

Дискусійні статті

УДК 614.253.52

В.Е.Кардаш, А.П.Зубович

КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ РОБОТИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я (зав. – доц. В.Е.Кардаш)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Автори розкривають суть і значення контролю якості роботи медичних сестер, його вплив на сестринську допомогу, обґрунтовують її покращання при залученні в практику медичних організацій програм забезпечення якості і сестринського аудиту, стверджуючи, що це – результат синтезу двох названих підходів, які можуть набувати найрізноманітніших форм в різних умовах.

У роботі наведені результати опитування медичних сестер з метою з'ясування їх відношення щодо контролю і

самоконтролю якості їх роботи, а також використання адміністрацією лікарні результатів контролю і самоконтролю якості роботи медичних сестер для удосконалення сестринської допомоги хворим.

Ключові слова: контроль якості роботи медичних сестер, самоконтроль якості роботи медичних сестер, сестринський аудит.

Вступ. У минулому основними показниками діяльності персоналу, які підлягали контролю, вважалися, насамперед, дотримання та виконання працівниками дисципліни. За результатами контролю до порушників дисципліни застосовували різні санкції, а ті, що дотримувались її, могли розраховувати на заохочення.

При організації ефективного контролю виконавчої дисципліни необхідно дотримуватися певних умов.

З іншого боку, досягши певного рівня виконавчої дисципліни, не можна очікувати подальшого удосконалення якості медичної, зокрема сестринської допомоги, наполегливо використовувати заходи дисциплінарного контролю [1]. Враховуючи, що можливості вже вичерпані, потрібно шукати інший підхід.

Нові можливості в покращанні якості сестринської допомоги сприяли залученню в практику лікувально – профілактичних установ (ЛПУ) програм забезпечення якості, а пізніше – сестринського аудиту.

Можна стверджувати, що сучасна сестринська діяльність щодо покращання якості медичної допомоги – результат синтезу двох названих підходів, які можуть набувати різноманітних форм за різних умов. Розгляду цих форм присвячена ця робота.

На теперішній час у сфері управління зрозуміли, що думати про якість продукції потрібно на всіх етапах управлінської діяльності, зокрема при плануванні, організації виробництва та контролі за ним.

Кожного разу, приймаючи управлінське рішення, керівництво повинно думати, чи гарантує воно заплановану якість продукції. З часом, зусилля по створенню гарантій якості продукції стали називати забезпеченням якості.

Вимоги, що забезпечують якість продукції, часто називали стандартами [3].

Забезпечення якості роботи ширше за змістом, ніж контроль виконавчої дисципліни працівників [4].

Прошли роки, і стало вочевидь, що не завжди вони можуть чітко та детально сформулювати, як повинні діяти виконавці для досягнення високої якості продукції. Особливо це було помі-

тно у сфері виконання послуг і тих сферах, де від робітника високої якості вимагають творчий підхід до справи. Праця цих людей погано алгоритмується, у ній багато нестандартних прийомів, які важко охарактеризувати формальними вимогами [5]. При цьому роботодавець повинен бути впевнений, що діяльність робітників гарантує якість продукції і персонал працює не примусово, а мотивований до праці [6].

В охороні здоров'я колегіальний самоконтроль часто називають аудитом.

У контролі немає творчої свободи дій професіонала. Він технологічний, тому часто використовується термін «сестринські технології», які піддаються регламенту стандартизації. Вимоги до їх використання можуть бути добре сформульовані [2].

Але враховуючи, що в сучасній сестринській справі є нерегламентовані елементи, у процесі контролю все частіше включаються методики контролю за результатами та самоконтролю.

Процес контролю діяльності установ охорони здоров'я, їх служб та окремих працівників, у рамках забезпечення якості здійснюється поетапно і полягає у вимірюванні результатів сестринських втручань і всіх чинників, які на них впливають. При такому підході в контролі повинні брати участь самі медичні сестри, саме тоді він досягне самоконтролю.

Мета дослідження. Вивчити думку медичних сестер щодо контролю та самоконтролю якості їх роботи та використання його результатів адміністрацією ЛПУ з метою удосконалення сестринської допомоги хворим.

Матеріал і методи. Нами проведено анкетування медичних сестер ЛПУ щодо їх відношення до контролю якості роботи медичних сестер та його впливу на сестринську допомогу хворим, значення самоконтролю в роботі медичних сестер, а також використання адміністрацією лікарні результатів контролю і самоконтролю якості роботи медичних сестер для удосконалення сестринської допомоги хворим.

Опитування медичних сестер проведено в Чернівецькій обласній клінічній лікарні за розробленою анкетною з метою з'ясування наступних питань:

- чи потрібно здійснювати контроль якості роботи медичних сестер і як впливає контроль на якість сестринської допомоги хворим?

- чи завжди контроль якості роботи сприяє високій виконавчій дисципліні медичних сестер?

- чи може сестринська допомога бути низькою, незадовільною при високій виконавчій дисципліні?

- який вплив, крім високої виконавчої дисципліни, мають інші чинники діяльності медичних сестер на якість їх роботи?

- чи потрібний у роботі медичних сестер самоконтроль?

- як використовуються результати контролю і самоконтролю якості роботи медичних сестер адміністрацією лікарні?

Результати дослідження та їх обговорення.

Із 62 опитаних медичних сестер на питання: „Чи потрібно здійснювати контроль якості роботи медичних сестер?” – 56 (90,3 %) осіб відповіли «так», а 6 (9,7 %) – «ні».

На питання: „Як впливає контроль на якість сестринської допомоги хворим?” – 49 опитаних (79 %) відповіли «позитивно», а 13 (21 %) – не завжди позитивно.

Відповідаючи на питання: „Чи завжди контроль якості роботи сприяє високій виконавчій дисципліні медичних сестер?” – 30 медсестер (48,4 %) відповіли «так», і 32 (51,6 %) – «ні».

„Чи може сестринська допомога бути низькою, незадовільною за наявності високої виконавчої дисципліни?” – 15 медичних сестер (24,2 %) відповіли «так», 38 (61,3 %) – «ні» і 9 (14,5 %) – не визначилися з питанням.

Щодо питання, як окрім високої дисципліни, впливають на якість сестринської допомоги інші чинники (неякісний інструментарій, незадовільні умови праці, незадовільна організація діяльності та інше) – 46 (74,2%) осіб відповіли «суттєво», 9 (14,5 %) – «не суттєво» і 7 (11,3 %) – не визначились.

Якщо якість роботи медичних сестер залежить від багатьох чинників їх діяльності, то на питання: „Чи потрібно здійснювати контроль на всіх ділянках їх роботи?” – 47 (75,8 %) осіб відповіли «так», 5 (8,1 %) – «ні» і 10 (16,1 %) – не визначилися.

Праця медичних сестер – це праця у сфері медичних послуг і тут потрібний творчий підхід. А тому, чи потрібний у роботі медичних сестер самоконтроль, відповіли: «так» – 50 (80,6 %) осіб, «ні» – 7 (11,3 %), не визначились – 5 (8,1 %) медичних сестер.

На питання: „Чи використовує результати контролю та самоконтролю якості роботи медичних сестер адміністрація лікарні?” – отримані

наступні відповіді: «постійно» – 25 (40,3 %) медичних сестер, «у повному обсязі» – 23 (37,1 %), «не в повному обсязі» – 5 (8,1 %), «мені не відомо» – 9 (14,5 %) медичних сестер.

Беручи до уваги вищезазначене, ми хотіли б підкреслити важливі, на наш погляд, наступні аспекти щодо здійснення в ЛПЗ контролю якості медичних сестер:

1. Контроль і самоконтроль якості роботи медичних сестер сприяє удосконаленню медичної допомоги населенню.

2. Висока виконавча дисципліна, позитивний вплив інших чинників (якісний інструментарій, відповідні умови праці, чітка організація діяльності) забезпечують якість роботи медичних сестер.

3. Використання адміністрацією ЛПЗ результатів контролю і самоконтролю роботи медичних сестер дозволяє розробити і використати заходи щодо удосконалення роботи медичних сестер, що позитивно впливає на покращання медичної допомоги населенню.

Висновки

1. Контроль і самоконтроль якості роботи медичних сестер, з урахуванням всіх чинників їх діяльності, позитивно впливає на удосконалення медичної допомоги населенню.

2. Контроль якості роботи медичних сестер необхідно здійснювати в межах, які не призводять до негативного впливу на їх діяльність.

Література

1. Душенков П.А., Бражников А.Ю., Камынина, Урываев В.А. Подготовка специалистов в области сестринского дела: оценка качества, пути его повышения // Медицинская сестра. – 2005. – № 2. – С. 38-42.
2. Косарева Н.Н. Управление сестринским персоналом и качество медицинской помощи // Медицинская сестра. – 2004. – № 4. – С. 5-6.
3. Мурашова Л.Ф. Контроль качества работы медсестёр в городской больнице // Медицинская сестра. – 2004. – № 4. – С. 7-8.
4. Постановление II Всероссийского съезда средних медицинских работников. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 06.12.2004 года Ш 477-В.С.
5. Садрадинова И.О. Медсестра городских поликлиник о качестве медицинской помощи населению // Медицинская сестра. – 2004. – № 3. – С. 42-43.
6. Туркина Н.В. Накопительная система повышения квалификации средних медицинских работников // Медицинская сестра. – 2005. – № 3. – С. 32-33.

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР

В.Э.Кардаш, А.П.Зубович

Резюме. Авторы раскрывают сущность и значение контроля и самоконтроля качества работы медицинских сестёр, его влияние на сестринскую помощь, обосновывают ее улучшение при внедрении в практику медицинских организаций программ обеспечения качества и сестринского аудита, утверждая, что это – результат синтеза двух

названых подходов, которые могут принимать самые разнообразные формы в различных условиях.

В работе приведены результаты анкетного опроса медицинских сестёр с целью выяснения их отношения к контролю и самоконтролю качества работы медицинских сестёр, а также использования администрацией больницы результатов контроля и самоконтроля качества работы медицинских сестёр для усовершенствования сестринской помощи больным.

Ключевые слова: контроль качества работы медицинских сестёр, самоконтроль качества работы медицинских сестёр, сестринский аудит.

NURSES' WORK QUALITY CONTROL

V.E.Kardash, A.P.Zubovych

Abstract. The authors reveal the essence and significance of nurses' work quality control, its influence on nursing care, substantiate its improvement when introducing into the practice of medical organizations of quality assurance programs and nursing audit, asserting that this is the result of synthesis of two approaches which assume different forms under various conditions. The paper submits the results of nurses' questioning for the purpose of ascertaining their attitude towards nurses' work quality control and self-control, as well as the use of the results of control and self-control of nurses' work quality by the hospital administration for updating nursing care of patients.

Key words: nurses' work quality control, nurses' work quality self-control, nursing audit.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – д.мед.н. І.А.Плеш

Buk. Med. Herald. – 2008. – Vol.12, №1.–P.177-179

Надійшла до редакції 13.11.2007 року

УДК 36:618.1:618.11-008.64:618.12

О.В.Булаченко, О.В.Бурлака, О.Л.Льовкіна*

ОСОБЛИВОСТІ ПРЕГРАВІДАРНОЇ ПІДГОТОВКИ ЖІНОК ІЗ НЕДОСТАТНІСТЮ ЛЮТЕЇНОВОЇ ФАЗИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГЕНІТАЛІЙ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

*Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, м. Київ

Резюме. Доведено переваги двохетапного етіопатогенетичного лікування недостатності лютеїнової фази в жінок на тлі перенесених запальних процесів внутрішніх статевих органів з використанням комплексу імунomodulatory, ангіопротекторних, гормональних препаратів та фізіотерапевтичних засобів.

Ключові слова: недостатність лютеїнової фази, запальні захворювання внутрішніх статевих органів, двохетапне лікування.

Вступ. Останнім часом велика увага приділяється впливу інфекції на стан репродуктивної системи жінки [1]. Запальні зміни, що відбуваються в яєчниках, призводять до порушення продукції естрогенів та прогестерону. Найбільш частим наслідком хронічного оофориту є абсолютна або відносна прогестеронова недостатність, тобто недостатність лютеїнової фази (НЛФ) [2]. Виникнення НЛФ пов'язано з недостатньою васкуляризацією доміантного фолікула, склерозуванням капсули яєчника, на тлі хронічного оофориту та сальпінгоофориту. При цьому порушуються функціональні зв'язки між гранульозними, текальними та ендотеліальними клітинами, що призводить до зниження імплантаційного піку Е2 у лютеїнової фази [1, 3]. Крім того, при недостатній васкуляризації жовтого тіла спостерігається зменшення надходження ліпопротеїдів низької щільності як основного джерела для утворення прогестерону до лютеїнізованих гранульозних клітин. Пере-

несені запальні процеси ендометрія призводять не тільки до морфологічних змін, але й до порушення функції його рецепторів, що проявляється відсутністю адекватних реакцій ендометрія на гормональну стимуляцію [2]. Традиційна гормональна корекція НЛФ препаратами прогестерону не завжди ефективна, нерідко шкідлива при її надлишку, оскільки призводить до пригнічення синтезу прогестеронових рецепторів [2, 3].

Мета дослідження. Розробити лікувальний алгоритм НЛФ з урахуванням етіопатогенетичних механізмів її розвитку.

Матеріал і методи. Нами обстежено 92 жінки репродуктивного віку з НЛФ, що мали запальні захворювання внутрішніх статевих органів в анамнезі. Хворих розподілено на дві групи відповідно до терапії. Основну групу склали 31 жінка, яким призначався запропонований нами лікувальний комплекс. У групу порівняння увійшли жінки, що отримували стандартну гормональну