

линейного персонала строек не могут оказать самой необходимой первой помощи травмированному рабочему или оказывают ее неправильно, что приводит к тяжелым последствиям, а порой и к гибели.

Установление непосредственных причин травматизма — не самоцель, а средство изменения условий труда, чтобы, не снижая темпов и качества деятельности рабочего коллектива, предотвратить возможность возникновения несчастных случаев. Поэтому необходимо правильно организовать учет травматизма техническими и медицинскими работниками и совместное изучение причин его возникновения.

Систематическая работа по снижению травматизма приведет к желаемым результатам лишь в том случае, если она будет производиться совместно всеми заинтересованными организациями: администрацией, профсоюзными и общественными организациями и учреждениями здравоохранения. Согласованность в работе здравпункта, отделов техники безопасности, общественного актива, комиссии по охране труда при осуществлении комплексных планов профилактики и снижения травматизма является решающим условием успеха в этой важной работе.

ВЫВОДЫ

1. Анализ травматизма в крупнопанельном строительстве за 5 лет (1959—1963 гг.) позволил установить:

а) травматизм при монтаже крупнопанельных конструкций характеризуется большой продолжительностью нетрудоспособности вследствие преобладания тяжелых травм, получаемых монтажниками;

б) основную группу повреждений составляют переломы костей скелета (38%), повреждения внутренних органов и ушибы при падении с высоты и ударах монтируемыми элементами (31%);

в) наибольшее количество несчастных случаев происходит во вторую половину рабочей смены, особенно в период наступления темноты (5—6 часов второй смены);

г) в течение года случаи травматизма учащаются в апреле и мае в основном во 2-й и 3-й сменах работы.

2. В целях более успешного устранения причин несчастных случаев как в технических, так и в медицинских исследованиях должны быть приняты единая классификация и учет причин травматизма по основным их группам.

3. В существующую программу технического обучения и подготовки монтажников необходимо ввести специальные занятия по оказанию первой помощи пострадавшему.

4. Мероприятия по предупреждению травматизма должны проводиться работниками строительства и здравоохранения в тесном контакте.

Поступила 13 апреля 1964 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2

ОПЫТ ДВУХСТЕПЕННОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ И БОРЬБА ЗА ЗВАНИЕ БРИГАД КОМУНИСТИЧЕСКОГО ТРУДА

Л. И. Диндарова

Главный врач инфекционной больницы (г. Чистополь)

Всем известно важное значение ухода в общем комплексе лечения больного. Почему вопросы совершенствования организации труда и подъема профессионального и идейного уровня обслуживающего персонала всегда являются актуальными.

Это и послужило для нас основанием поделиться опытом трехлетней работы в этом направлении.

Нужно отметить, что при переходе к новому методу работы мы не располагали ни необходимой литературой, ни соответствующим опытом работы других больниц.

В настоящий момент появилось большое количество статей, брошюр и даже отдельных книг по организации двухстепенного обслуживания больных, но нам не удалось разыскать в них материала по итогам организации такого метода обслуживания именно в инфекционных больницах с учетом специфики их работы.

Подготовка к переходу на двухстепенное обслуживание была начата с проведения разъяснительной работы среди коллектива больницы, в процессе которой говорилось о преимуществах нового метода работы по сравнению со старым, трехступенным, методом обслуживания больных. Далеко не сразу средний медперсонал согласился с предложением о внедрении нового метода в нашей больнице. Большинство медсестер считало, что при новом методе обслуживания в их обязанности войдут функции младшего медперсонала, что неблагоприятно скажется на лечении больных.

Медсестрам, давно работавшим по старому привычному методу, нравилась только чисто лечебная работа, т. е. выполнение инъекций, различных процедур, раздача лекарств и др., чем, по их мнению, и поддерживался известный авторитет медсестры как квалифицированного среднего медработника среди больных. Медсестрам даже казалось, что новый метод работы в какой-то степени дисквалифицирует их и превратит их просто в опытных санитарок.

Пришлось в течение 4 месяцев повседневно проводить кропотливую воспитательную работу среди сестер путем убеждения и умелого показа всей важности роли именно медсестры при двухступенной системе обслуживания больных. Не хотелось переходить на новый метод работы и санитаркам, так как они видели в этом принижение их роли. Санитарки-привыкли к старым методам работы, когда они участвовали в выполнении лечебных процедур, и обижались, что при двухступенной системе обслуживания им отводится только «грязная» работа. Систематическая воспитательная работа администрации, профсоюзной и партийной организаций не прошла даром. 16 мая 1961 г. на общем профсоюзном собрании персонала больницы было единогласно принято решение перейти на новый двухступенный метод обслуживания больных. Для правильной оценки значения этого решения необходимо хотя бы кратко охарактеризовать условия работы в больнице, чтобы не создалось впечатления, что у нас идеальные условия и нам сравнительно легко внедрять все новое.

Больница расположена в трех не типовых, приспособленных зданиях (канализация выгребная, отопление печное, больница не газифицирована). Персоналу больницы приходится затрачивать много времени на топку печей и поддержание должного санитарного уровня. Больница рассчитана на 75 коек (40 детских, 35 взрослых). В летне-осенний период контингент больных меняется, до 90% больных составляют дети.

Штаты больницы до перехода на новый метод: среднего медперсонала — 22,5 единицы, младшего — 20. Общее количество среднего и младшего медперсонала было гораздо ниже существующих нормативов, но это не помешало нам перейти на новый метод обслуживания без добавления штатных единиц. Переход был осуществлен следующим образом: с 16 мая 1961 г. мы сократили 5 санитарок, вместо которых приняли на работу 5 медсестер. Таким образом, количество среднего и младшего персонала осталось прежним, изменился качественный состав и на незначительную сумму увеличился фонд заработной платы (на разницу в окладе сестер и санитарок).

После перехода на двухступенный метод обслуживания средний медперсонал был распределен таким образом, что в дневное время на каждую палатную сестру приходится 15 больных, в ночное время — 25—30, кроме того, были выделены медсестры для работы в детской палате, одна медсестра стала работать ежедневно фельдшером приемного покоя, заниматься приемом и выпиской больных и ведением связанной с этим документации, что заметно улучшило обслуживание посетителей. Раньше всей этой работой занимались дежурные сестры боксов, которые одновременно выполняли лечебную работу среди боксированных больных. А самое главное, теперь при необходимости мы получили возможность выделять индивидуальные сестринские посты при тяжелобольных. Раньше, если в отделение поступал тяжелый дизентерийный ребенок, дежурная сестра вынуждена была оказывать ему особое внимание лишь за счет обслуживания других больных, среди которых тоже могли быть нуждающиеся в ее внимании. Теперь же во избежание этого для особо тяжелых больных мы выделяем отдельных медсестер, которые гораздо лучше обслуживают тяжелобольных, особенно детей. В этом большое преимущество двухступенного метода по сравнению с трехступенным.

Обязанности среди младшего персонала были распределены так: 3 санитарки-посудницы, 11 санитарок-уборщиц, 1 санитарка лаборатории и рентгенокабинета, т. е. всего 15 санитарок.

Как известно, при трехступенной системе обслуживания санитарке предоставляется право самостоятельно, без контроля, выполнять ряд функций, требующих медицинских знаний. К ним относятся такие чрезвычайно важные манипуляции, как клизмы, подача грелок, кормление тяжелобольных, перестилание постелей, перекармливание и купание больных. А ведь иногда эти манипуляции могут быть доверены только медицинской сестре, так как санитарки в силу недостатка медицинских знаний могут нарушить режим и диету больного. Как часто при трехступенной системе обслуживания санитарка после уборки помещений, туалета, мойки суден приступает к раздаче пищи, без достаточной обработки рук, смены халатов, что требовало постоянного контроля сестер и врачей, вызывало опасения больных в отношении инфицирования. По новому методу работы санитарка-уборщица не принимает участия в медицинских процедурах и раздаче пищи, а занимается только уборкой помещений, дезинфекцией суден, ванн, выделений больного. В течение целого рабочего дня санитарка-уборщица под руководством палатной сестры занимается уборкой отделения (в ночное время в нашей больнице уборка не производится). В результате такой организации труда младшего медперсонала санитарное состояние больницы стало намного лучше, хотя количество санитарок и уменьшилось. Резко уменьшилось число случаев нарушения дежурима, так как санитарки-уборщицы более основательно усвоили правила дезобработки ванн, туалетов, суден, выделений больного, а санитарки-посудницы хорошо знают правила дезобработки посуды, пищевых остатков и т. д. Санитарка-посудница

занимается доставкой пищи в отделения, мытьем и дезобработкой посуды, убирает тумбочки больных. Санитарка-посудница не моет полы, т. е. совершенно не занимается грязной работой. Таким образом, каждая санитарка хорошо знает дезрежим своего раздела работы; повысилась и эстетическая сторона обслуживания больных. За последние три года у нас не было случаев грубого нарушения дезрежима.

Медсестра у нас стала подлинным помощником врача, так как теперь имеет возможность целый рабочий день находиться непосредственно в палатах, у постели больных — здесь ее рабочее место. Медсестра сама раздает питание, сама кормит тяжелобольных и детей, внимательно следит за малейшими изменениями в состоянии больных, о чем немедленно докладывает лечащему или дежурному врачу. В инфекционных больницах не разрешается свидания больных с родственниками и близкими, и поэтому наши медсестры осуществляют контакт больных с родственниками, что имеет большое значение для создания лечебно-охранительного режима в больнице, повышает культуру обслуживания посетителей. Палатная сестра умывает больных, стрижет ногти, производит туалет слизистых оболочек, кожных покровов и волос, меняет белье, перестилает постели и т. д.

Имея постоянный контакт с больными, медсестра превращается из порою механического исполнителя врачебных назначений в близкого друга больного, и недаром в нашем журнале отзывов записана масса самых сердечных благодарностей в адрес палатных сестер. В детских палатах сестры по сути дела ведут работу и воспитательниц, умело занимая досуг больных детей, заболевание которых требует соблюдения постельного режима, читают детям детскую литературу, играют с ними в спокойные игры. При таком контакте с палатной сестрой дети ведут себя спокойнее, меньше тоскуют о доме и близких, лучше переносят лечебные процедуры, так как с большим доверием относятся к палатным сестрам; дети стали лучше кушать. Детский плач — очень редкое явление в нашей больнице.

Конечно, как и все новое, работа по новой двухступенной системе обслуживания больных на первых порах шла не гладко, встречалось много недоуменных вопросов, недоразумений, а порою даже конфликтов между средним и младшим медперсоналом; часто возникали вопросы организационного порядка, допускались ошибки, но все это постепенно в процессе работы устранялось. Теперь мы уже привыкли к новому методу работы и не представляем, как может быть иначе. Именно благодаря новому методу работы резко улучшилось качество обслуживания больных, появилась возможность выделять посты индивидуального ухода за тяжелыми больными. Летальность снизилась за последние 3 года с 1,5% до 0,5—0,6%. В связи с тем, что теперь весь лечебный процесс осуществляется только средним медперсоналом и врачами, появилась органическая потребность в регулярном проведении сестринских конференций и производственных совещаний с обсуждением вопросов улучшения ухода за больными, повышения квалификации медсестер; при работе по новому методу квалификация сестер не только не снизилась, чего они так боялись, а наоборот, все медсестры освоили методику внутривенных и подкожных инъекций, вливаний капельным путем, капельных клизм, проведения физиотерапевтических процедур и т. д. Стал лучше работать Совет сестер, регулярно проводятся взаимопроверки рейдовыми бригадами. Повысилось чувство ответственности у каждого медработника за свой раздел работы и за работу всей больницы. Большую помощь в организации работы по новому методу оказали старшая медсестра больницы А. П. Васильева и сестра-хозяйка Н. Романовская, пользующиеся заслуженным авторитетом среди персонала.

С младшим медперсоналом ежегодно проводятся занятия по сантехминимуму и дезрежиму.

Преимущества нового метода и в том, что больной теперь находится целиком на попечении только квалифицированных медработников, т. е. врача и медсестры, следовательно, уход и лечение больных стали осуществляться более квалифицированно и медицински грамотно, повышается культура обслуживания больных.

Мы можем теперь с уверенностью сказать, что работа по двухступенной системе обслуживания больных является более рациональной.

Работая по-новому, персонал больницы стал более сплоченным, дружным, и в январе 1962 г. мы решили включиться в борьбу за высокое звание «Коллектива коммунистического труда». Были приняты индивидуальные обязательства и обязательства отделений, прачечной, лаборатории и т. д. Врачи и медсестры приняли обязательства по освоению смежных профессий, по улучшению медицинской техники, по повышению общекультурного уровня и деловой квалификации. Так, в ходе соревнования за коммунистический труд 3 палатные сестры полностью освоили специальность клинического лаборанта, это позволило сразу организовать так дежурство медсестер, что при необходимости в любое время суток мы можем производить клинические анализы крови, мочи, копрологические исследования и т. д. Таким образом, освоение смежных профессий в данном случае дало положительные результаты в работе больницы. Поскольку больница старается использовать вновь освоенные навыки медсестер, это стимулирует их интерес к освоению смежных и вторых профессий, что ведет к накоплению опыта и навыков в коллективе. Четыре медсестры изучили медстатистику, несколько медсестер освоили технику лечебного массажа и ЛФК, две медсестры изучили профессию рентгентехника, техника электрокардиографического кабинета,

одна медсестра организовала школу матерей и систематически занимается со вновь поступающими матерями.

В больнице работают клиническая и бактериологическая лаборатории, рентгеновский кабинет, с января 1964 г. функционирует ЭКГ-кабинет. Врач Никитина осваивает основы оториноларингологии, остальные врачи — лабораторную работу, чтобы при необходимости заменить врача-бактериолога и клинического лаборанта.

В нашей больнице широко практикуются такие общественные мероприятия, как субботники по уборке территории больницы, выращивание цветов, озеленение двора и улицы.

Коллектив больницы бережно относится и к расходованию средств на хозяйственные нужды: мелкий текущий ремонт в больнице, покраска заборов, рам и другие работы, не требующие специальной квалификации, производятся силами коллектива.

Большую общественную работу проводит коллектив больницы на участке прикреплённого микрорайона города (около 4000 жителей, 228 домов, в основном частных). Дважды в месяц проводятся подворные обходы с выявлением санитарных нарушений и устранением их, ведётся пропаганда санитарных и медицинских знаний, здорового быта, читаются лекции, проводятся беседы.

Врачи больницы имеют прикрепленные здравпункты в районе, систематически оказывают им консультационную помощь и участвуют в прививочных кампаниях.

В ходе соревнования за коммунистический труд свыше 50% сотрудников получили высокое звание ударника коммунистического труда; присвоено звание отделения коммунистического труда прачечной.

Помимо освоения смежных профессий и повышения деловой квалификации, члены коллектива стали заниматься вопросами повышения своего культурного уровня. Так, медсестра Емельянова в течение 1963—64 гг. изучала творчество Л. Н. Толстого и сделала 4 доклада с разбором отдельных его произведений.

На конференциях стали заслушиваться доклады о творчестве художников-передвижников и русских композиторов-классиков.

Большее внимание в коллективе уделяется вопросам коммунистической морали, поведению в быту и на работе, вопросам воспитания детей.

В заключение хочется сказать, что коллектив нашей больницы считает двухступенную систему обслуживания больных в стационарах наиболее рациональным, высококвалифицированным методом ухода и лечения больных, обеспечивающим более высокую культуру и качество обслуживания больных, что помогло нам в дальнейшем включиться в борьбу за звание коллектива коммунистического труда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батаева В. В. Мед. сестра. 1960, 6. — 2. Блатова Н. А. Мед. сестра. 1959, 7. — 3. Бобоходжаев И. Я. Здравоохранение Таджикистана, 1959, 4. — 4. Гогопольский М. Х. Мед. сестра. 1960, 6. — 5. Гороховер И. А. Казанский мед. ж. 1960, 1. — 6. Дербенева И. В. Мед. сестра. 1960, 6. — 7. Житникий М. Е. Двухступенная система обслуживания больных в стационаре. М., Медгиз, 1963. — 8. Живетский А. В. Мед. сестра. 1963, 9. — 9. Зиняк М. Я. Здравоохранение (Кисинев), 1959, 3. — 10. Кириленко А. В. Сов. здрав., 1960, 9. — 11. Овнянян А. П. Мед. сестра. 1961, 7.

Поступила 2 марта 1964 г.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

УДК 613.644

Г. М. Али-Заде, Н. Г. Трифель. Шум производственного оборудования на нефтяных промыслах и мероприятия по его ограничению. Азербайджанское книжное издательство. Баку, 1963. Тираж 1000 экз.

В I главе монографии даются общие сведения о звуке и шуме и их восприятии.

II глава посвящена характеристике влияния шума на организм. Она является самой краткой и поверхностной среди всех остальных разделов книги. В ней, к сожалению, использованы лишь немногие работы о влиянии шума на организм, опубликованные в основном до 1960 г., причем работы ряда авторов (А. М. Волков, И. И. Галахов, А. И. Каческая, К. Шредер) цитируются не по оригиналам, а со ссылкой на Н. Хохлову и Е. Бабина.

В этой же главе авторы приводят данные о нормировании шума, ссылаясь на некоторые извлечения из действующих правил. По-видимому, нужно было, во-первых, указать полное наименование этих правил, во-вторых, отметить, что они в настоящее время нуждаются в пересмотре.

III глава касается методов исследования шума и применяемых при этом приборов. Авторы указывают на субъективные и объективные методы измерения шума, перечисляют современные приборы для измерения шума и составления его частотной характеристики (шумомеры ШИ-1, ЛИОТ-1955, ШИ-1-53, анализатор спектра шума типа АС-3 и др.). Наряду с указанными приборами необходимо было сослаться также на индикатор норм шума (ИНШ-ЛИОТ), который позволяет быстро получить данные относительно характера шума.