

УДК 614.253:616-056.76/362.121

DOI: 10.24411/2312-2935-2020-00025

## ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДСЕСТЁР ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*И.Р. Уразалиева<sup>1</sup>, Б.Маматкулов<sup>1</sup>, Н.Е. Гурьянова<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент

<sup>2</sup>ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва

Медико-патронажная служба в нашей стране отличается тем, что она предоставляется бесплатно и все слои населения полностью охвачены современной медико-профилактической помощью.

**Целью исследования** анализ качества сестринской помощи методом экспертной оценки качества труда патронажных медицинских сестер, работающих в семейных поликлиниках.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось в семейных поликлиниках г. Ташкента. Источником информации для изучения различных сторон деятельности семейных медицинских сестер служили первичные учетные документы и данные социологического опроса медицинских сестер.

**Результаты.** Определены соответствующие меры для эффективной организации медико-патронажной службы. Каждая патронажная медсестра должна в день оказывать медико-санитарную помощь шести, а в месяц – ста сорока четырем семьям. Ежемесячно проводится патронаж одиноких пожилых, инвалидов, беременных женщин, молодых матерей и детей. Составлен также график медицинского осмотра молодых семей, женщин фертильного возраста, подростков и других слоев населения, система мониторинга результатов вакцинации и повторной вакцинации. Порядок рейтинговой оценки эффективности работы патронажных медсестер.

**Выводы.** Эффективность работы патронажных медицинских сестёр в значительной степени зависят от рациональной организации рабочего места. Основными причинами недостатков является неудовлетворенность материально-техническим обеспечением, перегруженность работой, отсутствие материального стимулирования, уровнем их квалификации.

**Ключевые слова:** патронажная медсестра, семейные поликлиники, сельский врачебный пункт, качество медицинских услуг, первичная медико-санитарная помощь

## THE MAIN ASPECTS OF THE ACTIVITIES OF NURSES IN PRIMARY CARE

*I. R. Urazaliev<sup>1</sup>, B. Mamatkulov<sup>1</sup>, N.E. Guryanova<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Tashkent medical Academy, Tashkent

<sup>2</sup>Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation

Medical and patronage service in our country is characterized by the fact that it is provided free of

charge and all segments of the population are fully covered by modern medical and preventive care. **The aim of the study** is to analyze the quality of nursing care using the method of expert assessment of the quality of work of patronage nurses working in family clinics.

**Materials and research methods.** The study was conducted in family clinics in Tashkent. The source of information for studying various aspects of the activities of family nurses was the primary accounting documents and data from a sociological survey of nurses.

**Results.** The appropriate measures for the effective organization of medical and patronage service are defined. Each visiting nurse is required to provide health care to six families per day and one hundred and forty-four per month. Monthly patronage of lonely elderly, disabled, pregnant women, young mothers and children is carried out. A schedule has also been drawn up for the medical examination of young families, women of childbearing age, adolescents and other segments of the population. A system for monitoring the results of vaccination and re-vaccination has been formed. The order of rating assessment of efficiency of work of patronage nurses.

**Conclusions.** The effectiveness of nursing nurses depends to a large extent on the rational organization of the workplace. The main reasons for the shortcomings are dissatisfaction with material and technical support, work overload, lack of financial incentives, and the level of their qualifications.

**Keywords:** nursing nurse, family clinics, rural medical center, quality of medical services, primary health care

**Введение.** В Республике Узбекистан в целях углубления реформ здравоохранения дальнейшего улучшения качества и повышения эффективности первичной медико-санитарной помощи населению осуществляется переориентация основных задач ПМСП преимущественно на предупредительную, профилактическую и патронажную работу с населением. Исходя из этого большое значение имеет разработка системы проведения патронажной работы среди населения в первую очередь женщин фертильного возраста, беременных женщин, детей, а также одиноких престарелых, инвалидов, лиц, нуждающихся в постороннем уходе и социальной защите, больных с хроническими заболеваниями [1].

Данное исследование способствует решению задач, предусмотренных Постановлениями Президента Республики Узбекистан от 29 марта 2017 года №ПП 2857 «О мерах по совершенствованию организации деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи Республики Узбекистан. Постановлением кабинета Министров Республики Узбекистан от 17 сентября 2017 года №718 «О дополнительных мерах по улучшению качества медицинских услуг, повышению ответственности за эффективность проводимых профилактических мероприятий в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) а также других нормативно-правовых документах [3,4].

В нашей стране создана современная система охвата населения амбулаторно-поликлинической помощью. В 819 сельских врачебных пунктах, 793 семейные поликлиники

с дневным стационаром работают семь тысяч врачей общего профиля и более шестнадцати тысяч патронажных медсестер [3].

Медицинская помощь в первичном звене здравоохранения отличается тем, что она предоставляется бесплатно и все слои населения полностью охвачены современной медико-профилактической помощью. Уделяемое государством внимание развитию медико-патронажной службы способствует укреплению здоровья населения, повышению медицинской культуры в семьях, воспитанию здорового поколения. Определены соответствующие меры для эффективной организации медико-патронажной службы [2].

За последние годы в связи с реформами в здравоохранении не только в нашей стране, но и во всем мире роль медицинской сестры резко возросла. Изменилось требование к профессиональной деятельности патронажной сестринской практике и организации труда медицинских сестер. Сестринское дело в том виде, в каком оно существует, сейчас в нашей стране не отвечает требованиям и современного здравоохранения. Потенциал медицинских сестер используется едва ли на треть, возможности творчества и профессиональной карьеры для них минимальны, а между тем сестринское дело является важнейшей составной частью системы здравоохранения, располагающей значительными потенциальными возможностями для оказания доступной и приемлемой медицинской помощи в комплексе государственных мер. Медицинская сестра является одним из главных участников лечебно-диагностического процесса [3].

Осуществляя реформы здравоохранения, Узбекистан полностью отказался от фельдшерской помощи оказываемой населению, так называемых - фельдшерско-акушерских пунктов. В место них с целью приближения врачебной квалифицированной медицинской помощи населению в сельских районах организованы сельские врачебные пункты, в городах семейные поликлиники. В них главной фигурой является врач общей практики и патронажная медицинская сестра [1].

**Целью исследования** анализ качества сестринской помощи методом экспертной оценки качества труда патронажных медицинских сестер, работающих в семейных поликлиниках.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось в семейных поликлиниках г. Ташкента. Источником информации для изучения различных сторон деятельности семейных медицинских сестер служили первичные учетные документы и данные социологического опроса медицинских сестер.

Для изучения деятельности и состояние медицинской помощи, оказываемой патронажными медсестрами, нами применен многоступенчатый метод формирования случайной выборочной совокупности (кластерный и стратифицированный отбор). В целом было отобрано 20 кластеров, затем в каждом кластере была проведена перепись медсестёр с использованием метода систематического случайного отбора, примерно 30 медсестёр на кластер. Для решения поставленных задач объектами исследования, являлись 640 медсестре работающих в семейных поликлиниках г. Ташкента, деятельность медсестер подлежала экспертной оценки по специально разработанной анкете. В первичном звене здравоохранения нашей страны контроль качества труда патронажных медицинских сестер осуществляется старшей медицинской сестрой семейных поликлиник (со стажем работы в последней должности не менее 10 лет).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Эффективность работы патронажных медицинских сестер в значительной степени зависит от рациональной организации рабочего места. Результаты экспертной оценки качества труда ПМС представлена в таблице 5.1. Установлено, что у  $55,2 \pm 1,9\%$  ПМС рабочее место организовано рационально, а у  $44,8 \pm 1,9\%$  ПМС рабочее место организовано не рационально. Основной причиной  $40,5 \pm 1,8\%$  случаев не рациональной организации рабочего места, по мнению экспертов является недооценка патронажными медицинскими сестрами значение данного вопроса,  $44,5 \pm 1,9\%$  случаев является недостаточная обеспеченность материально-техническим оснащением рабочих кабинетов и лишь в  $15,0 \pm 1,4\%$  случаев неудовлетворенное санитарно-гигиенические условия труда. Рациональная организации рабочего места во многом зависит от обеспечения инструктивно-методическими указаниями и специальной литературой.

Эксперты указали на то, что лишь  $1/3$  ( $30,7 \pm 1,8\%$ ) рабочих мест обеспечены полностью,  $33,7 \pm 1,9\%$  недостаточно,  $18,7 \pm 1,5\%$  частично, а  $17,0 \pm 1,5\%$  рабочих мест патронажных медицинских сестер вообще не обеспечены.  $35,6 \pm 1,9\%$  рабочих мест патронажных медицинских сестёр обеспечены стандартными рецептурными бланками и вкладышами, канцелярскими принадлежностями в полном объеме.  $57,3 \pm 1,9\%$  случаев рабочие место патронажных медицинских сестер обеспечено необходимыми медицинскими инструментами (тонометр, фонендоскоп, термометр, ростометр, весы и др.) из них  $5,9 \pm 0,9\%$  находятся в неисправном состоянии, у  $11,2 \pm 1,1\%$  патронажных медицинских сестер не оказалось необходимого для работы медицинского оборудования и инструментария.

**Таблица 1**

Качество работы ПМС семейных поликлиник (в %)

№	Элементы труда	$p \pm m$
1	Рабочее место медицинской сестры организовано:	
	рационально	55,2±1,9
	нерационально	44,8±1,9
2	Ведение медицинской документации:	
	своевременно	48,9±1,8
	несвоевременно	51,1±1,9
	качественно	52,8±1,9
	некачественно	47,2±1,8
3	Выполнения врачебных назначений:	
	своевременно	75,5±1,7
	несвоевременно	24,5±1,7
	качественно	90,1±1,1
	некачественно	9,9±1,1
4	Выполнение стандартов (технологий) сестринской помощи:	
	в полном объеме	38,7±1,8
	в не полном объеме	61,2±2,0
5	Уровень культуры обслуживания:	
	высокий	36,4±1,8
	средний	43,4±1,9
	низкий	20,2±1,6
6	Регулярность и качество проведения медико-социального патронажа:	
	регулярно	78,4±1,6
	нерегулярно	21,6±1,6
	качественно	74,5±1,7
	некачественно	25,5±1,7
7	Участия в диспансеризации:	
	полноценное, активное	60,6±1,9
	не полноценное, пассивное	29,8±1,8
	не принимает	9,5±1,1
8	Качество санитарно-просветительной работы:	
	качественно	51,6±1,8
	некачественно	32,2±1,6
	не проводит	16,2±1,4
9	Регулярность повышения квалификации:	
	регулярно	72,3±1,7
	нерегулярно	27,7±1,7

Важным в деятельности патронажных медицинских сестер является ведение медицинской документации (амбулаторные карты, журнал профилактических прививок, диспансерного учета, статистический талон, запись лабораторных данных и др.). По мнению экспертов, 48,9±1,8% патронажных медицинских сестер, своевременно выполняют эту работу, 51±1,6% - не своевременно, 52,8±1,9% патронажных медицинских сестер, качественно ведут медицинскую документацию, 47±1,7% - не качественно.

Среди причин некачественного ведения медицинской документации следует отметить перегруженность (78,4±1,6%), не дисциплинированность патронажных медицинских сестер (21,6±1,6%).

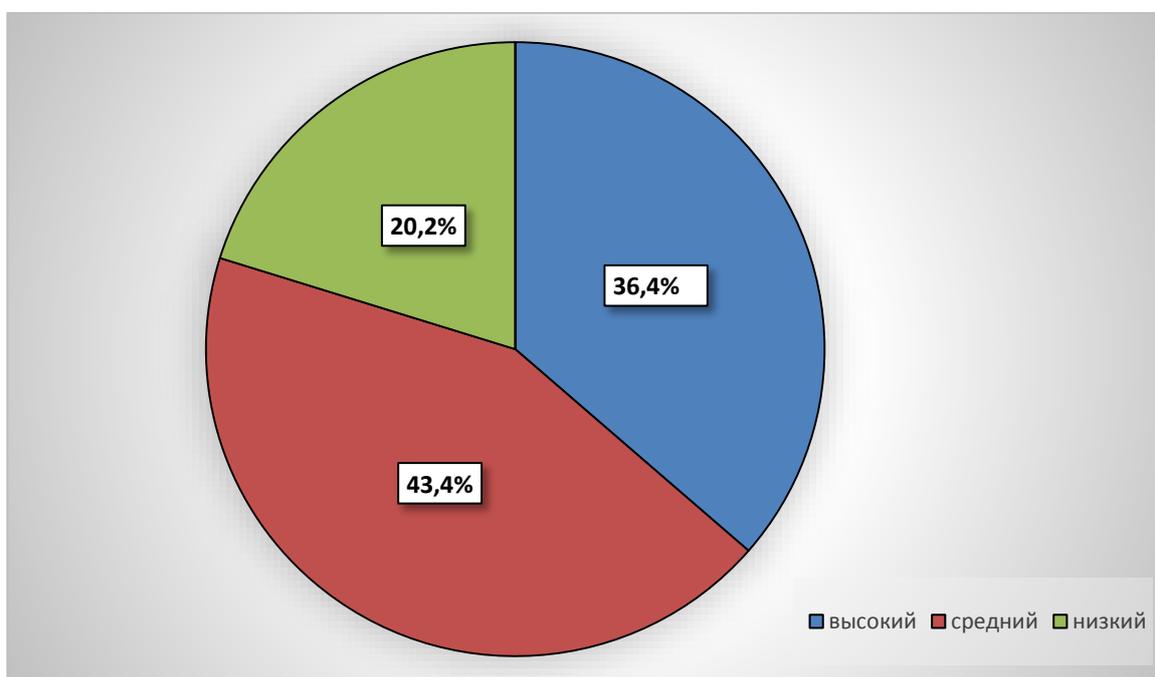
По мнению экспертов, укомплектованность медицинской сумки лишь 31,1±1,8% полностью соответствует стандартному комплекту для оказания помощи на дому, а в 49,8±1,9% случаев они укомплектованы лекарственными и перевязочными средствами частично.

Известно, что одной из основных функций патронажных медицинских сестер, является выполнение медицинских манипуляций (инъекций, измерение А/Д, пульс, термометрия и др.). По материалам исследования, врачебные назначения в 75,5±1,9% выполняется своевременно, а в 24,5±1,7% не своевременно, в 90,1±1,1% случаев выполняются качественно, а в 9,9±1,1% случаев не качественно.

При этом больше трети случаев (38,7±1,8%) имеет место выполнения стандартов (технологий) сестринской помощи в полном объеме, 61,3±2,0% случаев неполном объеме. По мнению экспертов, это, в значительной степени связано с низкой квалификацией ПМС (47,3±1,9%), халатным отношением к своим обязанностям (23,6±1,6%), отсутствием лекарственных средств и перевязочных материалов (29,1±1,7%).

Доверие пациентов к патронажным медсестрам и уровень культуры обслуживания играет немаловажное значение в эффективности деятельности медсестёр, как в поликлинике, так и на дому. Уровень культуры обслуживания пациентов был высоким в 36,4±1,8%, средним 43,4±1,9%, лишь в 20,2±1,6% случаев низким (рис.1).

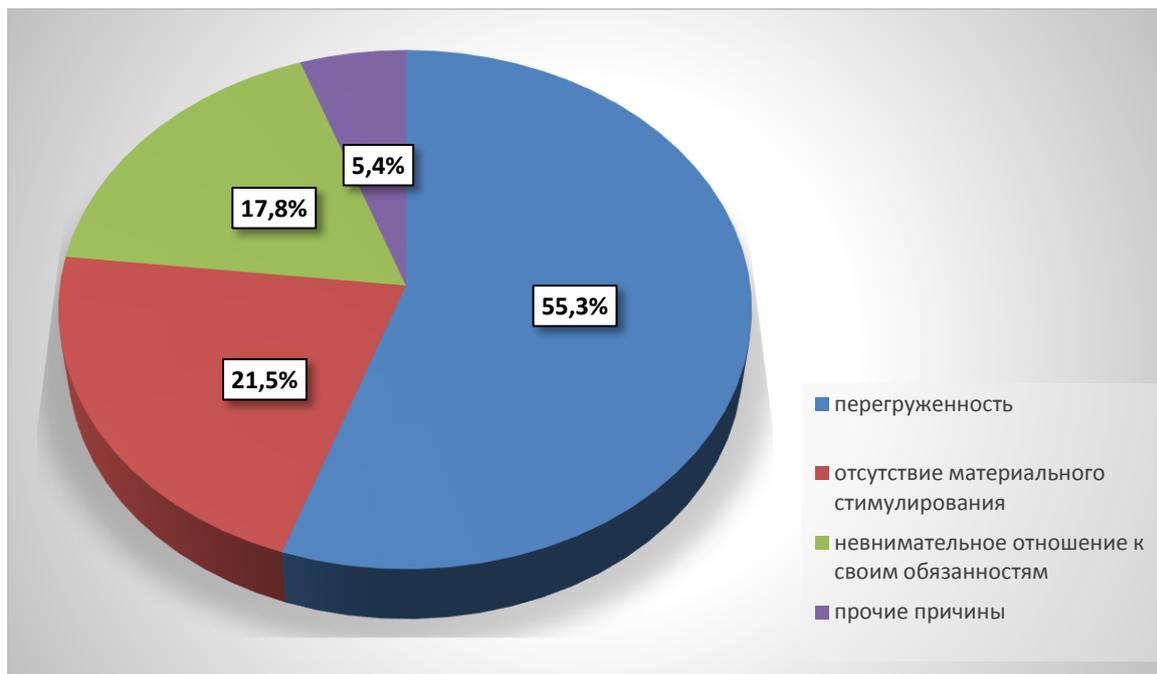
Значительная роль в работе патронажных медицинских сестер играет организация и подготовка членов семьи к уходу за пациентами на дому и оказания медико-социальной помощи, инвалидам и пациентам с социально-значимым заболеванием. По мнению экспертов, 40,8±1,9% случаев патронажных медсестёр принимают участие в уходе за пациентами в полном объеме, 49,8±1,9% частично, и лишь 9,4±1,1% патронажных медицинских сестер не принимают участие в уходе.



**Рисунок 1.** Уровень культуры обслуживания, пациентов патронажными медицинскими сестрами (в %)

В исследовании установлено, что  $78,4 \pm 1,6\%$  патронажных медицинских сестер регулярно участвуют в оказании медико-социальной помощи больным и членам семьи нуждающихся в ней и  $74,5 \pm 1,7\%$  случаев её проводят качественно,  $21,6 \pm 1,6\%$  опрошенных участвует не регулярно и  $25,5 \pm 1,7\%$  случаев медико-социальная помощь проводится не качественно.

Одним из самых важных разделов работы патронажных медицинских сестер, является их участие, в диспансеризации больных обслуживаемой ими территории. Экспертная оценка показала, что  $46,6 \pm 1,9\%$  случаев контроль явки диспансерных больных проводился нерегулярно, в  $48,9 \pm 1,8\%$  случаев вновь выявленные больные несвоевременно взяты на диспансерный учет, непосредственно принимает активное участие в проведении профилактических осмотров и диспансеризации населения  $60,6 \pm 1,9\%$  патронажных медицинских сестер,  $29,8 \pm 1,8\%$  пассивно, остальные  $9,5 \pm 1,1\%$  не принимает участие в этой работе. Структура причин некачественного проведения диспансерной работы представлена на (рис 2).



**Рисунок 2.** Структура причин не качественного проведения диспансерной работы патронажными медсестрами семейных поликлиник (%)

Основными причинами такого положения, по мнению экспертов является: их перегруженность ( $55,3 \pm 1,9\%$ ), отсутствие материального стимулирования ( $21,5 \pm 1,8\%$ ), невнимательное отношении медицинских сестер к выполнению своих обязанностей ( $17,8 \pm 1,5\%$ ), другие причины ( $5,4 \pm 0,7\%$ ).

Установлено, что в  $33,7 \pm 1,8\%$  случаев патронажные медицинские сестры не имели плана проведения профилактических работы. По мнению экспертов,  $40,8 \pm 1,9\%$  случаев профилактическая работа патронажными медицинскими сестрами выполнялись не качественно, из них  $5,9 \pm 0,8\%$  случаях профилактические прививки проводились несвоевременно. Необходимо отметить при не качественном и не в полном объеме проведения профилактические работы патронажных медицинских сестер, на профилактические прививки уделяется особое внимание не только со стороны патронажных медицинских сестер, но и со стороны семейных поликлиник и строгое выполнение профилактических прививок патронажных медицинских сестер, контролируется государственными органами и учреждениями.

В  $8,9 \pm 1,1\%$  случаев имеет место нарушение санитарно-противоэпидемического режима. По мнению экспертов, выше указанные недостатки (за исключением проведение профилактических прививок) в значительной степени связаны с низкой квалификацией

патронажных медицинских сестер по вопросам медицинской профилактики (43,4±1,9%), отсутствием материального стимулирования за объем и качество профилактической работы (39,4±1,9%), халатным отношением медсестер к своим обязанностям (17,2±1,4%).

Работа патронажных медсестёр, работающих в учреждениях ПМСП имеет свою специфику, которая заключается в том, что требует проведения мероприятий по санитарно-гигиеническому обучению, пропаганде и формированию здорового образа жизни среди населения. Осуществляя патронаж на дому, медсестра имеют возможность обучать пациентов простым, доступным методам сохранения и восстановления своего здоровья и здоровья членов их семей, здоровому питанию, оздоровления матерей и детей, проведение массажа, гимнастических упражнений, закаливающих процедур и др. Однако, по результатам экспертизы почти (18,3±1,5%) каждая пятая патронажных медицинских сестер занимается этой работой, непланово, то есть без составления плана проведения санитарно-просветительной работы. В более половины случаев (51,6±1,8%) проводит санитарно-просветительную работу среди прикрепленного населения качественно, а почти треть (32,2±1,6) патронажных медицинских сестер не качественно, а 16,2±1,4% специалистов вообще её не проводят.

Известно, что на качество и эффективность работы патронажных медицинских сестер значительное влияние оказывает уровень их квалификации. Профессиональная подготовка патронажных медицинских сестер не всегда отвечает современным требованиям, а недостаток знаний и умений по основным разделам снижает качества их труда. 72,3±1,7% патронажных медицинских сестер регулярно проходят повышение квалификации, 27,7±1,7% не регулярно проходят повышение квалификации и нуждается в усовершенствовании своих профессиональных навыков. Лишь 34,4±1,8% патронажных медицинских сестер имеет квалификационную категорию.

Таким образом изучение качества и эффективность труда патронажных медицинских сестер позволили сделать следующие выводы:

1. Эффективность работы патронажных медицинских сестёр в значительной степени зависят от рациональной организации рабочего места, ведение медицинской документации, соблюдение стандартов сестринской помощи, выполнение врачебных назначений, участие в диспансеризации, проведение медико-социального патронажа. У 44,8% патронажных медсестёр рабочее место организовано не рационально, 51,1% не своевременно и не качественно ведут медицинскую документацию, 75,5% случаев врачебные назначения

выполняются своевременно и качественно, 61,3% случаев стандарты сестринской помощи выполняются в не полном объеме, 78,4-74,5% случаев регулярно участвуют в оказании медико-социальной помощи больным и членам семьи нуждающихся в ней и ее приводят качественно, 40,8% не имели плана профилактических работ, 27,7% нерегулярно проходят повышение квалификации.

2. Оценка и изучение качества труда экспертами патронажных медсестёр выявило, что в большинстве случаев патронажные медсестра не рационально организуют рабочее место, несвоевременно и не качественно ведут медицинскую документацию, не в полном объеме выполняют стандарты сестринской помощи, не своевременно выполняют врачебные назначения, не всегда регулярно и качественно проводят медико-социальный патронаж среди декретированных контингентов населения и участвуют диспансеризации населения. Основными причинами указанных недостатков является неудовлетворенность материально-техническим обеспечением, перегруженность работой, отсутствие материального стимулирования, уровнем их квалификации.

### Список литературы

1. Алимов А.В. Развитие первичной медико-санитарной помощи в Узбекистане: Достижения и проблемы. Аналитический обзор. Ташкент, Узбекистан.2013;17-59.
2. Akhmedov M., Azimov R., Mutalova Z., Shahin G., Coy E., Bernd R. Health systems: the time of change. Uzbekistan - health system review, European Observatory on Health Systems and Policies, 2014;168
3. Постановление Президента Республики Узбекистан от 29.03.20017 г. №2857 «О мерах по совершенствованию организации деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи Республики Узбекистан» <https://lex.uz/docs/3177802>
4. Постановление кабинета министров от 13.09.2017 г. № 718 «Положение о порядке проведения рейтинговой оценки эффективности деятельности центральных районных (городских) многопрофильных поликлиник, городских и сельских семейных поликлиник, сельских врачебных пунктов, а также врачебного и среднего медицинского персонала. <https://www.lex.uz/docs/3345600>

### References

1. Alimov A.V. [Primary Health Care Development in Uzbekistan: Achievements and Challenges]. Analytical review. Uzbekistan. 2013;17-59.
2. Akhmedov M., Azimov R., Mutalova Z., Shahin G., Coy E., Bernd R. [Health systems: the time of change. Uzbekistan - health system review]. European Observatory on Health Systems and Policies. 2014;168
3. Decree of the President of the Republic of Uzbekistan dated 29.03.20017 No. 2857 “On measures to improve the organization of activities of primary health care institutions of the Republic of Uzbekistan”. <https://lex.uz/docs/3177802>
4. Cabinet Decision dated September 13, 2017 No. 718 “Regulation on the procedure for rating the performance of central district (city) multidisciplinary clinics, urban and rural family clinics, rural medical centers, as well as medical and paramedical personnel. <https://www.lex.uz/docs/3345600>

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Acknowledgments.** The study did not have sponsorship.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interest.

### Сведения об авторах

**Уразалиева Ильмира Равкатовна** - докторант, Школы общественного здравоохранения, Ташкентская медицинская академия, Узбекистан, г.Ташкент, Алмазарский район, ул.Фараби, 2, 100109, e-mail: [air\\_med\\_uz@mail.ru](mailto:air_med_uz@mail.ru)

**Маматкулов Бахромжон** – доктор медицинских наук, профессор, Школы общественного здравоохранения, Ташкентская медицинская академия, Узбекистан, г.Ташкент, Алмазарский район, ул.Фараби, 2, 100109

**Гурьянова Наталья Евгеньевна** - главный специалист отделения международного регионального сотрудничества и связей с общественностью ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: [Guryan8@Yandex.ru](mailto:Guryan8@Yandex.ru), SPIN-код: 7376-6680

### About the authors

**Urazalieva Ilmira Ravkatovna** - PhD, School of Public Health, Tashkent Medical Academy, Uzbekistan, Tashkent city, Almazar District, Faraby str., 2, 100109, e-mail: [air\\_med\\_uz@mail.ru](mailto:air_med_uz@mail.ru)

**Mamatkulov Bahromjon** - DcS professor, School of Public Health, Tashkent Medical Academy, Uzbekistan, Tashkent city, Almazar District, Faraby str., 2, 100109

**Guryanova N. E.**- Chief specialist of the Department of International Regional Cooperation and Public Relations, Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation 11, Dobrolubova str., Moscow, 127254, Russia, e-mail: Guryan8@Yandex.ru, SPIN-код: 7376-6680

Статья получена: 20.08.2019 г.  
Принята к публикации: 21.03.2020 г.