания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Средний медицинский персонал является неотъемлемой частью процесса оказания медицинской помощи населению. В современных условиях медицинская сестра имеет возможность постоянно совершенствовать профессиональные знания и повышать свою профессиональную квалификацию. Процесс реформирования здравоохранения и сестринского дела способствуют развитию сестринской практики, внедрению современных сестринских технологий позволяющих сестринскому персоналу оказывать пациентам качественную и безопасную медицинскую помощь.

В настоящее время деятельность медицинской сестры приобретает важное значение при осуществлении любого вида медицинском обслуживании, а в некоторых случаях сестринский персонал, обладающий достаточным объемом навыков квалифицированного сестринского ухода, особенно необходим.

Качество является одной из базовых категорий, характеризующих достигнутый результат проведенных мероприятий (работ, услуг), поэтому оно должно подлежать тщательному контролю со стороны заинтересованных субъектов. Деятельность по управлению качеством должна осуществляться на протяжении всего процесса производства и реализации продукции, а для достижения запланированного уровня качества необходимо проводить мероприятия по его обеспечению.

Система управления качеством сестринской помощи является структурным элементом обеспечения качества медицинской помощи в целом. В стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь, не зависимо от ведомственной принадлежности средний медицинский персонал составляет значительную долю кадрового состава учреждения. Исследованные учреждения сферы здравоохранения и социального обслуживания населения оказывают широкий спектр услуг как социального, так и медицинского характера гражданам пожилого и старческого возраста, инвалидам, нуждаю-

щимся в постоянном наблюдении и уходе. Особая роль сестринского персонала заключается в том, что большую часть рабочего времени медицинская сестра находится в контакте с проживающими, «у постели больного», что предоставляет возможность рационально и эффективно выполнять этапы сестринского процесса. В данных учреждениях имеются условия для реализации потенциальных возможностей современного специалиста среднего звена, что позволяет медицинской сестре приобрести большую самостоятельность при планировании и реализации процесса оказания качественной медико-социальной помощи пожилым. В целом это приводит к изменению роли и статуса медицинской сестры.

Преобладание сестринского персонала свидетельствует о непосредственном влиянии параметров работы медицинской сестрой на основные показатели деятельности учреждения. Таким образом, в существующих условиях необходимо применение элементов управления качеством оказания сестринской помощи. В ряде российских регионов проводятся мероприятия по совершенствованию качества сестринской помощи, связанные с внедрением новых сестринских технологий, стандартизации сестринской помощи, новых организационных форм сестринской деятельности, организации структурных подразделений по сестринскому уходу в лечебных учреждениях, а также применением элементов контроля качества сестринской помощи.

Настоящее исследование было направлено на обоснование направлений совершенствования управления качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым.

Используя совокупность социально-гигиенических, социологических и организационно-экономических методов была представлена объективная информация о состоянии сестринского дела в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, основных проблемах развития сестринской практики, а также проблемах организации, управления и контроля качества сестринской помощи. Определены технологические осо-

бенности деятельности медицинской сестры учреждения медико-социального профиля, которые заключаются в преобладании мероприятий по наблюдению и уходу за пациентом, над традиционными видами деятельности сестринского персонала ЛПУ. На основе выявленных медико-социальных особенностей пациентов и уровня их удовлетворенности качеством сестринского обслуживания, возможно эффективно планировать и реализовать мероприятия на каждом этапе сестринского процесса.

На основе результатов исследования сформирована типовая внутриучрежденческая система управления качеством сестринской помощи, которая представляет собой совокупность субъектов взаимодействующих между собой с целью оценки и повышения качества сестринской помощи на основе непрерывного мониторинга деятельности сестринского персонала, принятия своевременных управленческих решений по улучшению качества сестринской помощи. Основными субъектами контроля являются руководители сестринского персонала, осуществляющие информационное взаимодействие на основе специально разработанной документации, в которой фиксируются результаты оценки показателей качества сестринской помощи в процессе проведения контролируемых мероприятий.

Результаты апробации внедрения данной системы в практическую деятельность учреждений позволяют отметить наличие ее положительного влияния на качество сестринской помощи, выражающееся в оперативном устранении недостатков в работе медицинской сестры, предотвращении дефектов и совершенствовании качества медицинской помощи оказываемой медицинской сестрой за счет принятия целенаправленных управленческих решений. Обеспечение функционирования всех элементов системы способствует поддержанию и совершенствованию сестринской деятельности и медико-социальной помощи в целом, в соответствии с основными задачами развития системы соблюдения прав граждан пожилого возраста в сфере охраны здоровья и обеспечения, связанных с этими правами государственных гарантий.

ВЫВОДЫ

1. Специалисты со средним медицинским образованием являются самой многочисленной и значимой при оказании медико-социальной помощи пожилым группой персонала в организациях как сферы здравоохранения, так и сферы социального обслуживания населения. В стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь гражданам пожилого возраста, медицинские сестры активно реализуют в практической деятельности сестринский процесс, имеющий существенные особенности. Проблема оценки качества сестринской помощи до сих пор остается актуальной.

2. Целостной системы оказания медико-социальной помощи пожилым в стационарных условиях в Саратовской области не сформировано. Стационарное медико-социальное обслуживание осуществляется в медицинских организациях (на койках сестринского ухода) и в стационарных учреждениях социального обслуживания (домах-интернатах для престарелых и инвалидов). Медицинская помощь в отделениях сестринского ухода в региональном здравоохранении не получила развития: мощность структурных подразделений данного профиля за последние 6 лет существенно сократилась – до 35 профильных коек (на 74,8%), что составляет 0,1 коек на 10 000 населения. Основной объем медико-социальной помощи реализуется в стационарных учреждениях социального обслуживания пожилых, подведомственных министерству социального развития Саратовской области.

3. Особенности деятельности среднего медицинского персонала в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, заключаются в преобладании мероприятий по уходу и наблюдению за пациентом (19,7% рабочего времени по данным самооценки), мониторингу его состояния (17,6%) и меньшей доли мероприятий по выполнению врачебных назначений (8,3%), что также подтверждено результатами хронометражного исследования (16,5%, 13,7% и 11,1% соответственно). По мнению медицинских работников, основными направлениями деятельности медицинской

сестры являются «осуществление мероприятий по уходу», «общение с пациентом», «выполнение врачебных назначений».

4. Основными чертами социально-психологического портрета пациента, получающего помощь в стационарных учреждениях медико-социального профиля, являются: пожилой (60-74 лет) или старческий (75-89 лет) возраст; среднее образование (51,4%); наличие 7-8 хронических заболеваний, группы инвалидности (54,0%) и психологической проблемы – одиночества (70,1%). Пациенты ощущают постоянную потребность в медицинской помощи (53,0%) и менее выраженную потребность в социальных услугах (5,8%).

5. Большинство пациентов (85,9%) удовлетворены качеством сестринского обслуживания, что свидетельствует об организации медико-социальной помощи в учреждении на должном уровне с учетом особенностей проживающих. По мнению пациентов, основными элементами работы медицинской сестры, влияющими на качество сестринской помощи, являются соблюдение технологий сестринского ухода за пациентом ($4,4 \pm 0,025$ балла) и выполнение сестринских манипуляций ($4,4 \pm 0,027$ балла). Пациенты (29,9%) считают, что для улучшения качества сестринской помощи в большей степени необходимо повысить мотивацию медицинских работников в форме материального стимулирования, а также увеличить количество медицинских сестер (22,4%), дополнительно обеспечить учреждение современным оборудованием (21,1%).

6. Большинство средних медицинских работников (93,1%) и врачей (87,5%) считают необходимым осуществление контроля качества сестринской помощи в учреждениях. Одним из основных элементов работы медицинской сестры, влияющим на качество медико-социальной помощи, является «своевременное выполнение врачебных назначений» (I ранговое место). В качестве проблем управления качеством сестринской помощи респонденты указали отсутствие в учреждениях сестринской документации (средний ме-

дицинский персонал – 60,4% и врачи – 66,7%), стандартов сестринской деятельности (средний медицинский персонал – 34,9% и врачи – 33,3%).

7. Разработанная система управления качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, включает в себя субъектов, методы, показатели контроля и критерии их оценки, направления реализации управленческих решений. В соответствии с мощностью учреждения, укомплектованностью учреждения медицинскими специалистами и их квалификацией, данная система адаптирована к существующим условиям деятельности учреждений и включена в общую систему управления качеством и безопасностью медицинской помощи в учреждениях здравоохранения (отделениях сестринского ухода) и социальной защиты населения (домах-интернатах для престарелых и инвалидов).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На основе результатов диссертационного исследования с целью повышения качества сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, предлагается:

1. Региональным органам управления здравоохранением и социальной защиты населения для осуществления контроля и оптимизации деятельности среднего медицинского персонала:

1.1. Регламентировать деятельность по управлению качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, путем разработки типовой системы управления качеством сестринской помощи.

1.2. Осуществлять постоянный мониторинг эффективности функционирования системы управления качеством сестринской помощи в подведомственных учреждениях.

2. Руководителям стационарных учреждений, оказывающих медико-социальную помощь пожилым:

2.1. Адаптировать типовую систему управления качеством сестринской помощи в соответствии с объемами деятельности учреждения, укомплектованностью учреждения медицинскими специалистами и их квалификацией, а также требованиями, предъявляемыми к документации системы качества социального обслуживания.

2.2. Разработать и совершенствовать организационные технологии оптимизации деятельности среднего медицинского персонала в форме сестринской документации (сестринская история болезни, лист наблюдения за пациентом) и стандартов сестринской деятельности.

2.3. Внедрить и постоянно использовать соответствующую документацию для текущей оценки и экспертизы качества сестринской помощи (Журнал еженедельного учета результатов обхода, Журнал текущей оценки

качества сестринской помощи, Карта экспертной оценки качества сестринской помощи).

3. Учреждениям высшего и среднего медицинского образования:

При осуществлении повышения квалификации и профессиональной переподготовки руководителей сестринских служб ввести в учебные программы вопросы о роли и значимости стандартов сестринской деятельности, контроля качества сестринской помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аббясов, И. Х. Современные требования к образованию в период реформирования сестринского дела / И. Х. Аббясов // Главная медицинская сестра. – 2005. – № 4. – С. 71-75.
2. Аверин, А. В. Особенности сестринского ухода за психическими больными пожилого и старческого возраста / А. В. Аверин, М. А. Шувалина // Медицинская сестра. – 2007. – № 1. – С. 26-27.
3. Агаларова, Л. С. Изучение факторов, оказывающих влияние на качество медицинской помощи / Л. С. Агаларова, У. Г. Ильясова, Г. А. Исмаилова и др. // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2011. – № 4 (10). – С. 33-35.
4. Агафонова, Т. А. Роль и задачи сестринской службы в оказании медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста / Т. А. Агафонова // Медицинская помощь. – 1996. – № 3. – С. 15-17.
5. Адеева, Г. А. Роль руководителей сестринского персонала в организации и совершенствовании работы медицинских сестер отделения сестринского ухода для больных психиатрического профиля / Г. А. Адеева, Ю. В. Вурманчева // Главная медицинская сестра. – 2008. – № 7. – С. 33-42.
6. Алексеева, В. М. Создание отделения сестринского ухода на базе многопрофильной больницы / В. М. Алексеева, Н. Г. Шамшурина, А. Н. Подлипенцева // Ремедиум. – 2006. – № 8. – С. 34-36.
7. Алексеева, Н. Ю. О новых подходах к управлению качеством медицинских услуг в учреждениях здравоохранения / Н. Ю. Алексеева, Е. А. Ломакина // Проблемы управления здравоохранением. – 2011. – № 2. – С. 13-16.
8. Апарин, И. С. О проблемах медико-социальной помощи пожилым / И. С. Апарин // Проблемы управления здравоохранением. – 2006. – № 1. – С. 81–83.

9. Апраксина, К. Роль сестринского персонала в медико-социальном учреждении типа хоспис / К. Апраксина // Главная медицинская сестра. – 2003. – № 3 – С. 11-15.
10. Артемова, Н. М. Путь устойчивого развития качества медицинской помощи / Н. М. Артемова // Академия качества: наука и практика. – 2010. – № 1. – С. 11-12.
11. Артемьева, Г. Б. Постарение населения и некоторые вопросы организации первичной медицинской помощи в системе ОМС / Г. Б. Артемьева, И. А. Гехт // Главврач. – 2013. – № 1. – С. 21-26.
12. Барина, Ж. В. Менеджер сестринского дела – активный участник процесса медико-социальной помощи пожилым / Ж. В. Барина // Стратегия развития сестринского дела: Сб. тезисов и статей научно-практической конференции. – Самара: Феникс, 2002. – С. 33-34.
13. Басовский, Л. Е. Управление качеством / Л. Е. Басовский, В. Б. Протасьев. – М.: ИНФРА-М, 2007. – 212 с.
14. Безлюдная, Н. В. Особенности работы медицинской сестры отделения сестринского ухода / Н. В. Безлюдная, Н. Н. Плотникова, О. А. Швардакова // Сестринское дело. – 2009. – № 7. – С. 28-32.
15. Безюк, Н. Н. Современные требования, предъявляемые к качеству оказания медицинской помощи / Н. Н. Безюк // Здоровье Украины. – 2008. – № 5. – С. 36-37.
16. Белоконь, О. В. Медицинское и социальное обслуживание в России / О. В. Белоконь, Т. Н. Костенко, Л. В. Мунтяну // Главврач. – 2006. – № 9. – С. 56-69.
17. Белоконь, О. В. Приоритеты проблем пожилых: мнение экспертов и населения (по результатам опросов 2002-2006 гг.) / О. В. Белоконь // Клиническая геронтология. – 2008. – № 5. – С. 11-20.

18. Бержадская, М. Медико-социальные проблемы ухода за больным / М. Бержадская // Проблемы управления здравоохранением. – 2011. – № 4. – С. 79-82.
19. Бойко, Ю. П. Проблемы пожилых людей с позиций их социального статуса / Ю. П. Бойко и др. // Клиническая геронтология. – 2007. – № 3 – С. 45-49.
20. Бордовская, Н. О. Организация работы сестринского персонала ЛПУ / Н. О. Бордовская // Главная медицинская сестра. – 2005. – № 4. – С. 33-38.
21. Боязетова, А. Н. Реализация управленческих решений по совершенствованию системы контроля качества в медицинских учреждениях Волгоградской области / А. Н. Боязетова // Вопросы экспертизы качества медицинской помощи. – 2006. – № 1. – С. 18-21.
22. Бровкин, С. В. Опыт работы МУЗ «Дом сестринского ухода» г. Петрозаводска / С. В. Бровкин, Л. Н. Иванова // Главная медицинская сестра. – 2005. – № 6. – С. 13-23.
23. Бронников, Т. В. Словарь по комплексной реабилитации инвалидов: учебное пособие для студ. высш. учеб. завед. / В. А. Бронников, Т. В. Зозуля, Ю. И. Кравцов и др. – Пермь: ПониЦАА, 2010. – 530 с.
24. Вальчук, А. Э. Личностные особенности и специфика труда медицинских сестер / А. Э. Вальчук // Медицинская сестра на рубеже XXI века: сб. научн. работ. – Гродно: ГрГМУ, 2002. – С. 248.
25. Варустина, Н. П. Особенности сестринского ухода за людьми пожилого и старческого возраста с деменцией / Н. П. Варустина // Главная медицинская сестра. – 2005. – № 2. – С. 19-24.
26. Васильчиков, В. М. Идеолого-правовые и организационные аспекты деятельности государственной системы социально-медицинского обслуживания пожилых людей / В. М. Васильчиков // Клиническая геронтология. – 2007. – № 3. – С. 11-21.

27. Веренцов, М. М. Некоторые вопросы разработки системы контроля качества медицинской помощи / М. М. Веренцов, Г. Я. Волошин, И. Г. Макаров и др. // Здравоохранение РФ. – 2009. – № 2. – С. 32.
28. Волкова, Т. Н. Социальные и психологические проблемы старости / Т. Н. Волкова // Вопросы психологии. – 2005. – № 2. – С. 118-126.
29. Воропаева, Л. А. Опыт сестринской деятельности в отделении сестринского ухода многопрофильной больницы / Л. А. Воропаева, А. В. Аверин, В. В. Дубов // Главная медицинская сестра. – 2013. – № 5. – С. 21-34.
30. Вялков, А. И. Управление качеством в медицинских учреждениях / А. И. Вялков, П. А. Воробьева // Главврач. – 2013. – № 3. – С. 59-69.
31. Вялков, А. И. Управление качеством медицинской помощи / А. И. Вялков, В. З. Кучеренко, С. Л. Вардосанидзе и др. // Главный врач. – 2007. – № 10. – С. 23-39.
32. Вялков, А. И. Управление качеством медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении на современном этапе / А. И. Вялков, Р. А. Хальфин // Главврач. – 2009. – № 3. – С. 16-25.
33. Габоян, Я. С. Организация деятельности сестринского персонала в отделении сестринского ухода / Я. С. Габоян, О. В. Логвинова // Медицинская сестра. – 2006. – № 6. – С. 7-9.
34. Габоян, Я. С. Экспертная оценка деятельности медицинских сестер стационара / Я. С. Габоян // Медицинская помощь. – 2008. – № 3. – С. 41-43.
35. Гаджиев, Р. С. Качество и эффективность труда медицинских сестер городских поликлиник / Р. С. Гаджиев, Н. О. Садраддинова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – № 1. – С. 49-51.
36. Гаджиев, Р. С. Качество медицинской помощи населению пожилого и старческого возраста в городских поликлиниках / Р. С. Гаджиев,

Р. Ш. Рагимова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 2. – С. 36-39.

37. Галкин, Р. А. Одинокая старость: медицинские и социальные проблемы / Р. А. Галкин, И. А. Гехт, О. Г. Яковлев. – Самара: Перспектива, 2005. – 307 с.

38. Галкин, Р. А. Организация медико-социальной помощи лицам пожилого возраста в сельской местности / Р. А. Галкин, И. А. Гехт, С. А. Суслин. – Самара: Перспектива, 2001. – 208 с.

39. Гехт, И. А. Постарение населения и программы модернизации здравоохранения / И. А. Гехт, Г. Б. Артемьева // Клиническая геронтология. – 2011. – № 11. – С. 51-52.

40. Гехт, И. А. Самооценка состояния здоровья одинокими пожилыми людьми / И. А. Гехт // Клиническая геронтология. – 2003. – № 9. – С. 14.

41. 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.

42. Голенков, А. В. Удовлетворенность больных сестринским уходом и лечением в психиатрическом стационаре / А. В. Голенков, Н. С. Ожиганова // Главная медицинская сестра. – 2010. – № 8. – С. 143-153.

43. Голубева, А. П. Теоретические основы управления качеством медицинской помощи / А. П. Голубева // Главная медицинская сестра. – 2003. – № 2. – С. 41-47.

44. Голубева, Е. Ю. Оценка потребности в уходе/обслуживании как ключевая составляющая в планировании услуг для лиц пожилого возраста / Е. Ю. Голубева, Р. И. Данилова // Клиническая геронтология. – 2009. – № 12. – С. 23-27.

45. Горохова, З. П. Лечебно-профилактическая и реабилитационная помощь лицам пожилого и старческого возраста в условиях гериатрического

центра / З. П. Горохова // Клиническая геронтология. – 2006. – № 4. – С. 35-37.

46. Греков, И. Г. Высокотехнологичные сестринские клинические манипуляции в лечебных отделениях ЛПУ / И. Г. Греков // Главная медицинская сестра. – 2005. – № 9. – С. 35-47; № 10. – С. 55-69.

47. Греков, И. Г. Критерии оценки клинической деятельности сестринских служб многопрофильной больницы / И. Г. Греков // Главная медицинская сестра. – 2001. – № 8. – С. 35-41.

48. Греков, И. Г. Об оценки эффективности управления и организации сестринских служб лечебных отделений многопрофильных больниц / И. Г. Греков // Экономическое здравоохранение. – 2005. – № 2. – С. 10-14.

49. Грекова, И. И. Анализ некоторых показателей качества оказания медицинских услуг средним медицинским персоналом в условиях дневного стационара / И. И. Грекова, В. А. Затева // Главная медицинская сестра. – 2013. – № 3. – С. 109-112.

50. Гусарова, Г. И. Опыт развития стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи в Самарской области / Г. И. Гусарова, С. И. Кузнецов, В. В. Павлов // Здравоохранение. – 2004. – № 6. – С. 61-64.

51. Двойников, С. И. Основные характеристики качества сестринского образования / С. И. Двойников, Л. А. Пономарева // Медицинская сестра. – 2004. – № 4. – С. 38-42.

52. Двойников, С. И. Управление качеством медицинской помощи. Качество сестринской помощи / С. И. Двойников // Сестринское дело. – 2010. – № 3. – С. 11-13.

53. Дементьева, Н. Ф. Анализ состояния и тенденция развития медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов / Н. Ф. Дементьева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2006. – № 2. – С. 6-10.

54. Дементьева, Н. Ф. К проблеме взаимодействия органов социальной защиты и здравоохранения в обслуживании пожилых людей на дому / Н. Ф. Дементьева, Д. П. Рязанов // Государство и общество: проблемы социальной ответственности. Материалы IX научных чтений МГСУ. – М.: МГСУ «Союз», 2003. – С. 207–209.

55. Денисов, И. Н. Качество работы городской поликлиники: мнение пациентов / И. Н. Денисов, А. И. Иванов, Л. А. Менамед // Проблемы городского здравоохранения. – 2000. – № 5. – С.136-144.

56. Дудинова, Е. В. Опыт работы отделения милосердия / Е. В. Дудинова, О. В. Копотиенко, Ю. М. Гордюшин // Медицинская помощь. – 2008. – № 6. – С. 47-48.

57. Егоров, В. В. Гериатрическая служба России. Основные тенденции развития / В. В. Егоров // Клиническая геронтология. – 2007. – № 3. – С. 67-72.

58. Егорова, Л. Сестринское дело в гериатрии / Л. Егорова // Сестринское дело. – 2008. – № 7. – С. 22.

59. Жирова, М. Н. Организация специализированного ухода за пожилыми пациентами / М. Н. Жирова, Л. А. Ярош // Стратегия развития сестринского дела – Самара: Перспектива, 2002. – С. 86.

60. Жихарева, Н. А. Научное обоснование процессуальной модели управления качеством сестринской помощи: автореф. дис. ... канд. мед. наук. : 14.00.33 / Н. А. Жихарева. – СПб., 2007. – 22 с.

61. Журавкова, Л. А. Опыт работы медико-социального отделения городского гериатрического центра / Л. А. Журавкова // Клиническая геронтология. – 2005. – № 7. – С. 32-35.

62. Журилов, Н. В. Медико-правовое обеспечение гериатрической помощи населению / Н. В. Журилов, И. Е. Сокорева // Медицинская сестра. – 2006. – № 6. – С. 5-6.

63. Задворная, О. Л. Критерии оценки качества медицинской помощи среднего медперсонала / О. Л. Задворная // Медицинская помощь. – 1995. – № 3. – С. 9-11.
64. Захаров, И. А. Сравнительная оценка качества сестринской помощи по различным направлениям деятельности / И. А. Захаров, Е. А. Захарова // Главная медицинская сестра. – 2004. – № 11. – С. 33-46.
65. Зиборова, Т. В. Контроль как функция управления сестринским персоналом / Т. В. Зиборова, Л. А. Высотина, С. М. Безроднова // Медсестра. – 2011. – № 2. – С. 45-50.
66. Иванова, Н. В. Работа отделения сестринского ухода на базе городской клинической больницы № 4 г. Москвы / Н. В. Иванова, И. Е. Чурикова // Главная медицинская сестра. – 2008. – № 9. – С. 61-76.
67. Иванюшкин, А. Я. История и этика сестринского дела / А. Я. Иванюшкин, А. К. Хетагурова. – М.: ГОУ ВУНМЦ, 2003. – 320 с.
68. Какорина, Е. П. Состояние и перспективы развития медицинской помощи пожилым в Российской Федерации / Е. П. Какорина // Главная медицинская сестра. – 2008. – № 9. – С. 11-20.
69. Какорина, Е. П. Проблемы медицинского обслуживания пожилых в России / Е. П. Какорина, А. Г. Роговина, С. Н. Чемякина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 2. – С. 32-37.
70. Камаев, И. А. Некоторые особенности медико-социальной помощи пожилым проживающим в сельской местности / И. А. Камаев, Т. А. Кабакова, С. В. Камардин / Здравоохранение Российской Федерации. – 2004. – № 3. – С. 41-43.
71. Камынина, Н. Н. К вопросу о перспективах развития сестринского дела / Н. Н. Камынина // Медицинская сестра. – 2011. – № 2. – С. 35-40.
72. Канина, И. Р. Анализ удовлетворенности населения качеством работы сестринского персонала первичного звена на примере городской по-

ликлиники / И. Р. Канина // Главная медицинская сестра. – 2009. – № 9. – С. 34-42.

73. Карюхин, Э. В. Потребности пожилых людей в медико-социальной помощи // Проблемы старости: духовные, медицинские и социальные аспекты: Сб. трудов. – М.: Свято-Дмитриевское училище сестер милосердия, 2003. – С. 25-29.

74. Катвина, Н. В. Оценка удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием в стационаре медико-санитарной части / Н. В. Катвина, И. Г. Астафьева // Главврач. – 2005. – № 5. – С. 57-61.

75. Кирбасова, Н. П. Контроль качества медицинской помощи по результатам экспертной оценки ее критериев / Н. П. Кирбасова, А. Б. Погорелова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2005. – № 5. – С. 16-22.

76. Ключникова, В. Е. Проблемы организации сестринской работы в геронтологии / В. Е. Ключникова // Медицинская сестра. – 2008. – № 10. – С. 23-26.

77. Козак, В. С. Контроль качества работы медицинских сестер / В. С. Козак. – М.: ГРАНТЪ, 2004. – 72 с.

78. Козак, В. С. Контроль сестринского персонала ЛПУ и его роль в улучшении качества медицинской помощи / В. С. Козак // Главный врач. – 2005. – № 1. – С. 27-31.

79. Кокарев, Ю. С. Методологические аспекты исследования способностей к самообслуживанию престарелых, проживающих в геронтологическом центре / Ю. С. Кокарев, О. В. Бабичева, А. В. Орловский // Актуальные проблемы гериатрии: сб. научных трудов. – СПб., 2001. – С. 151-152.

80. Комаревцева, Н. Б. Роль медицинской сестры в повышении качества медицинской помощи / Н. Б. Комаревцева, Л. Н. Радышевская // Поликлиника. – 2006. – № 2. – С. 105-106.

81. Коновалова, Т. В. Опыт организации и оценки качества работы среднего медицинского персонала в дневном стационаре женской консультации / Т. В. Коновалова // Главная медицинская сестра. – 2006. – № 3. – С. 13-24; № 4. – С. 13-25.

82. Копырина, И. Д. Модель медико-социального ухода за пожилыми людьми, действующая в Финляндии: возможность адаптации в социально-экономических условиях России / И. Д. Копырина, А. Л. Арьев, М. В. Малаховская // Клиническая геронтология. – 2007. – № 3 – С. 50-62.

83. Короткова, А. В. Методические аспекты и информационное обеспечение улучшения качества в региональных системах здравоохранения / А. В. Короткова. – М.: ЦНИИОИЗ. – 2005. – 96 с.

84. Коршунова, Т. А. Опыт организации работы специализированных отделений медико-социальной помощи, обслуживающих граждан пожилого и старческого возраста / Т. А. Коршунова // Главная медицинская сестра. – 2005. – № 1. – С. 57.

85. Косарева, Н. Н. Управление сестринским персоналом как одна из составляющих качества сестринской медицинской помощи / Н. Н. Косарева // Главная медицинская сестра. – 2008. – № 3. – С. 29-35.

86. Криушин, С. И. Инновация в работе медсестер госпиталя для ветеранов / С. И. Криушин, Е. Ю. Пегова // Сестринское дело. – 2006. – № 5. – С. 36-39.

87. Кудрина, Т. В. Об опыте использования метода хронометража для оценки деятельности сестринского персонала / Т. В. Кудрина, Д. Л. Мушников, Т. В. Кудряшова // Главная медицинская сестра. – 2006. – №1. – С. 31-33.

88. Кудрина, Т. В. Разработка качественных показателей деятельности сестринского персонала в городской больнице восстановительного лечения г. Иваново (на примере должности старшей медицинской сестры) / Т. В. Кудрина // Главная медицинская сестра. – 2005. – №4. – С. 19-32.

89. Кузнецов, А. И. Роль медицинских сестер в повышении качества жизни пожилого человека / А. И. Кузнецов, И. Ю. Кичатова, А. И. Кузнецов, В. С. Никонова // Стратегия развития сестринского дела: Сб. тезисов и статей научно-практической конференции. – Самара: Феникс, 2002. – С. 152-153.

90. Кузнецов, В. П. Организационно-правовые и гуманитарные принципы работы отделения сестринского ухода в участковой больнице / В. П. Кузнецов, Б. А. Ильин, О. П. Шевцова // Здравоохранение. – 2005. – № 7. – С. 35-37.

91. Кулигин, А. В. Палаты сестринского ухода / А. В. Кулигин, Л. А. Лазарева // Медицинская сестра. – 2005. – № 5. – С. 17-18.

92. Кулигин, Т. И. Пути улучшения качества сестринской помощи в городской многопрофильной больнице / Т. И. Кулигин // Сестринское дело. – 2005. – № 6. – С. 28-29.

93. Кучеренко, В. З. Некоторые подходы к оценке качества лечебно-диагностического процесса / В. З. Кучеренко, Е. П. Яковлев, Ю. Н. Кудрявцев, А.С. Трофимов // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – № 1. – С. 13-17.

94. Лазебник, Л. Б. Демографические аспекты старения населения Москвы, России и стран СНГ (пленарный доклад): XIII Международная научно-практическая конференция "Пожилой больной. Качество жизни" / Л. Б. Лазебник, Ю. В. Конев // Клиническая геронтология. – 2008. – № 12. – С. 3-6.

95. Лазебник, Л. Б. Медико-социальная помощь пожилым группы повышенного риска / Л. Б. Лазебник, Ю. В. Конев // Клиническая геронтология. – 2005. – № 1. – С. 88-91.

96. Лапик, С. В. Модели сестринского ухода за пациентом / С. В. Лапик // Главная медицинская сестра. – 2005. – № 2. – С. 41-46.

97. Лапотников, В. А. Сестринская оценка проблем больного как методологический компонент повышения качества сестринской помощи /

В. А. Лапотников, В. В. Самойленко, И. В. Поляков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – № 5. – С. 32-36.

98. Лапотников, В. А. Сестринский уход: пособие / В. А. Лапотников, В. Н. Петров, А. Г. Захарчук. – Издательство: Диля, 2007. – 384 с.

99. Лаптева, Е. С. Организация контроля качества сестринского ухода в лечебно-профилактических учреждениях / Е. С. Лаптева, Т. Ю. Павлович // Медицинская сестра. – 2007. – № 8. – С. 4-13.

100. Линденбратен, А. Л. Оценка качества и эффективности работы среднего медицинского персонала / А. Л. Линденбратен // Медицинская помощь. – 1999. – № 5. – С. 6-9.

101. Лисанов, А. И. Управление качеством медицинской помощи оказываемой медсестрами / А. И. Лисанов // Сестринское дело. – 1998. – № 2. – С. 5-6.

102. Лисанов, А. И. Управление качеством медицинской помощи оказываемой медсестрами / А. И. Лисанов // Сестринское дело. – 1998. – № 3. – С. 5-7.

103. Логвинова, О. В. Организация деятельности сестринского персонала в отделении сестринского ухода / О. В. Логвинова, Я. С. Габоян // Медицинская сестра. – 2006. – № 6. – С. 7-9.

104. Луговой, В. Е. Здоровье населения пожилого возраста / В. Е. Луговой // Здравоохранение Российской Федерации. – 2002. – № 3. – С. 27-28.

105. Лушникова, Е. Б. Роль старшей медицинской сестры дневного стационара поликлиники в повышении качества работы сестринского персонала / Е. Б. Лушникова // Главная медицинская сестра. – 2009. – № 10. – С. 11-19.

106. Лысов, Н. А. Результаты анкетирования пациентов по вопросам качества сестринской помощи / Н. А. Лысов, О. П. Пензина, И. О. Прохоренко и др. // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 4 (часть 1). – С. 80-83.

107. Лычев, В. Г. Контроль качества деятельности медицинской сестры / В. Г. Лычев, В. К. Карманов // Медицинская сестра. – 2006. – № 5. – С. 31-34.
108. Максимова, Т. М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения / Т. М. Максимова, Н. П. Лушкина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – № 3. – С. 3-7
109. Малышева, Е. В. Анализ затрат рабочего времени медсестры приемного отделения многопрофильного стационара / Е. В. Малышева // Медицинская сестра. – 2008. – № 5. – С. 34-35.
110. Мамаева, Н. Л. Значение сестринской педагогики для повышения качества медицинской помощи геронтологическим пациентам / Н. Л. Мамаева, Г. М. Злобина // Главная медицинская сестра. – 2004. – № 5. – С. 129-138.
111. Мезенцева, Е. В. Оценка средним медицинским персоналом структурных перемен в здравоохранении / Е. В. Мезенцева, В. М. Шипова // Главная медицинская сестра. – 2003. – № 3. – С. 63-70.
112. Михайлова, Г. Д. Подготовка специалистов-медиков среднего звена в области социально-медицинской реабилитации пожилых людей / Г. Д. Михайлова, Е. Н. Фроленко // Медицинская сестра. – 2008. – № 10. – С. 21-22.
113. Михайлова, Л. А. Ресурсы здравоохранения и отдельные показатели деятельности ЛПУ Российской Федерации в 2004 г. / Л. А. Михайлова // Главная медицинская сестра. – 2005. – № 9. – С. 65-68.
114. Мишин, В. М. Управление качеством. Учебник / В. М. Мишин. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2005. – 464 с.
115. Морозов, П. Н. Оценка помощи по результатам социологического опроса пациентов / П. Н. Морозов // Экономическое здравоохранение. – 2005. – № 5 – 6. – С. 41-44.

116. Москвичева, М. Г. Организация ведомственной экспертизы качества работы среднего медицинского персонала в учреждениях здравоохранения Челябинской области / М. Г. Москвичева // Главная медицинская сестра. – 2009. – № 12. – С. 55-77.

117. Мочкин, И. А. Организация медицинской помощи лицам пожилого возраста / И. А. Мочкин // Главврач. – 2006. – № 12. – С. 46-48.

118. Мурашова, Л. Ф. Контроль качества работы медицинской сестры в городской больнице / Л. Ф. Мурашова // Медицинская сестра. – 2004. – № 1. – С. 7-8.

119. Назаренко, Г. И. Технология управления качеством сестринского процесса в стационаре / Г. И. Назаренко, В. Т. Ролько // Главная медицинская сестра. – 2005. – № 11. – С. 25-35.

120. Назаренко, Г. И. Технология управления сестринским процессом в лечебно-профилактическом учреждении / Г. И. Назаренко, В. Т. Ролько, Н. И. Пахомова // Проблемы управления здравоохранением. – 2004. – № 6. – С. 34-41.

121. Накатис, Я. А. Опыт создания и работы "Мини-госпиталя" по типу отделения сестринского ухода / Я. А. Накатис, Р. Н. Григорьева, И. С. Бахтина и др. // Главная медицинская сестра. – 2002. – № 1. – С. 19-28.

122. О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в Российской Федерации: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 июля 1999 г. № 297 // Главная медицинская сестра. – 2000. – № 5. – С. 137-166.

123. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323 // Интернет-версия справочно-правовой системы «Консультант-Плюс». – режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=148520>.

124. Орлова, И. В. Оптимизация сестринского ухода за пациентами, страдающими психическими расстройствами в пожилом и старческом возрасте / И. В. Орлова // Медицинская сестра. – 2011. – № 1. – С. 44-48.
125. Осетрова, Т. В. Задачи медико-социальной помощи пациентам пожилого и старческого возраста на амбулаторно-поликлиническом этапе / Т. В. Осетрова, И. В. Островская // Медицинская сестра. – 2010. – № 6. С. – 18-20.
126. Островская, И. В. Анализ составляющих сестринской деятельности в России в 1919-1994 гг. / И. В. Островская // Медицинская сестра. – 2006. – № 8. – С. 38-42.
127. Папуцкая, Г. И. Качество сестринской помощи / Г. И. Папуцкая // Клиническая геронтология. – 2005. – № 7. – С. 47-49.
128. Пензина, О. П. Результаты анкетирования медицинских сестер в разработке критериев качества сестринской помощи / О. П. Пензина, Н. А. Лысов, А. А. Девяткин // Медицинские науки. – 2011. – № 10. – С. 545-547.
129. Петрова, Н. Г. Мнение пациентов как важный критерий качества медицинской помощи / Н. Г. Петрова, С. А. Балохина, М. М. Мартиросян и соавт. // Проблемы управления здравоохранением. – 2009. – № 1. – С. 59-61.
130. Пивень, Д. В. Совершенствование нормативно-правового регулирования обеспечения качества медицинской помощи в Российской Федерации / Д. В. Пивень, И. С. Кицул // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. – 2010. – № 5. – С. 36-47.
131. Подопригора, Г. М. Качество жизни пожилых людей и организация их медико-социального обслуживания / Г. М. Подопригора // Медицинская сестра. – 2008. – № 5. – С. 15-16.
132. Подопригора, Г. М. Особенности сестринского ухода в гериатрии / Г. М. Подопригора // Сестринское дело. – 2007. – № 1. – С. 10-15.

133. Подопригора, Г. М. Роль медицинской сестры в оказании гериатрической помощи / Г. М. Подопригора // Сестринское дело. – 2007. – № 2. – С. 22–23.
134. Постоялко, Л. А. Управление качеством медицинской помощи – краеугольный камень современной системы управления здравоохранением / Л. А. Постоялко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2003. – №4. – С. 3-6.
135. Пушкова, Э. С. Медицинская карта гериатрического больного / Э. С. Пушкова, Г. М. Подопригора // Сестринское дело. – 2004. – № 2. – С. 26-29.
136. Пушкова, Э. С. Модель работы медицинской сестры в гериатрии / Э. С. Пушкова, Г. М. Подопригора, С. В. Шарин // Клиническая геронтология. – 2005. – № 7. – С. 39-40.
137. Пушкова, Э. С. Оказание медико-социальной помощи лицам пожилого возраста / Э. С. Пушкова, И. В. Маругина // Главврач. – 2005. – № 5. – С. 33-40.
138. Решетников, А. В. Социология обязательного медицинского страхования / А. В. Решетников // Социология медицины. – 2012. – №1. – С. 3-9.
139. Решетников, А. В. Становление и развитие социологии медицины / А. В. Решетников // Социология медицины. – 2002. – № 1. – С. 4-13.
140. Решетников А. В. Экономика здравоохранения: учебное пособие. 2-е изд. / А. В. Решетников, В. А. Алексеева, С. А. Ефименко и др.– М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010. – 272 с.
141. Рожковская, З. И. Создание в ЛПУ благоприятных условий для пациентов пожилого и старческого возрастов: роль сестринского персонала / З. И. Рожковская // Главная медицинская сестра. – 2006г. – № 7. – С. 17-22.

142. Рубцов, А. В. Влияние постарения населения на развитие медико-социальных услуг / А. В. Рубцов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2005. – № 1. – С. 12-16.
143. Русакова, И. Ю. Организация медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста / И. Ю. Русакова // Сестринское дело. – 2005. – № 7. – С. 22-23.
144. Сальникова, О. А. Анкетирование как инструмент повышения качества медсестринского обслуживания пациентов / О. А. Сальникова // Главная медицинская сестра. – 2003. – № 9. – С. 39-41.
145. Санникова, Н. И. Изучение использования рабочего времени палатными медицинскими сестрами / Н. И. Санникова, Г. А. Башкирова // Главная медицинская сестра. – 2003. – № 1. – С. 119-122.
146. Светличная, Т. Г. Система сестринского обслуживания и факторы, способствующие развитию спроса на сестринские услуги / Т. Г. Светличная // Главврач. – 2009. – № 2. – С. 18-22.
147. Свиридова, И. А. Управление качеством сестринских услуг в учреждениях первичной медико-санитарной помощи / И. А. Свиридова // Главная медицинская сестра. – 2003. – № 9. – С. 33-38.
148. Селиверстова, Н. А. Специфика организации работы медицинских сестер в домах-интернатах в зависимости от социально-психологических особенностей проживающих в них лиц / Н. А. Селиверстова, И. Г. Греков // Главная медицинская сестра. – 2008г. – № 5. – С. 33-38.
149. Семакова, В. Г. Зарубежные модели стандартизации обслуживания и качество социальных услуг для пожилых людей / В. Г. Семакова, Е. Ю. Голубева // Бюллетень СГМУ. – 2007. – № 1. – С. 146-147.
150. Сенкевич, Ю. В. Оценка эффективности медико-социального обслуживания / Ю. В. Сенкевич // Социально-психологическая работа с пожилыми людьми: опыт Кузбасса. Сб. уч.-метод. статей. – М.: МПГУ, 2002. – С. 92.

151. Сергиенко, В. И. Математическая статистика в клинических исследованиях / В. И. Сергиенко, И. Б. Бондарева. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 256 с.
152. Серегина, И. Ф. Доступность и качество медицинской помощи: будет ли преодолена полоса препятствий? / И. Ф. Серегина // Вестник Росздравнадзора. – 2009. – № 5. – С. 40-45.
153. Серегина, И. Ф. Качество и доступность медицинской помощи – суть реформы здравоохранения / И. Ф. Серегина // Здравоохранение. – 2004. – № 12. – С. 15-20.
154. Серегина, И. Ф. Об организации контроля качества медицинской помощи населению / И. Ф. Серегина // Здравоохранение. – 2008. – № 2. – С. 29-36.
155. Солодухина, Д. П. Оценка потребности пожилых пациентов в медицинской и социальной помощи в период ремиссии / Д. П. Солодухина, Л. Х. Георгиева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 3. – С. 36-38.
156. Солодухина, Д. П. Потребность пожилых пациентов в медицинской и социальной помощи после выписки из стационара / Д. П. Солодухина, Л. Х. Георгиева // Клиническая геронтология. – 2010. – № 11-12. – С. 36-40.
157. Солонинкина, Л. Ф. Критерии оценки деятельности сестринского персонала / Л. Ф. Солонинкина // Главная медицинская сестра. – 2008. – № 2. – С. 17-29.
158. Солонинкина, Л. Ф. Критерии оценки деятельности сестринского персонала / Л. Ф. Солонинкина // Главная медицинская сестра. – 2008. – № 3. – С. 30-41.
159. Сопина, З. Е. Управление качеством сестринской помощи. Учебное пособие / З. Е. Сопина, И. А. Фомушкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 176 с.

160. Стрючков, В. В. Организация отделения сестринского ухода за пожилыми людьми в условиях ЦРБ. Опыт Каменской ЦРБ Пензенской области / В. В. Стрючков, Т. В. Кузнецова, А. Ф. Садовникова // Главный врач. – 2004. – № 11. – С. 24-26.

161. Суслин, С. А. Методические подходы к оценке деятельности медицинского персонала / С. А. Суслин, Н. В. Стафорандова // Заместитель главного врача. Приложение к журналу «Главврач». – 2012. – № 2. – С. 10-16.

162. Суслин, С. А. Опыт оказания медико-социальной помощи пожилым сельским жителям средним медицинским персоналом / С. А. Суслин // Главная медицинская сестра. – 2001. – № 5. – С. 9-13.

163. Суслин, С. А. Современные подходы к определению качества медицинской помощи / С. А. Суслин // Здравоохранение. – 2010. – № 9. – С. 25-32.

164. Тихонова, Н. В. Психологический статус пожилого пациента как основа комплексной реабилитации (на примере КГЦ Уют) / Н. В. Тихонова, Н. И. Бондаренко, В. А. Кирсанова // Современное общество, образование и наука. – Тамбов: ТРОО Бизнес-Наука-Общество, 2013. – С. 19-25.

165. Ткач, О. А. Система управления качеством медицинской помощи / О. А. Ткач // Главврач. – 2012. – № 5. – С. 33-37.

166. Толкачева, И. В. Данные изучения затрат рабочего времени медсестры-менеджера / И. В. Толкачева, И. А. Николаева, А. С. Кулабухова // Медицинская сестра. – 2006. – № 1. – С. 33-34.

167. Толченев, Б. А. Медико-социальная помощь немобильным больным пожилого возраста в условиях мегаполиса / Б. А. Толченев, Н. В. Кутузова // Успехи геронтологии. – 2009. – Т.22. – № 2. – С. 364-367.

168. Труханова, И. Н. Анализ затрат рабочего времени медицинской сестры стационара по данным хронометража / И. Н. Труханова, Т. В. Бухалова, С. В. Лапик // Главная медицинская сестра. – 2008. – № 1. – С. 90-96.

169. Турчина, Ж. Е. Сестринское дело в гериатрии. Учебное пособие / Ж. Е. Турчина, Е. Г. Мягкова. – Ростов н/Д.: Феникс, 2006. – 192 с.

170. Тюлькина, Е. Е. Контроль и оценка деятельности медицинских сестер лечебных отделений больницы на примере процедурной медсестры / Е. Е. Тюлькина, Я. С. Габоян, Е. Б. Лушникова // Главная медицинская сестра. – 2009. – № 4. – С. 55-63.

171. Тютерева, Н. А. Анализ качества сестринской помощи в городской больнице / Н. А. Тютерева, Ж. Е. Смагина // ВСО. Научные исследования в сестринской практике. – 2008. – № 1. – С. 29-34.

172. Фетищева, И. Качество сестринской помощи / И. Фетищева // Сестринское дело. – 2002. – № 1. – С.14-16.

173. Филатова, Е. В. Исследование качества обслуживания дома-интернатах / Е. В. Филатова // Психология зрелости и старения. – 2003. – № 2 (22). - С. 101-111.

174. Фомина, Е. В. Разработка программ совершенствования качества работы медицинских сестер на основании влияющих на него факторов / Е. В. Фомина // Главная медицинская сестра. – 2003. – № 2. – С. 48-53.

175. Хабриев, Р. У. Контроль и надзор – неотъемлемые элементы обеспечения доступности и качества медицинской помощи / Р. У. Хабриев, И. Ф. Серегина // Здравоохранение. – 2006. – № 1. – С 14-18.

176. Хабриев, Р. У. Оценка качества медицинской помощи с использованием индикаторов / Р. У. Хабриев, А. С. Юрьев, А. Л. Верткин, и др. // Главврач. – 2006. – № 7. – С.49-53.

177. Хафизьянова, Р. Х. Проблема разработки качества оказания медицинской помощи и пути ее оптимизации / Р. Х. Хафизьянова, И. М. Бурькин, Г. Н. Алеева // Экономика здравоохранения. – 2011. – № 11-12. – С. 50-56.

178. Чеботарев, Д. Ф. Слово о старости: монография / Д. Ф. Чеботарев. – М.: Знание, 1992. – 63 с.

179. Чемелева, В. В. Контроль и оценка качества работы медицинских сестер в многопрофильном стационаре на примере работы палатной медицинской сестры / В. В. Чемелева, Н. Н. Камынина, Ю. В. Анохина // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. – № 12. – С. 42-49.

180. Шабалин, В. Н. Актуальные проблемы медико-социальной помощи населению старших возрастных групп в России / В. Н. Шабалин // Здравоохранение РФ. – 1999. – № 3. – С. 25-32.

181. Шабалин, В. Н. Организация охраны здоровья пожилых людей в современном мире / В. Н. Шабалин // Медицинская сестра. – 2008. – № 5. – С. 3-4.

182. Шабалин, В. Н. Организация работы гериатрической службы в условиях прогрессирующего демографического старения населения Российской Федерации / В. Н. Шабалин // Успехи геронтологии. – 2009. – Т. 22. – № 1. – С. 186-195.

183. Шабров, А. В. Оценка качества и уровня организации работы медицинских сестер / А. В. Шабров, И. В. Поляков, Т. М. Зеленская и др. // Мир Медицины. – 1999. – № 5-6. – С. 5.

184. Шамрай, Е. А. Анализ системы управления сестринским персоналом в учреждении здравоохранения / Е. А. Шамрай // Медицинская сестра. – 2012. – № 3. – С. 16-19.

185. Шафиров, А. А. Опыт организации работы отделения сестринского ухода на базе Центральной городской больницы г. Донецка / А. А. Шафиров, С. В. Пчелкина // Главная медицинская сестра. – 2004. – № 3. – С. 25-34.

186. Шевченко, В. В. Социально-гигиеническая характеристика лиц пожилого и старческого возраста в Красноярске / В. В. Шевченко, А. А. Модестов, А. В. Подкорытов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2002. – № 2. – С. 27-30.

187. Шереги, Ф. Э. Основы прикладной социологии: Учебник для вузов / Ф. Э. Шереги, М. К. Горшкова. – М: Центр социального прогнозирования, 1995. – С. 150-155.

188. Шикина, И. Б. Обеспечение безопасности пациентов пожилого и старческого возраста в условиях стационара / И. Б. Шикина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 6. – С. 44-45.

189. Шипова, В. М. Рекомендации по нормированию труда и анализу работы среднего медицинского персонала / В. М. Шипова, Г. М. Гайдаров. – М: НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко, 1995. – 20 с.

190. Шляфер, С. И. Современная демографическая ситуация по старению населения России / С. И. Шляфер // Главврач. – 2013. – № 1. – С. 39-46.

191. Щепин, О. П. Диспансеризация и здравоохранение России: сообщение I. Состояние здоровья населения и организация профилактических осмотров / О. П. Щепин, О. Е. Петручук, Р. В. Коротких, Ф. А. Давлетшин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 2. – С. 3-7.

192. Щепин, О. П. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О. П. Щепин, А. Л. Стародубов, В. И. Линденбрaten и др. – М.: Медицина, 2002. – 157 с.

193. Черникова, О. М. Комплексная оценка качества медицинской помощи в многопрофильной клинике / О. М. Черникова, Г. В. Сидорова, М. Э. Пусева, И.И. Арсентьева // Здравоохранение Российской Федерации. – 2012. – № 3. – С. 12-16.

194. Чернова, Т. В. Роль сестринского персонала в улучшении качества медицинской помощи / Т. В. Чернова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – № 1. – С. 46-47.

195. Эртуханов, М.-Ш. С. Анализ организации медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста в условиях сложной социально-экономической обстановки в регионе / М.-Ш. С. Эртуханов, А. К. Ревской // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2012. – № 1. – С. 42-44.
196. Ярошенко, А. Н. Оценка качества и эффективности работы многопрофильной больницы / А. Н. Ярошенко // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 1996. – № 6. – С. 36-37.
197. Ярцев, С. Е. Организационно-функциональная модель деятельности среднего медицинского персонала по оказанию медико-социальной помощи пожилым / С. Е. Ярцев, О. В. Андреева, О. А. Петрова, М. М. Макарова // *Главная медицинская сестра*. – 2009. – № 11. – С. 19-29.
198. Anderson, E. A. Strategic service quality management for health care / E. A. Anderson, L. A. Zwelling // *Am. J. Med. Qual.* – 1996. – Vol. 11. – P. 3-10.
199. Anderson, G. F. Population ageing: A comparison among industrialized countries / G. F. Anderson, P. S. Hussey // *Health aff (Millwood)*. – 2000. – № 19. – P. 191-203.
200. Bear, M. Using a nursing framework to establish a nurse-managed Senior Health Clinic / M. Bear, M. L. Brunell, M. Covelli // *J. Community Health Nurs.* – 1997. – Vol.14. – № 4. – P. 225-235.
201. Bergman, R. Nursing research for nursing practice. An international perspectives / R. Bergman. – London: Chapman and Hall, 1990. – 210 p.
202. Bower, K. A. Case management by nurses / K. A. Bower. – Kansas Citi: American Nurses Assotiation, 1992. – P. 13-15.
203. Brent, N. Nurses and the Law / N. Brent. – Philadelphia: wb Saunders, 1997. – P. 493-513.
204. Buchan, J. Global nursing shortages / J. Buchan // *Brit. Med. J.* – 2002. – Vol. 324. – P. 751-752.
205. Buerhaus, P. Managed Care and the Nurse Labor Market / P. Buerhaus, D. Staiger // *JAMA*. – 1996. – № 276. – P. 1487 - 1493.

206. Bulloug, B. Introduction: Nursing Practice Law / B. Bulloug. – New York, 1983. – P. 279.
207. Burton, J. R. The evolution of nursing homes into comprehensive geriatrics centers: a perspective/ J. R. Burton // J. Am. Geriatr. Soc. – 1994. – Vol. 42. – №7. – P. 794-796.
208. Callahan, C. M. Cost of health care for a community of older adults in an urban academic healthcare system/ C. M. Callahan, T. E. Stump, K. T. Stroupe, W. M. Tiemey // J. Am. Geriatr. Soc. – 1998. – Vol.46. – № 11. – P. 1371-1377.
209. Cohen, E. L. Nurse case management in the 21st centry / E. L. Cohen. – St. Louis: Mosby, 1996. – 86 p.
210. Cohen, E. L. Nursing case management: From concept to evaluation / E. L. Cohen, T. G. Cesta. – St. Louis: Mosby, 1993. – 172 p.
211. Collins, C. E. Models for community-based long-term care for the elderly in a changing health system / C. E. Collins, F. R. Butler, S. H. Gueldner, M. H. Palmer // Nurs. Outlook. – 1997. – Vol.45. – № 2. – P. 59-63.
212. Crosby, P. R. Qaulity is Free: The Art of Making Quality Certain / P. R. Crosby. – New York: McGraw-Hill, 1979. – 112 p.
213. Darton-Hill, I. Culture, aging and the quality of life. Quality of life of the elderly / I. Darton-Hill. – Sundai: Tohoku University School of Medicine, 1993 (WHO-CC monograph N2). – P. 4–21.
214. Donabedian, A. The quality of medical care methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs / A. Donabedian // Science. – 1987. – Vol. 200. – P. 856-864.
215. Durnsma, S. Quality control and geriatric medicine in the European Union / S. Durnsma, P. Overstall // Age and Ageing. – 2005. – Vol. 34. – № 2. – P. 104-106.
216. Ethridge, P. Professional nursing case management improves quality, access and costs / P. Ethridge, G. Lamb // Nursing Management. – 1989. – Vol. 20 (3). – P. 30-35.

217. Fisk, A. A. Comprehensive health care for the elderly / A. A. Fisk // JAMA. – 1983. – Vol. 249. – № 2. – P. 230-236.
218. Fralic, M. How is Demand for Registered Nurses in Hospital Setting Changing? / M. Fralic // Strategies for the Future of Nursing. Eds. O’Neil, J Coffman. – San Francisco. – 1998. – P. 64-86.
219. Giuliano, K. K. Nursing case management: Critical pathways to describe outcomes / K. K. Giuliano, C. E. Poirier // Nursing Management. – 1991. – Vol. 22 (3). – P. 52-55.
220. Gorman, M. Global ageing the non-governmental organization role in the developing world / M. Gorman // International Journal of Epidemiology. – 2002. – Vol. 31 (4). – P. 782-785.
221. Gosztonyi, G. Thoughts about standardization and quality management / G. Gosztonyi. – Budapest, 2000. – P. 23-25.
222. Grant, P. Formative evaluation of nursing orientation program: self-paced vs. lecture-discussion / P. Grant // J. Contin. Educ. Nurs. – 1993. – Vol. 24. – P. 245-248.
223. Ingram, B. L. Client satisfaction data and quality improvement planning in managed mental health care organizations / B. L. Ingram, R. S. Chung // Health Care Manag. Rev. – 1997. – Vol. 22. – P. 40-52.
224. Ishikawa, K. What is Total Quality Control? The Japanese Way / K. Ishikawa. – London: Prentice Hall, 1985. – 254 p.
225. Juran, J. M. Juran on Planning for Quality / J. M. Juran. – N.Y.: Free Press, 1988. – 366 p.
226. Kassirer, J. P. The quality of care and the quality of measuring it / J. P. Kassirer // N. Engl. J. Med. – 1993. – Vol. 329. – P.1263-1265.
227. Knickman, J. R. The 2030 problem: Caring for ageing baby boomers / J. R. Knickman, E. K. Snell // Health services research. – 2002. – Vol. 37 (4). – P. 849-884.

228. Lighter, D. E. Continuous Quality Improvement – What every physician leader needs to know. *The Physician's Essential MBA* / D. E. Lighter, M. J. Stahl, P. J. Dean. – Gaithersburg: Aspen Publications, 1999. – 250 p.
229. Martz, E. W. Advanced practice nurses (editorial) / E. W. Martz // *Del. Med. J.* – 1994. – Vol. 66. – P.291-293.
230. McLaughlin, C. P. Continuous quality improvement in health care / C. P. McLaughlin, C. P. Kaluzny. – Gaithersburg, Maryland: U.S. Aspen Publishers, 1994. – 140 p.
231. Potter, P. A. *Fundamentals of Nursing* / P. A. Potter, A. G. Perry. – St. Louis: Mosby, 1996. – 1540 p.
232. Rafferty, A. M. *Nursing History and the Politics of Nelfare* / A. M. Rafferty, J. Rutmans. – London, 1997. – 270 p.
233. Sirola-Karvinen, P. Clinical supervision for nurses in administrative and leadership positions: a systematic literature review of the studies focusing on administrative clinical supervision / P. Sirola-Karvinen, K. Hirkas // *J. Nurs. Manag.* – 2006. – Vol. 14 (8). – P. 601-609.
234. Sundeen, S. J. *Nurse Client Interaction* / S. J. Sundeen et al. – St. Louis: Mosby, 1998. – 359 p.
235. Talyigas, C. Standardization of care for the elderly. Ed. by Gathy V. *Introducing quality standards in care* / C. Talyigas. – Budapest, 2000. – P. 6-11.
236. Vaarama, M. *Managing Integrated Care for Older Persons* / M. Vaarama, R. Pieper. – Finland, 2005. – P. 285.
237. Wienes, J. M. Population ageing in the United States of America: implications for public programmes / J. M. Wienes, J. Tilly // *International Journal of Epidemiology.* – 2002. – Vol. 31 (4). – P. 776-781.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Карта хронометража рабочего времени среднего медицинского персонала стационарного учреждения, оказывающего медико-социальную помощь пожилым

Название учреждения _____

Отделение _____

ФИО медицинской сестры _____

Должность _____

Возраст _____

Стаж работы _____

Дата проведения исследования _____

Трудовые операции	Дата «__» _____ 20__ г.		
	Продолжительность (мин.)	Объем деятельности (всего)	
		время	штук
1. Выполнение врачебных назначений (процедуры, манипуляции, подготовка к диагностическим исследованиям, забор материала на исследование)			
2. Выполнение мероприятий по уходу за пациентом (смена белья, кормление, санитарно-гигиеническая обслуживание и т.д.)			
3. Общение с пациентом			
3.1. выявление и обсуждение проблем пациента			
3.2. предоставление дополнительной информации			
3.3. санитарно-просветительная работа			
4. Мониторинг состояния пациента (наблюдение за физиологическим и психологическим самочувствием пациента)			
5. Работа с лекарственными препаратами (получение, раздача, учет, хранение медикаментов)			
6. Работа с медицинской документацией (ведение и заполнение журналов, в т.ч. с использованием персонального компьютера)			
7. Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима (уборка рабочего места, дезинфекция и утилизация медицинских отходов и т.д.)			
8. Организационная работа (подготовка и участие в обходе, прием-сдача дежурства, подготовка к отчету, конференции и совещания)			
9. Вспомогательная деятельность (подготовка к работе)			
10. Личное время (отдых, прием пищи, личная гигиена)			
11. Другие разовые виды деятельности (указать)			

Листок самоучета рабочего времени среднего медицинского персонала стационарного учреждения, оказывающего медико-социальную помощь пожилым

Название учреждения _____

Отделение _____

Должность (палатная, процедурная медсестра и т.д.) _____

Возраст _____ Стаж работы _____

Квалификационная категория _____ Сертификат специалиста _____

Продолжительность рабочего дня (смены) _____ с _____ по _____ Всего часов _____

Количество пациентов приходящихся на 1 медицинскую сестру _____

Трудовые операции	Дата «__» _____ 20__ г.		
	Продолжительность (мин.)	Объем деятельности (всего)	
		время	штук
1. Выполнение врачебных назначений (процедуры, манипуляции, подготовка к диагностическим исследованиям, забор материала на исследование)			
2. Выполнение мероприятий по уходу за пациентом (смена белья, кормление, санитарно-гигиеническая обслуживание и т.д.)			
3. Общение с пациентом			
3.1. выявление и обсуждение проблем пациента			
3.2. предоставление дополнительной информации			
3.3. санитарно-просветительная работа			
4. Мониторинг состояния пациента (наблюдение за физиологическим и психологическим самочувствием пациента)			
5. Работа с лекарственными препаратами (получение, раздача, учет, хранение медикаментов)			
6. Работа с медицинской документацией (ведение и заполнение журналов, в т.ч. с использованием персонального компьютера)			
7. Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима (уборка рабочего места, дезинфекция и утилизация медицинских отходов и т.д.)			
8. Организационная работа (подготовка и участие в обходе, прием-сдача дежурства, подготовка к отчету, конференции и совещания)			
9. Вспомогательная деятельность (подготовка к работе)			
10. Личное время (отдых, прием пищи, личная гигиена)			
11. Другие разовые виды деятельности (указать)			

Анкета для пациентов

Кафедра экономики и управления здравоохранением и фармацией Саратовского государственного медицинского университета имени В.И. Разумовского в рамках проводимого исследования просит Вас заполнить анкету, посвященную оценке удовлетворенности пациентов качеством медико-социальной помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым.

Анкета является анонимной. Все полученные данные будут использованы исключительно в научных целях.

1. Ваш пол

- а) М
- б) Ж

2. Ваш возраст

- а) 55-64 лет
- б) 65-74 лет
- в) 75-89 лет
- г) 90 и старше

3. Ваше образование

- а) высшее
- б) незаконченное высшее
- в) среднее специальное
- г) среднее

4. Наличие и состав родственников

- а) нет родственников
- б) имеются дальние родственники
- в) имеются дети, проживающие отдельно
- г) иное _____

5. Имеется ли у Вас инвалидность

- а) нет
- б) первая группа
- в) вторая группа
- г) третья группа

6. В какой помощи Вы нуждаетесь постоянно?

- а) в услугах по доставке продуктов, лекарств
- б) помощи по дому
- в) медицинской помощи
- г) в посторонней помощи не нуждаюсь
- д) иное _____

7. Вы поступили в учреждение

- а) по рекомендациям медицинского работника
- б) по личному желанию
- в) по желанию родственников
- г) по рекомендациям знакомых
- д) иное _____

8. Распределите по важности (от 1 – самое важное до 5 – наименее важное) факторы, определяющие Ваше самочувствие и состояние здоровья

	Факторы	Ранговое место
а)	работа медицинских сестер	
б)	условия проживания (питание, чистота и т.д.)	
в)	мероприятия по организации досуга	
г)	врачебные назначения	
д)	возможности общения с более широким кругом людей	

9. Оцените влияние на качество сестринской помощи перечисленных элементов работы медицинской сестры в ЛПУ медико-социального профиля в баллах по 5-ти балльной шкале (1 – минимально значим, 5 – максимально влияет)

	Элементы	Ранговое место
а)	выполнение сестринских манипуляций	
б)	сестринский уход за пациентами	
в)	раздача лекарственных препаратов	
г)	ведение медицинской документации	
д)	соблюдение лечебно-охранительного режима	

10. Оказывается Вам со стороны медицинской сестры психологическая поддержка?

- а) да, медсестра регулярно общается, стремится помочь
- б) иногда
- в) медсестра никогда не интересуется моими проблемами

11. Распределите по важности (от 1 – самое важное до 5 – наименее важное) качества медицинских сестер, которыми они должны обладать.

	Качества	Ранговое место
а)	вежливость, тактичность	
б)	внимательность	
в)	исполнительность	
г)	профессионализм	
д)	общительность	

12. Должна ли медицинская сестра совершенствовать свои профессиональные знания, умения, навыки?

- а) да, постоянно
- б) нет

13. Какие, на Ваш взгляд, знания необходимо совершенствовать медицинской сестре в ЛПУ медико-социального профиля?

- а) медицинские (причины возникновения, симптомы заболеваний и т.д.)
- б) практические (техники выполнения манипуляций, процедур)
- в) особенностей ухода за пожилыми пациентами
- г) психологии общения с пациентами
- д) нормативно-правовых документов

14. Удовлетворены ли Вы в целом качеством сестринского обслуживания в учреждении?

- а) полностью удовлетворен (а)
- б) частично удовлетворен (а)
- в) не удовлетворен (а)

15. Что, по Вашему мнению, позволит улучшить качество сестринского обслуживания?

- а) увеличение количества медицинских сестер
- б) повышение мотивации у медицинских работников (премии, льготы)
- в) увеличение времени общения медицинского персонала с пациентом
- г) обеспечение учреждения современным оборудованием
- д) затрудняюсь ответить
- е) иное _____

16. За время пребывания в учреждении Ваше состояние

- а) значительно улучшается, что позволяет вести активный образ жизни
- б) немного улучшается, но некоторые проблемы остаются
- г) остается без изменений
- д) ухудшается

17. Оцените деятельности сестринского персонала в учреждении в разрезе следующих показателей по пятибалльной шкале (каждый показатель от 0 до 5 баллов).

№	Показатель	Оценка
1	Внешний вид медицинской сестры	
2	Качество сестринского ухода за пациентом	
3	Качество выполнения медицинской сестрой манипуляций, процедур	
4	Отношение медицинской сестры к пациенту	
5	Объем предоставляемой медицинской сестрой информации	

Благодарим Вас за участие в опросе.

Анкета для среднего медицинского персонала

Кафедра экономики и управления здравоохранением и фармацией Саратовского государственного медицинского университета имени В.И. Разумовского в рамках проводимого исследования просит Вас заполнить анкету, посвященную основным проблемам обеспечения качества сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым.

Анкета является анонимной. Все полученные данные будут использованы исключительно в научных целях.

1. Ваш пол

- а) М
- б) Ж

2. Ваш возраст

- а) 20-25 лет
- б) 26-30 лет
- в) 31-35 лет
- г) 36-40 лет
- д) 41-45 лет
- е) 46-50 лет
- ж) 51 и старше

3. Наличие образования

- а) высшее
- б) незаконченное высшее
- в) среднее специальное
- г) среднее специальное повышенного уровня

4. Наличие квалификационной категории

- а) высшая
- б) первая
- в) вторая
- г) нет категории

5. Общий медицинский стаж работы

- а) до 5 лет
- б) 5-10 лет
- в) 11-15 лет
- г) 16-20 лет
- д) 21-25 лет
- е) 26-30 лет
- ж) 31 и более лет

6. Каков Ваш стаж работы в учреждениях медико-социального профиля?

- а) до 5 лет
- б) 5-10 лет
- в) 11-15 лет
- г) 16-20 лет
- д) 21-25 лет
- е) 26-30 лет
- ж) 31 и более лет

7. Имеете ли Вы сертификат специалиста?

- а) да
- б) нет

Если да, то по какой специальности _____

8. Какова, по Вашему мнению, роль среднего медицинского персонала в учреждении, оказывающем медико-социальную помощь?

- а) играет главную роль (как самостоятельный персонал)
- б) вспомогательная роль (исполнителя)
- в) не играет существенной роли

9. Расставьте ранги важности (с 1-го – самый важный по 5-й – наименее важный) видов деятельности медицинской сестры в учреждении.

	Вид деятельности	Ранг
а)	выполнение врачебных назначений	
б)	осуществление мероприятий по уходу за пациентом	
в)	общение с пациентами	
г)	ведение медицинской документации	
д)	соблюдение лечебно-охранительного и санитарно-эпидемиологического режимов	

10. Как Вы оцениваете объем выполняемой Вами работы в учреждении?

- а) ниже нормы нагрузки
- б) соответствует норме нагрузки
- в) выше нормы нагрузки

11. Влияет ли выполнение сверхнормативного объема работы на качество оказания медицинской помощи медсестрой?

- а) снижает качество оказания сестринской помощи
- б) не оказывает влияния
- в) повышает качество оказания сестринской помощи

12. Имеется ли в учреждении сестринская документация (например «сестринская история болезни»)?

- а) да
- б) нет

13. Считаете ли Вы, что заполняемая медицинскими сестрами документация, дает информацию, позволяющую судить о качестве сестринской помощи?

- а) да
- б) нет

14. Считаете ли Вы необходимым, в целях повышения качества сестринской помощи, внедрение в учреждении сестринской документации и какой?

- а) нет
- б) да
 - сестринская история болезни
 - листы наблюдения за пациентом
 - иное _____

15. Как влияет дополнительное образование и обучение медсестер на качество сестринской помощи?

- а) положительно
- б) отрицательно
- в) не оказывает влияние

16. Нуждаетесь ли Вы в дополнительных знаниях и навыках, для более качественно-го выполнения своей работы?

- а) да
- б) нет

17. В дополнительных знаниях по какому направлению Вы нуждаетесь?

- а) психологических
- б) экономических (менеджер)
- в) юридических
- г) медицинских в рамках специального медицинского образования

18. Оцените в баллах по 5-тибалльной шкале (от 5 – самое важное до 1 – наименее важное). Какие, на Ваш взгляд, профессиональные знания необходимо совершенствовать медицинской сестре в ЛПУ медико-социального профиля?

	Знания	Оценка
а)	медицинские (причины возникновения, симптомы заболеваний и т.д.)	
б)	практические (техники выполнения манипуляций, процедур)	
в)	вопросы организации и контроля за качеством медицинской помощи	
г)	особенностей ухода за пожилыми пациентами	
д)	психологии общения с пациентами	
е)	нормативно-правовых документов	

19. Внедрены ли в деятельность учреждения стандарты сестринской помощи?

- а) да, внедрены
- б) планируется их внедрение
- в) не внедрены

Если Ваш ответ «да внедрены»: Руководствуетесь ли Вы ими в своей работе?

- а) да, постоянно
- б) иногда
- в) нет

20. Считаете ли Вы необходимым внедрить сестринские стандарты в деятельность учреждения и какие?

- а) нет
- б) да
 - организационные стандарты деятельности (введение новых должностей (медсестра-координатор, медсестра-консультант), специализация функций и т.д.)
 - технологические стандарты при различных проблемах пациентов
 - иное _____

21. Влияет ли соблюдение стандартов деятельности медсестры на качество медицинской помощи?

- а) безусловно, влияет
- б) оказывает частичное влияние
- в) не оказывает влияния

22. Как Вы считаете, необходимо ли осуществлять контроль качества сестринской помощи в учреждении?

- а) да
- б) нет

23. Кто, по Вашему мнению, должен участвовать в проведении контроля качества сестринской помощи в учреждении?

- а) старшая медицинская сестра;
- б) главная медицинская сестра;
- в) заведующий отделением;
- г) зам. главного врача по лечебной работе;
- д) медсестра должна осуществлять самоконтроль.

24. Какие формы контроля качества сестринской помощи применяются в учреждении?

- а) обход
- б) опрос медицинских сестер
- в) просмотр медицинской документации
- г) наблюдение за процессом оказания медицинской помощи
- д) анкетирование пациентов
- е) другое _____

25. Как часто необходимо осуществлять такие мероприятия как просмотр медицинской документации и наблюдение за процессом оказания медицинской помощи сестринским персоналом?

- а) 1 раз в день
- б) 1 раз в неделю
- в) 1 раз в месяц
- г) реже, чем 1 раз в месяц

26. Расставьте ранги важности (с 1-го – самый важный по 5-й – наименее важный) элементов работы сестринского персонала с точки зрения их влияния на качество медицинской помощи (разным элементам может присваиваться один и тот же ранг).

	Элементы	Ранг
а)	своевременное выполнение врачебных назначений	
б)	соблюдение современных технологий сестринского ухода и наблюдения за пациентом	
в)	соблюдение сестринских стандартов деятельности	
г)	соблюдение правил раздачи и хранения лекарственных средств	
д)	ведение учетно-отчетной документации	
е)	удовлетворенность пациентов качеством сестринского ухода	
ж)	осуществление психологической поддержки пациентам	
з)	обеспечение инфекционной безопасности пациентов	
и)	участие в организации питания	
к)	соблюдение лечебно-охранительного режима	
л)	соблюдение принципов этики и деонтологии	
м)	уровень профессиональной подготовки персонала	
н)	внешний вид медсестры	
о)	соблюдение порядка на рабочем месте	

27. Оцените в баллах по 5-тибалльной шкале, что, по Вашему мнению, позволит улучшить качество сестринской помощи.

	Показатели	Оценка
а)	увеличение количества медицинских сестер (снижение нагрузки на должность)	
б)	повышение мотивации у медицинских работников (заработная плата, премии, льготы, поощрения)	
в)	внедрение сестринской документации	
г)	внедрение сестринских стандартов деятельности	
д)	обеспечение учреждения современным оборудованием	
е)	повышение профессионального уровня медицинских сестер	

Благодарим Вас за участие в опросе.

Анкета для врачей

Кафедра экономики и управления здравоохранением и фармацией Саратовского государственного медицинского университета имени В.И. Разумовского в рамках проводимого исследования просит Вас заполнить анкету, посвященную выявлению основных проблем обеспечения качества сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым.

Анкета является анонимной. Все полученные данные будут использованы исключительно в научных целях.

1. Ваш пол

- а) М
- б) Ж

2. Ваш возраст

- а) 20-25 лет
- б) 26-30 лет
- в) 31-35 лет
- г) 36-40 лет
- д) 41-45 лет
- е) 46-50 лет
- ж) 51 и старше

3. Наличие квалификационной категории

- а) высшая
- б) первая
- в) вторая
- г) нет категории

4. Общий медицинский стаж работы

- а) до 5 лет
- б) 5-10 лет
- в) 11-15 лет
- г) 16-20 лет
- д) 21-25 лет
- е) 26-30 лет
- ж) 31 и более лет

5. Каков Ваш стаж работы в учреждениях медико-социального профиля?

- а) до 5 лет
- б) 5-10 лет
- в) 11-15 лет
- г) 16-20 лет
- д) 21-25 лет
- е) 26-30 лет
- ж) 31 и более лет

6. Имеете ли Вы сертификат специалиста?

- а) да
- б) нет

Если да, то по какой специальности _____

7. Каков вклад среднего медицинского персонала в работе учреждения медико-социальной помощи?

- а) значительный
- б) малозначительный
- в) незначительный

8. Расставьте ранги важности (с 1-го – самый важный по 5-й – наименее важный) видов деятельности медицинской сестры в учреждении.

	Вид деятельности	Ранг
а)	выполнение врачебных назначений	
б)	осуществление мероприятий по уходу за пациентом	
в)	общение с пациентами	
г)	ведение медицинской документации	
д)	соблюдение лечебно-охранительного и санитарно-эпидемиологического режимов	

9. Имеется ли в учреждении сестринская документация (например «сестринская история болезни»)?

- а) да
б) нет

10. Возможно ли судить о качестве сестринской помощи на основании информации, содержащейся в заполняемой медицинскими сестрами документации?

- а) да
б) нет

11. Считаете ли Вы необходимым, в целях повышения качества сестринской помощи, внедрение в учреждении сестринской документации и какой?

- а) нет
б) да
- сестринская история болезни
- листы наблюдения за пациентом
- иное _____

12. Как влияет дополнительное образование и обучение медсестер на качество сестринской помощи?

- а) положительно
б) отрицательно
в) не оказывает влияние

13. Нуждаются ли медсестры для более качественного выполнения своей работы учреждения в дополнительных знаниях и навыках?

- а) да
б) нет

14. Оцените в баллах по 5-тибалльной шкале (от 5 – самое важное до 1 – наименее важное) профессиональные знания, которые необходимо совершенствовать медицинской сестре в ЛПУ медико-социального профиля

	Знания	Оценка
а)	медицинские (причины возникновения, симптомы заболеваний и т.д.)	
б)	практические (техники выполнения манипуляций, процедур)	
в)	вопросы организации и контроля за качеством медицинской помощи	
г)	особенностей ухода за пожилыми пациентами	
д)	психологии общения с пациентами	
е)	нормативно-правовых документов	

15. Внедрены ли в деятельность Вашего учреждения стандарты сестринской помощи?

- а) да, внедрены
- б) планируется их внедрение
- в) не внедрены

16. Считаете ли Вы необходимым внедрить сестринские стандарты в деятельность учреждения и какие?

- а) нет
- б) да
 - организационные стандарты деятельности (введение новых должностей (медсестра-координатор, медсестра-консультант), специализация функций и т.д.)
 - технологические стандарты при различных проблемах пациентов
 - иное _____

17. Влияет ли соблюдение стандартов деятельности медсестры на качество медицинской помощи?

- а) безусловно, влияет
- б) оказывает частичное влияние
- в) не оказывает влияния

18. Как Вы считаете, необходимо ли осуществлять контроль качества сестринской помощи в учреждении?

- а) да
- б) нет

19. Кто, по Вашему мнению, должен участвовать в проведении контроля качества сестринской помощи в учреждении?

- а) старшая медицинская сестра
- б) главная медицинская сестра
- в) заведующий отделением
- г) зам. главного врача по лечебной работе
- д) медсестра должна осуществлять самоконтроль

20. Какие формы контроля качества сестринской помощи применяются в учреждении?

- а) обход
- б) опрос медицинских сестер
- в) просмотр медицинской документации
- г) наблюдение за процессом оказания медицинской помощи
- д) анкетирование пациентов
- е) другое _____

21. Расставьте ранги важности (с 1-го – самый важный по 5-й – наименее важный) элементов работы сестринского персонала с точки зрения их влияния на качество медицинской помощи (один и тот же ранг могут занимать разные элементы).

	Элементы	Ранг
а)	своевременное выполнение врачебных назначений	
б)	соблюдение современных технологий сестринского ухода и наблюдения за пациентом	
в)	соблюдение сестринских стандартов деятельности	

г)	соблюдение правил раздачи и хранения лекарственных средств	
д)	ведение учетно-отчетной документации	
е)	удовлетворенность пациентов качеством сестринского ухода	
ж)	осуществление психологической поддержки пациентам	
з)	обеспечение инфекционной безопасности пациентов	
и)	организация питания	
к)	соблюдение лечебно-охранительного режима	
л)	соблюдение принципов этики и деонтологии	
м)	уровень профессиональной подготовки	
н)	внешний вид медсестры	
о)	соблюдение порядка на рабочем месте	

22. Оцените в баллах по 5-тибалльной шкале, что, по Вашему мнению, позволит улучшить качество сестринской помощи.

	Показатель	Оценка
а)	увеличение количества медицинских сестер (снижение нагрузки на должность)	
б)	повышение мотивации у медицинских работников (заработная плата, премии, льготы, поощрения)	
в)	внедрение сестринской документации	
г)	внедрение сестринских стандартов деятельности	
д)	обеспечение учреждения современным оборудованием	
е)	повышение профессионального уровня медицинских сестер	

Благодарим Вас за участие в опросе.

Журнал еженедельного учета результатов обхода старшей медицинской сестры

Дата обхода	Нарушения, выявленные в результате обхода	ФИО медицинской сестры	Примечание	Подпись старшей медицинской сестры

Старшая медицинская сестра

(подпись)

ФИО

Журнал текущей оценки качества сестринской помощи

Отделение _____

ФИО медицинской сестры _____

Год _____

№ п/п	Показатели качества	Характеристика показателя, коэффициент*												
		I квартал			II квартал			III квартал			IV квар- тал			
		январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь	
1	Своевременное выполнение врачебных назначений													
2	Соблюдение современных технологий сестринского ухода и наблюдения за пациентом													
3	Соблюдение сестринских стандартов деятельности													
4	Соблюдение правил раздачи и хранения лекарственных средств													
5	Ведение учетно-отчетной документации													
6	Удовлетворенность пациентов качеством сестринского ухода													
7	Обеспечение инфекционной безопасности пациентов													
8	Участие в организации питания пациентов													
9	Соблюдение лечебно-охранительного режима													
10	Соблюдение принципов этики и деонтологии													
11	Уровень профессиональной подготовки персонала													
12	Внешний вид медсестры													
13	Соблюдение порядка на рабочем месте													
ОП_{ксп} = $\sum_{\text{коэф}} / \sum_{\text{пксп}}$														

* замечаний нет – 1,0; имеются отдельные замечания – 0,75; имеются существенные нарушения, влияющие на качество обслуживания – 0,5; требования не соблюдаются – 0

Старшая медицинская сестра

(подпись)

ФИО

Карта экспертной оценки качества сестринской помощи

Отделение _____

ФИО медицинской сестры _____

Дата	Вид деятельности, подлежащий экспертизе	Характеристика дефекта	Метод установления причин дефекта	Причины выявленного дефекта	Степень влияния дефекта на результат сестринской помощи		Мероприятия, направленные на устранение причин дефекта
					повлиял	не повлиял	

Медицинская сестра

ФИО

(подпись)

Эксперт

ФИО

(подпись)

**Анкета
оценки удовлетворенности пациентов качеством сестринской помощи**

Администрация учреждения просит Вас объективно подойти к заполнению данной анкеты. Ваше мнение необходимо для улучшения качества оказания сестринской помощи в нашем учреждении.

Выбранные ответы отметьте галочкой

Ваш пол: мужской женский
Ваш возраст: _____ лет

1. Удовлетворены ли Вы качеством сестринской помощи в учреждении:
полностью удовлетворен (а) частично удовлетворен (а)
не удовлетворен (а)

2. Удовлетворены ли Вы качеством сестринского ухода (кормление тяжелобольных, санитарно-гигиеническая обслуживание):
полностью удовлетворен (а) частично удовлетворен (а)
не удовлетворен (а)

3. Удовлетворены ли Вы качеством выполнения медицинской сестрой врачебных назначений (манипуляций, процедур):
полностью удовлетворен (а) частично удовлетворен (а)
не удовлетворен (а)

4. Удовлетворены ли Вы объемом предоставляемой медицинской сестрой информации:
полностью удовлетворен (а) частично удовлетворен (а)
не удовлетворен (а)

5. Удовлетворены ли Вы отношением медицинской сестры к пациентам:
полностью удовлетворен (а) частично удовлетворен (а)
не удовлетворен (а)

6. Удовлетворены ли Вы соблюдением медицинской сестрой правил внутреннего распорядка в учреждении (режим процедур, питания, отдыха, внешний вид медицинской сестры и т.д.):
полностью удовлетворен (а) частично удовлетворен (а)
не удовлетворен (а)

7. Имеются ли у Вас жалобы/замечания к работе медицинской сестры:
да нет затрудняюсь ответить

8. Что, по Вашему мнению, позволит улучшить качество сестринского обслуживания:

увеличение количества медицинских сестер	<input type="checkbox"/>
повышение мотивации у медицинских работников (премии, благодарности, похвала)	<input type="checkbox"/>
увеличение времени общения медицинского персонала с пациентом	<input type="checkbox"/>
обеспечение учреждения современным оборудованием	<input type="checkbox"/>
затрудняюсь ответить	<input type="checkbox"/>
иное _____	

Благодарим за участие!

Дата заполнения анкеты _____

Ежеквартальная ведомость оценки качества сестринской помощи _____ (отделения)

Отчетный период (месяц)	Кол-во медицинских сестер в отделении	Кол-во текущих проверок (случаев оценки)		Количество выявленных дефектов		Характеристика дефекта	Количество проведенных экспертиз		Управленческие решения (принятые в результате проведения экспертизы)
		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	
Итого по отделению (за квартал)									

Старшая медицинская сестра

ФИО

(подпись)

Сводная информация о результатах контроля качества сестринской помощи

№ п/п	ФИО старшей медицинской сестры	Кол-во меди- цинских сестер в отделении	Кол-во пла- новых прове- рок (случаев оценки)		Количество выявленных дефектов		Характеристика дефекта	Количество проведенных экспертиз		Управленческие решения (принятые в результате про- ведения экспертизы)
			Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	

Заместитель директора по медицинской части

ФИО

(подпись)