
© С.В. Иващенко, Н.В. Туркина, 2012

РАБОТА МЕДСЕСТЕР В ОПЕРАЦИОННОМ БЛОКЕ ПРИ ОКАЗАНИИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

С.В. Иващенко, Н.В. Туркина, канд. мед. наук
Санкт-Петербург
E-mail: FVSO@MAIL.RU



Проанализированы данные хронометража деятельности операционных медсестер с целью оптимизации их работы и уменьшения времени воздействия вредных факторов.

Ключевые слова: кардиохирургическая помощь, операционные медсестры, межличностные отношения.

Обеспечение населения кардиохирургической помощью – актуальная проблема медицины. Исследования [4, 11, 12] показывают, что хирургическая помощь необходима каждому 5-му пациенту кардиологических стационаров. Известно, что

5-летняя выживаемость больных с поражением митральных клапанов – менее 60%, в то время как операция протезирования клапанов позволяет сохранить жизнь 87% пациентов, причем многие из них восстанавливают трудоспособность [3, 4, 8, 11, 12].

В 2007 г. в клинику сердечно-сосудистой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова на хирургическое лечение сердечной патологии поступили и были прооперированы 184 пациента, в 2008 г. – 230, а в 2009 г. – уже 300. Однако операция по замене клапанов – технически весьма сложное хирургическое вмешательство, часто сопровождающееся развитием тяжелых послеоперационных осложнений [2, 3, 8]. Усложнение операций, насыщение операционной техникой приводит к необходимости создания операционного блока с четко организованной работой всех звеньев, из которых основной – операционная [8]. В профилактике развития послеоперационных осложнений важную роль играет эффективность организации работы в операционной. Большое значение придается работе операционных медсестер, их знаниям санитарно-эпидемиологического режима, техники безопасности, выполнению должностных обязанностей.

Объектом данного исследования явилась организация работы коллектива операционного блока, предметом – межличностные отношения в коллективе, взаимоотношения с пациентами. Исследование проведено в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в клинике 1-й хирургии Центрального института усовершенствования врачей.

Хирургическая медсестра во время операции в первую очередь занята непосредственно ходом операции и выполняет функции ассистента хирурга. Необходимость постоянно концентрироваться на задачах, требующих быстрых действий, существенно снижает ее возможность участвовать в сестринском уходе. Кроме того, на хирургической медсестре лежит ответственность за оборудование и оснащение операционного блока, не связанные с анестезией. Хирургическая медсестра ассистирует хирургу, отвечает за инфекционную безопасность, за инструментарий и неанестезиологическую аппаратуру, за наличие и учет медикаментов, всех перевязочных, шовных материалов и инструментов, которые использовались во время операции.

Для определения эффективности работы и психологического климата в коллективе были проведены следующие исследования: анкетирование 8 операционных медсестер (предлагались вопросы о соблюдении санитарно-эпидемиологического режима в операционном блоке, о соблюдении техники безопасности при работе с пожароопасными инструментами); самохронометраж рабочего времени с целью повышения эффективности работы; тестирование по «Дифференциально-диагностическому

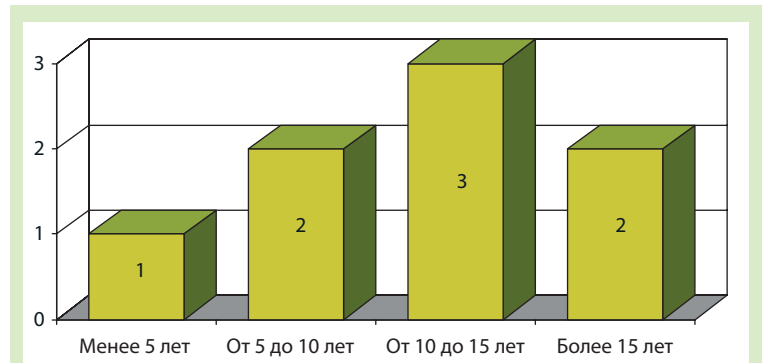


Рис. 1. Стаж работы сотрудников хирургического отделения (с операционными блоками)

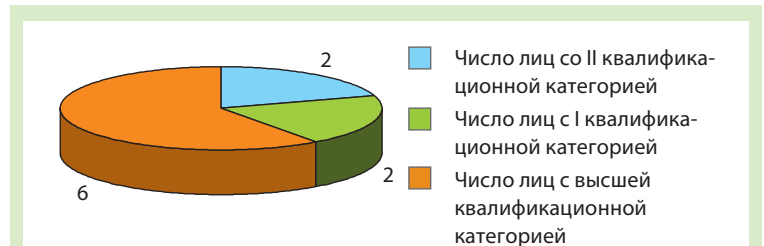


Рис. 2. Категории сотрудников операционного блока

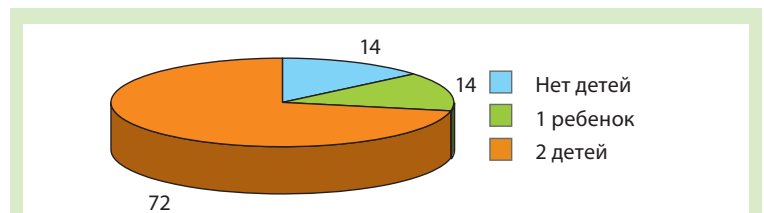


Рис. 3. Наличие детей у операционных медсестер

опроснику» (автор – Е.А. Климов); тестирование по самооценке терпеливости; экспресс-диагностика поведенческого стиля в конфликтной ситуации [12]; тестирование по экспресс-методике изучения психологического климата в трудовом коллективе (авторы – О.С. Михалюк, А.Ю. Шалыто).

Из рис. 1 видно, что в операционном блоке работают опытные сотрудники со стажем работы от 5 лет и более. Все они 1 раз в 5 лет проходят курсы повышения квалификации. В коллективе постоянно проводятся занятия по санитарно-эпидемиологическому режиму, новым нормативам, внутренним приказам.

На рис. 2 показано наличие у сотрудников квалификационных категорий. 70% операционных медсестер учатся в институтах заочно, более половины (57%) состоят в браке, 14% – незамужние и не были замужем и 29% разведены, причем все разведенные медсестры воспитывают по 1 ребенку, 86% сотрудников операционного блока имеют детей (рис.3).

Большая часть операционных медсестер имеют детей в возрасте от 8 лет до 15 лет; большинство детей часто болеют, что приводит к необходимости обращаться к врачу за листом временной нетрудо-



Рис. 4. Обращение к врачу для получения больничного листа

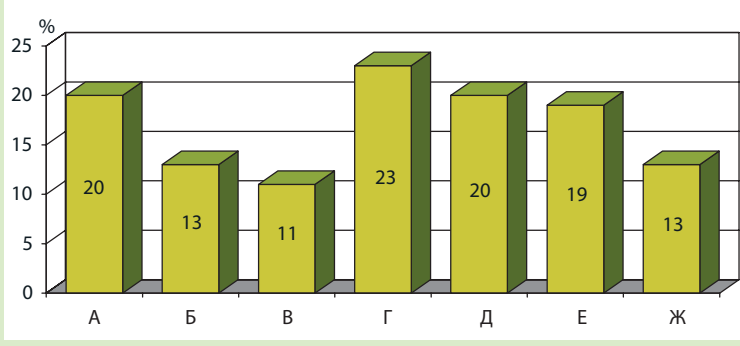


Рис. 5. Время, затраченное на выполнение функциональных обязанностей младшего медицинского персонала



Рис. 6. Средние показатели самохронометража операционных медсестер

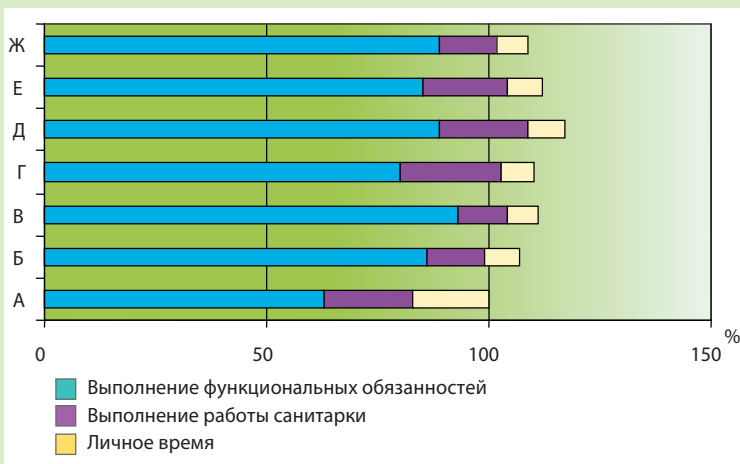


Рис. 7. Время, затраченное на выполнение функциональных обязанностей младшего медицинского персонала

способности. Однако не все сотрудники берут больничный лист (рис. 4).

Лишь 29 из 86% сотрудников, имеющих детей, берут больничный лист по уходу за ребенком. Остальные предпочитают посидеть 1–2 дня дома и выйти на работу. Основная причина – нежелание подводить коллег, так как выполнение обязанностей выбывшего на время сотрудника ложится на остальной коллектив. При очень высокой загруженности всех операционных медсестер это осложняет работу, приходится либо брать операции сверх основного плана, либо отменять их, что не может не сказаться на психологическом состоянии пациентов.

Для выяснения причин нехватки времени на выполнение основных функциональных обязанностей, причин высоких показателей усталости операционных медсестер и для определения возможности оптимизации работы коллектива был проведен хронометраж 1 рабочего дня. На выполнение должностных обязанностей затрачивается большая часть рабочего времени. Но из-за отсутствия в операционном блоке младшего медицинского персонала операционным медсестрам приходится выполнять их обязанности (рис. 5).

Как видно из рис. 5, это время составляет: у медсестры А – 20%, у медсестры Б – 13%, у медсестры В – 11%, у медсестры Г – 23%, у медсестры Д – 20%, у медсестры Е – 19%, у медсестры Ж – 13%. В личное время медсестер входят обеденный перерыв, гигиенические процедуры и т.п. В связи с большим числом операций на отдых, перерывы между операциями остается очень мало времени (рис. 6). Личное время операционных медсестер составляет около 9% от всего рабочего времени. Самый высокий показатель – время воздействия вредных факторов (см. рис. 6). Он складывается из нескольких составляющих: время участия в операции – постоянное статическое положение; пребывание в плохо вентилируемом помещении, так как в операционных отсутствует приточно-вытяжная вентиляция; испарения парформалина; излучение электроприборов; постоянный контакт с кровью. На уборку, т.е. на выполнение обязанностей младшего медицинского персонала, уходит до 18% рабочего времени. Медсестрам после того, как они ассистировали хирургу, приходится полностью убирать операционные, мыть инструменты, заниматься утилизацией мусора, т.е. постоянно контактировать с дезинфицирующими средствами (особенно – с хлором). Практически на протяжении всего времени выполнения функциональных обязанностей на коллектив оперблока воздействуют вредные факторы.

В связи с высокой загруженностью на личное время и отдых не остается времени (рис. 7).

Как видно из рис. 7, загруженность операционных медсестер превышает 100%. Медсестрам зачастую приходится жертвовать личным временем для качественного выполнения работы, что сказывается на их здоровье. Участились случаи аллергических, простудных заболеваний. Бывает, что во время операции медсестры теряют сознание из-за высокой температуры воздуха (около 28°C) и отсутствия в операционной системы вентиляции (рис. 8).

По имеющимся данным, норма температуры воздуха в операционной – 22°C [5, 6, 8, 9]. В отсутствие в операционной системы приточно-вытяжной вентиляции [6, 7] и из-за наличия большого количества аппаратуры, выделяющей тепло, температура повышается до 28°C. Это в сочетании с пониженным содержанием кислорода в воздухе (рис.9) затрудняет работу операционной бригаде. Хирургу приходится то и дело вытирать пот со лба, так как запотевают специальная хирургическая оптика.

Содержание кислорода в воздухе измеряли оксиметром. Как видно из рис. 9, оно даже в начале рабочего дня ниже нормы, а к концу снижается еще больше, что негативно влияет на самочувствие операционной бригады. Появляются головная боль, головокружение, снижается давление, бывают случаи потери сознания. Вредные факторы – контакт с дезинфицирующими средствами; воздействие кварца; химических веществ; излучение; длительное пребывание в плохо вентилируемом помещении; длительное статичное положение; контакт с кровью (ее попадание на одежду, лицо, руки); с пациентами – носителями HBs-антигена, anti-HCV; психологически-травмирующие факторы; кровотечения у больных во время операции; оказание неотложной помощи; смерть пациента во время операции – **воздействуют на операционную бригаду практически на протяжении всего рабочего времени.** Нормативы, определяющие время, в течение которого операционная медсестра может находиться в операционной непрерывно, отсутствуют.

При опросе оказалось, что только 36% респондентов теперь выбрали бы тип профессии «человек – человек» (профессии, связанные с обслуживанием людей, общением), а 25% – тип «человек – природа» и «человек – знаковая система», 12% – «человек – техника» и «человек – художественный образ». Как уже говорилось, 70% медсестер получают высшее образование, учась заочно, и выяснилось, что второе образование соответствует указанным типам профессий. То есть выбор второй профессии – осознанный.

Работа с пациентами – длительная, достаточно тяжелая, требующая от операционной медсестры терпения. В коллективе оперблока было проведено тестирование по самооценке терпеливости (авторы – Е.П. Ильин, Е.К. Фесенко). По данным тес-

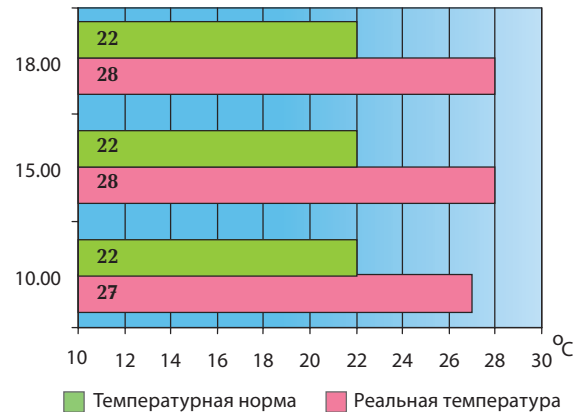


Рис. 8. Температура воздуха в операционной в отсутствие вентиляции

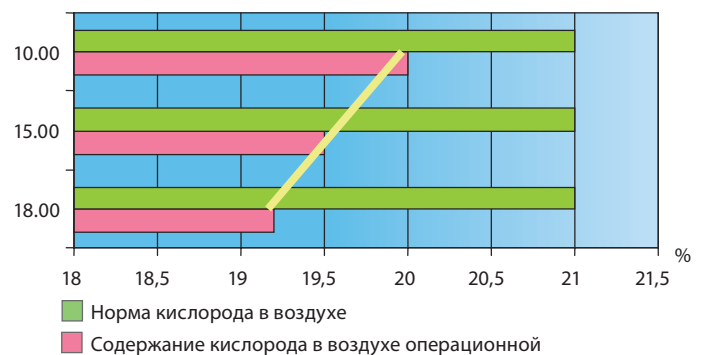


Рис. 9. Снижение содержания кислорода в воздухе операционной в течение рабочего дня

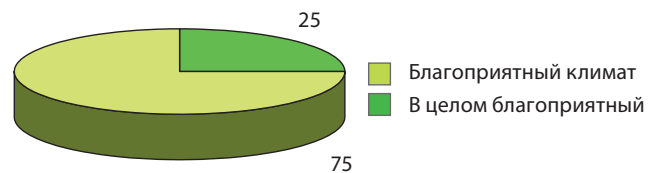


Рис. 10. Оценка психологического климата в коллективе

тирования, у 63% медсестер – высокая степень терпеливости (это может быть также показателем работы на износ), у 37% – средняя; возможно, они не всегда доводят до конца начатые дела, что может вести к небрежному, а иногда и халатному отношению к своей работе. В целом же коллектив оперблока – люди, обладающие высокой степенью терпеливости, что крайне важно при работе с людьми, особенно с пациентами хирургического стационара.

В любом трудовом коллективе, тем более – при работе с людьми, особенно важно поведение сотрудников в конфликтной ситуации. Нами была проведена экспресс-диагностика поведенческого

стиля в конфликтной ситуации [9]. У 50% членов коллектива преобладает компромиссный стиль поведения, 25% стараются уходить от конфликтов и 25% – «сглаживать углы», т.е. в коллективе операционных медсестер практически отсутствуют конфликты, мешающие работе. Очень важен для любого коллектива психологический климат. Особенно то, как его оценивают сами сотрудники. Результаты применения экспресс-методики изучения психологического климата в трудовом коллективе (авторы – О.С. Михалюк, А.Ю. Шалыто) приведены на рис. 10.

Полная взаимозаменяемость, профессионализм и дружеские отношения позволяют находить выход из сложной ситуации, в которой работает персонал операционного блока. Операционными медсестрами предложены следующие меры профилактики послеоперационных осложнений:

- создание санпропускников;
- устройство в операционных приточно-вытяжной вентиляции;
- закупка для операционного блока ультразвуковой моющей машины для инструментария.

Литература

1. Арутюнов Г.П., Рылова А.К., Чернявская Т.К. и др. Физическая реабилитация больных с недостаточностью кровообращения: проблемы и перспективы // Кардиология. – 2001; 4: 78–82.
2. Замотаев Ю.Н., Косов В.А., Мандрыкин Ю.Н. Опыт применения программы медицинской и психологической поддержки больных, перенесших кардиохирургические операции // Тер. арх. – 2000; 1: 25–28.
3. Кузнецова В.М. Сестринское дело в хирургии. Серия «Медицина для вас». – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 416 с.
4. Сестринское дело. Профессиональные дисциплины. Учебное пособие / Под ред. Г.П.Котельникова для студен-

тов факультетов высшего сестринского образования, студентов медицинских колледжей. 2-е изд., перераб. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. 697 с.

5. Стандарты практической деятельности медсестры. Т. 1 и 2. – СПб., 1998.
6. СП 3.1.2485-09 «Дополнение №1 к СанПин 2.1.3.1375-03. Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров».
7. Садилов Н.Б. Современный справочник медсестры. – Минск: Современный литератор, 1998.
8. Туркина Н.В., Филенко А.Б. Общий уход за больными. Учебник. – М.: Товарищество научных изданий КМК, 2007. – 550 с.
9. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Экспресс-диагностика поведенческого стиля в конфликтной ситуации. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М., 2002. – С.210–211.
10. Хачатрян Т.К., Муратов Р.М., Бабенко С.И и др. Протезирование трикуспидального клапана: биологический или механический протез // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2004; 5: 30–36.
11. Шихвердиев Н.Н., Хубулава Г.Г., Марченко С.П. Диагностика и лечение больных с искусственными клапанами сердца. – М.: Фолиант, 2006. – 232с.
12. Шумаков В.И., Семеновский М. Л., Вавилов П.А и др. Шестилетний опыт протезирования клапанов сердца двухстворчатными протезами «МедИнж-2» // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2004; 5: 16–21.

NURSES' WORK IN AN OPERATIONAL UNIT IN RENDERING CARDIOSURGICAL CARE

S.V. Ivashchenko, N.V. Turkina, Cand. Med. Sci.
Saint Petersburg

The paper analyzes the time and motion study in surgical nurses to optimize their work and to reduce the time of their exposure to harmful factors.

Key words: cardiosurgical care, surgical nurses, interpersonal relations.

