АНАЛИЗ РАБОТЫ МЕДСЕСТРЫ ПРОЦЕДУРНОГО КАБИНЕТА ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА

Содержание

Введение

Раздел I Специфика хирургического отделения

Раздел II Понятие “хирургического стресса”

Раздел III Обязанности процедурной медсестры

Раздел IV Профессиональная деятельность процедурной медсестры

4.1 Качественный и количественный анализ основных манипуляций

4.2 Хронометраж

Заключение

Список литературы

Приложение

Введение

Человек, его жизнь, здоровье и долголетие являются самой большой ценностью. Медицинская наука и все медицинские работники призваны сохранить это богатство – здоровье человека.

Медиком должен быть тот, кто жизнь и здоровье больного ставит выше личных интересов. Девиз медицины, предложенный голландским врачом XVII века Ван Тульпиусом – aliis inserviendo consumer (лат.) – служа другим, сгораю сам.

В комплексе медицинских мероприятий огромное значение играет уход за больными. Самые эффективные лекарственные средства, искусно проведенные операции и др. не могут обеспечить выздоровление, если не будет одновременно осуществляться систематический и тщательный уход.

Уход за больными – это содержание в чистоте палаты, постели, своевременная смена постельного и нательного белья, оказание помощи при приеме пищи, проведение гигиенического туалета, осуществление физиологических отправлений и выполнение назначений врача. В стационарах и поликлиниках уход осуществляется младшим и средним медицинским персоналом.

Хирургическое отделение требует более внимательного и тщательного ухода за пациентами, особенно в послеоперационный период. Медсестра должна максимально точно следить и иметь терпение к пациентам в течение дня и ночи; малейшие изменения артериального давления, пульса, внешнего вида могут привести к неизменимым последствиям.

Наиболее характерной чертой для процедурной медсестры должно быть – осознание своей ответственности при выполнении непосредственных обязанностей, которые должны быть осуществлены не только правильно, но и своевременно. Нужно знать действие лекарств, влияние лечебных процедур на пациента. Если же вместо полезного действия возникает необычный эффект, нужно тотчас прекратить процедуру. Нельзя слепо и механически выполнять назначения. Если назначенное лекарство проявляет новое действие, то наблюдательная, внимательная и медицински образованная сестра пригласит врача, который решит что делать. Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что медицинская сестра не менее важна, чем врач. Если раньше она была лишь помощником, то в наше время специальность “медсестра” выделяется в новую самостоятельную дисциплину в связи с изменением условий окружающей среды, общества, взглядов и научных открытий.

Автоматизированный процесс мышления и действий медсестры, состоящий из сестринского обследования, выявления проблем пациента, планирования и реализация ухода, оценки результатов – это сестринский процесс (см. прил. 1).

Но развитие сестринского дела в России и внедрение современного сестринского процесса в клиники тормозится. Причинами является: низкий профессиональный и социальный уровень сестры, недооценка значимости научных принципов и подходов к организации сестринского дела, экономические факторы.

Актуальность выбранной темы заключается в том, что обеспеченность учреждений здравоохранения средним медицинским персоналом и число возложенных на них должностных обязанностей имеет явное несоответствие. В наше время при возрастании заболеваемости, увеличении лиц пожилого и старческого возраста, низком социальном уровне некоторых слоев населения, деятельность медсестер требует пересмотра. В связи с этим достаточно остро стоит вопрос о необходимости разработки научных основ по рациональному использованию кадров в учреждениях здравоохранения.

Практическая значимость проблемы – при анализе деятельности медсестры можно выявить несвойственную ей работу и затем решить вопрос о передачи ее другому лицу (санитарке, сестре-хозяйке). Это позволяет выявить резервное время, которое может быть использовано для улучшения оказания качества медицинской помощи.

Целью работы является изучение и анализ деятельности процедурной медсестры на хирургическом отделении.

В соответствии с этим поставлены следующие задачи:

* + - анализ особенностей ухода за больными на хирургическом отделении,
    - рассмотрение реакции пациентов на “хирургический стресс”,
    - анализ деятельности процедурной медсестры,
    - количественный и качественный анализ основных манипуляций,
    - выявление основных проблем в работе медсестры процедурного кабинета (возможность ятрогенных осложнений у пациентов при инъекциях, строжайшее соблюдение асептики и антисептики, профзаражения, высокая ответственность, нехватка времени для реализации сестринского процесса).

Исследования проводились в период 2005 года на базе Александровской больницы города Санкт-Петербурга.

В процессе работы использовались методы наблюдения, беседы, опроса.

Объектом исследования выступила медицинская сестра процедурного кабинета хирургического отделения со стажем работы 6 лет и имеющая 1 категорию.

Раздел I Специфика хирургического отделения

На хирургическом отделении развернуто 45 коек. За 2005 год поступило 3121 человек, из них прооперированно 1344.

Больные поступают как в плановом, так и в экстренном порядке для оперативного и консервативного лечения, с заболеваниями: острый и хронический панкреатит, холецистит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, вентральные и пупочные грыжи, острый аппендицит и др.

Каковы же общие принципы подготовки больного к операции? Большинство поступающих на хирургическое отделение больных подвергаются оперативному вмешательству (см. прил. 2). Предоперационный период длится от момента поступления больного до начала выполнения операции. Процедуры предоперационного периода (предоперационная подготовка) проводят с целью уменьшения риска операции, для предотвращения осложнений. С первого дня поступления больного необходимо проводить психологическую подготовку. Вселение в больного уверенности в успешном исходе операции, выздоровлении зависит не столько от врача, сколько от среднего медперсонала, постоянно контактирующего с больным. Этому способствуют положительные эмоции, музыка, чтение, беседы в строго определенные часы, рекомендованные врачом. Определенную роль играет помещение больных, готовящихся к операции, в одну палату с больными, уже перенесшими аналогичную операцию и подготавливающимися к выписке.

В предоперационный период следует назначать седативные препараты (настойка валерианы, элениум, мепробамат, седуксен, триоксазин и др.), особое внимание уделять больным в первые дни пребывания в отделении и накануне операции в связи с тем, что именно в то время чаще всего возникают эмоционально-стрессовые состояния. К плановым операциям подготовка включает все исследования, связанные с установлением диагноза, выявлением осложнений основного заболевания и сопутствующих заболеваний, определением функционального состояния жизненно важных органов.

В анамнезе важно выяснить, подвержен ли больной аллергии, какие он принимает лекарства (особенно это касается кортикостероидных гормонов, антибиотиков, антикоагулянтов,

барбитуратов). Среди элементов основного обследования - измерение роста и массы тела больного, клинический анализ крови и мочи, постановка реакции Вассермана, определение группы крови и резус-фактора, рентгеноскопия органов грудной клетки и спирометрия, электрокардиография, исследование кала на яйца глистов. Очень важна профилактика послеоперационных осложнений (см. прил. 3). Для этого проводят санацию полости рта, иногда удаление миндалин, при показаниях медикаментозное лечение, улучшающее деятельность сердечно-сосудистой системы. Для профилактики осложнений со стороны дыхательной системы необходимо заранее научить больного, как следует дышать (глубокий вдох и длительный выдох через рот) и откашливаться в первые же часы после операции, чтобы предупредить задержку секрета и застой в дыхательных путях. С этой целью накануне операции, иногда на ночь, ставят банки.

Экстренные операции вынуждают максимально сократить подготовку, проведя лишь необходимую санитарную обработку (иногда ограничиваясь лишь обмыванием загрязненных частей тела), продезинфицировать и побрить операционное поле. Надо успеть измерить температуру тела и артериальное давление. Из переполненного желудка удаляют содержимое, иногда делают клизму. При показаниях срочно налаживают внутривенное вливание и больного с действующей системой доставляют в операционную, где продолжают необходимые мероприятия уже во время анестезии и операции.

Максимально проведенная подготовка исключает возможность осложнений, подготавливает жизненно важные органы больного к оперативному вмешательству, создает благоприятный психологический фон, а все эти факторы способствуют скорейшему выздоровлению больного.

Какова же роль медсестры в послеоперационный период? С момента поступления больного из операционной в палату начинается послеоперационный период, который продолжается до выписки из больницы. В этот период медицинская сестра должна быть особенно внимательна. Опытная, наблюдательная медсестра является ближайшим помощником врача, от нее нередко зависит успех лечения. В послеоперационный период все должно быть направлено на восстановление физиологических функций пациента, на нормальное заживление операционной раны, на предупреждение возможных осложнений. В зависимости от общего состояния прооперированного, вида обезболивания, особенностей операции палатная сестра обеспечивает нужное положение больного в постели.

Палата, куда поступает пациент из операционной, должна быть проветрена. Яркий свет в палате недопустим. Кровать нужно поставить таким образом, чтобы было возможно подойти к больному со всех сторон.

Больного после общего наркоза укладывают в теплую постель на спину с повернутой головой или на бок (чтобы предупредить западение языка и аспирацию рвотными массами) на 4-5 часов без подушки, обкладывают грелками. Будить больного не следует.

Сразу же после операции на область операционной раны желательно положить на 4-5 часов мешок с песком или резиновый пузырь со льдом. Это приводит к сдавливанию и сужению мелких кровеносных сосудов и предупреждает скопление крови в тканях операционной раны. Холод успокаивает боли, предупреждает ряд осложнений, понижает процессы обмена, благодаря чему ткани легче переносят недостаточность кровообращения, вызванную операцией. До тех пор, пока больной не проснется и не придет в сознание, медицинская сестра должна находиться около него неотступно, наблюдать за общим состоянием, внешним видом, артериальным давлением, пульсом, дыханием.

В первые 2-3 часа после наркоза больному не дают ни пить, ни есть. При появлении рвоты голову больного поворачивают на бок, ко рту подставляют лоток или подкладывают полотенце, из полости рта удаляют рвотные массы с тем, чтобы не произошли аспирация, а в последующем - ателектаз легких. По окончании рвоты рот протирают влажным тампоном. При рвоте после наркоза эффект оказывает введение под кожу 1-2 мл 2,5 % раствора аминазина, 1 мл 2,5 % раствора дипразина. Каждый больной получает от врача особое разрешение на перемену послеоперационного режима: в разные сроки разрешают присаживаться, вставать. В основном после не полостных операций средней тяжести, при хорошем самочувствии больной может вставать около кровати на другой день. Сестра должна проследить за первым вставанием больного с постели, не разрешать ему самостоятельно выходить из палаты.

Нередко после операции в брюшной полости оставляют резиновую дренажную трубку для эвакуации скопления жидкости. Если отделяемое по трубке необычно обильно, интенсивно окрашено кровью, сестра должна вызвать врача для решения вопроса.

Внедрение сестринского процесса в уход за хирургическими больными:

* способствует выделению из ряда существующих потребностей приоритетов по уходу и ожидаемых результатов; приоритетными проблемами являются проблемы безопасности (операционной, инфекционной, психологической); проблемы связанные с болью, временным или стойким нарушением функций органов и систем; проблемы связанные с сохранением достоинства, так как ни в одной другой области медицины пациент не оказывается столь беззащитным, как в хирургическом отделении во время операции;
* определяет план действий медсестры, стратегию, направленную на удовлетворение нужд пациента с учетом особенностей хирургической патологии;
* с его помощью оценивается эффективность проведенной хирургической работы, профессионализм хирургического вмешательства;
* гарантирует качество оказания помощи, которое можно контролировать; именно в хирургии наиболее значимо применение стандартов хирургического вмешательства.

процедурная медсестра манипуляция профилактика хирургия

Раздел II Понятие “хирургического стресса”

При хирургических заболеваниях и операциях, под воздействием различных повреждающих факторов происходят существенные сдвиги в функциональном состоянии организма, которые условно могут быть названы хирургическим стрессом. Степень выраженности этого стресса зависит от многих причин, причем определяющим является соотношение между силой повреждающего фактора и состоянием реактивности организма.

Во время хирургических вмешательств наблюдается сочетанное воздействие сразу нескольких агрессивных факторов, а также последовательное включение одних и прекращение действия других. Операционный стресс может быть разделен на качественно отличающиеся друг от друга этапы: дооперационный, введение в наркоз, операционный,

послеоперационный: ближайший и отдаленный.

На дооперационном этапе преобладает два стрессовых фактора – заболевание, по поводу которого предпринимается операция, и вызванное им психоэмоциональное напряжение. При сильно выраженном и длительно существующем болевом синдроме наступает истощение адаптивно-компенсаторных реакций организма. Установлено, что уже в дооперационном периоде развивается реакция тревоги. Транспортировка больных в операционную сопровождается повышением в крови уровня II-ОКС, тахикардией, гипертензией. Проявлением эмоционального стресса у них в операционной еще до начала наркоза можно считать увеличение содержания АКТГ, кортизола, СТГ, инсулина и глюкозы. Кроме того, при ожидании операции на операционном столе в организме происходит спазм периферических сосудов и централизация кровообращения.

Вводный наркоз, как правило, сопровождается парасимпатическим ответом вегетативной нервной системы. Ларингоскопия и интубация трахеи вызывают раздражение рефлекторных зон n.vagi. Следует подчеркнуть, что практически все препараты, применяемые в целях анестезиологической защиты, вызывают серьезные изменения в регуляции физиологических функций и ответных реакций организма, которые в литературе получили название – “стресс-наркотизация”. Средства защиты от одного вида стресса вызывают, как ни парадоксально, другой его вид.

Оперативное вмешательство – это основной и наиболее ярко выраженный этап операционного стресса, когда присоединяется новый мощный фактор – ноцицептивный поток импульсов из поврежденных тканей.

Происходящие в организме больного в условиях хирургического стресса адаптационные изменения сопровождаются бурными биохимическими, обменными и эндокринными процессами. Если уровень компенсации нарушенных функций ниже должного, то хирургическая травма на фоне функциональной субкомпенсации вызывает истощение наиболее лабильных физиологических систем, что приводит к нарушению взаимодействия функций и в последующем – к разладу защитной постагрессивной реакции. В экстремальных ситуациях, прежде всего, страдают органы пищеварительной системы, из которых желудок находится в самых неблагоприятных условиях ввиду наиболее выраженной самоагрессии.

В первые часы после операции происходит возбуждение гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы, которое способствует удовлетворению повышенных энергетических нужд организма. Усиленный распад гликогена, а также активный процесс глюконеогенеза в условиях снижения поступления глюкозы в клетки большинства органов и тканей создают

предпосылки для возникновения гипергликемии. В дальнейшем на фоне выраженного послеоперационного энергетического дефицита вследствие повышенной утилизации глюкозы у большинства больных прослеживается гипогликемическая реакция. Это тяжелые больные с резким нарушением гемодинамики, коррекция которой требует больших энегрозатрат.

По мере уменьшения углеводных ресурсов организма происходит усиленный распад белковых структур, увеличивается содержание мочевины в крови. В послеоперационном периоде самое частое нарушение кислотно-основного состояния крови - метаболический ацидоз. Основной причиной его возникновения - гипоксия дыхательного, циркуляторного, гемического и гистотоксического генеза. Нарушение функций почек (снижение почечного кровотока, уменьшение диуреза), расстройство кровообращения (анемия, гиповолемия, изменение микроциркуляции), гиперкатаболизм как отражение постагрессивной реакции организма на операционную травму и стрессовую ситуацию, повышение температуры тела в послеоперационном периоде создают условия для нарушения кислотно-основного баланса.

В результате отмеченных реакций угнетаются фагоцитоз, переваривающая активность гранулоцитов, пиноцитоз макрофагов и гуморальный иммунный ответ. Все это ведет к декомпенсации защитных и регуляторных систем, полиорганной недостаточности.

Устранение вышеуказанных расстройств необходимо для нормальной работы всех органов и систем, организма в целом. Наиболее адекватно эта задача решается в ходе инфузионной терапии. При проведении комплексной инфузионной терапии ОЦК достаточно быстро возвращается в полосу физиологических значений за счет перераспределения жидкости во внеклеточном пространстве. А также постепенно приходят в норму белковый, углеводный и минеральный обмены.

Раздел III Обязанности процедурной медсестры

На должность медсестры процедурного кабинета назначается лицо со средним медицинским образованием и практическим стажем работы по профилю не менее 5-ти лет, главным врачом больницы в соответствии с действующим законодательством.

На отделении медсестра работает под непосредственным руководством старшей медсестры, а в ее отсутствие дежурного врача. Работа проводится по графику, утвержденному администрацией. В непосредственном подчинении у медсестры находятся санитарки. Медсестра процедурного кабинета обязана:

* своевременно и полностью выполнять все назначения врача по процедурному листу (взятие крови из вены на биохимический анализ, внутривенные капельные вливания, инъекции витаминов и др.);
* помогать доктору в проведении манипуляций врачебной компетенции (постановка подключичного катетера, определение крупы крови);
* при необходимости оказывать доврачебную медицинскую помощь;
* соблюдать асептику и антисептику, профилактику профессиональных заражений и постинъекционных осложнений;
* вести необходимую документацию по установленной форме;
* обеспечивать и отвечать за полную исправность аппаратов и инструментария, контролировать наличие шприцов, систем для внутренних инфузий, стерильных растворов, лекарственных средств, стерильного материала;
* нести ответственность за расходование лекарств в отделении, учет, хранение, использование лекарственных средств и этилового спирта;
* подавать своевременно отчеты о работе;
* повышать профессиональную квалификацию на специальных курсах в установленном порядке;
* проводить санитарно-просветительную работу.

Должна знать: роль и задачи медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе, профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни; организационную структуру учреждений здравоохранения; правила техники безопасности при работе с медицинским инструментарием и оборудованием

Требования к квалификации по разрядам оплаты см. прил. 4.

В процедурном кабинете медицинская сестра выполняет следующую работу.

Прием и передача дежурства.

Сдаются ключи от кабинета, сейфа и печать с отметкой в журнале передачи ключей. Проверяется чистота и порядок, контролируются журналы учета парентеральных вмешательств, учета наркотических средств и группы “А”, предметно-количественного учета. За нарушение учета и хранения сильнодействующих и ядовитых медикаментов персонал может привлекаться к уголовной ответственности.

Прежде чем приступить к непосредственной работе, необходимо получить у старшей медсестры шприцы и системы для внутривенных вливаний; лекарственные средства и стерильные растворы в аптеке; сдать использованные и получить стерильные укладки из ЦСО (см. прил. 5), накрыть процедурный стерильный столик.

* Взятие крови из вены и транспортировка в лабораторию.
* Внутривенные капельные вливания и инъекции витаминов.
* Текущая уборка процедурного кабинета (2 раза в день и по необходимости) и генеральная (1 раз в неделю в определенный день).

Генеральная уборка осуществляется в специальном халате, обуви, ватно-марлевой маске, колпаке, перчатках и специальным промаркированным инвентарем.

В процедурном кабинете предварительно проводят уборку с применением растворов моющих средств для удаления механических и других загрязнений, начиная со стерильной зоны, затем горизонтальные и вертикальные поверхности. После – оборудование, стены, пол протирают ветошью, обильно смоченной дезинфицирующим раствором (анолит 0,05% активированный) из расчета 200мл на 1м2 обрабатываемой поверхности. Время дезинфекционной выдержки – 60 минут. После экспозиции поверхности протирают стерильной ветошью. Затем процедурный кабинет облучают бактерицидной лампой (2 часа) с последующим проветриванием.

Генеральная уборка проводится по графику, утвержденному заведующим отделением. Ответственным лицом за проведение генеральной уборки является старшая медсестра.

* Ведение утвержденной учетно-отчетной документации.

Заполнение журналов аварийных ситуаций (порезы, уколы иглами); контроля температуры холодильника; учета парентеральных вмешательств; антибиотиков, дорогостоящих и наркотических средств, лекарственных средств группы “А”. В них необходимо писать разборчиво и без исправлений, при ошибке нужно зачеркнуть одной чертой и написать правильно, отдав журнал на подпись старшей медсестре и заведующему отделением.

* Составление отчетов по гемокорректорам за месяц для ОПК.

Раздел IV Профессиональная деятельность процедурной медсестры

4.1 Качественный и количественный анализ основных манипуляций

Деятельность специалиста сестринского дела согласно классификации М.А. Рогового (1971) имеет различные виды работ (см. прил.6). Рассмотрим некоторые манипуляции, относящиеся к основной деятельности при непосредственной работе процедурной медсестры.

Взятие крови в Александровской больнице производится с помощью системы Вакутейнер.

Вакуумные пробирки, с уже имеющейся этикеткой и крышкой, очень удобны и просты в применении, во много раз снижается контакт с кровью больного, на манипуляцию затрачивается меньше времени, что позволяет больше уделять внимания пациенту и его проблемам.

С вечера надо предупредить пациента, что кровь на биохимический анализ берется натощак. На пробирке необходимо правильно заполнить этикетку (отделение, номер палаты и истории болезни, ФИО больного, дата забора) и направление в лабораторию (указать

обязательно диагноз, фамилию врача и перечень требуемых для исследование компонентов анализа).

Готовим стерильный лоток и для сброса использованного материала; штатив с подписанными вакутейнерами; иглы, иглодержатели, жгуты и перчатки для каждого пациента; стерильные спиртовые и сухие шарики; специальный халат и колпак (маску и защитные очки при необходимости). Позвав пациента в процедурный кабинет надо обязательно спросить у него фамилию, имя, отчество и сравнить с подписанным вакутейнером; усадить, психологически подготовить и объяснить смысл манипуляции. Данные о количестве взятых анализов крови представлены в таблице 1.

Таблица 1

Количество взятых анализов крови за 2005 год

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Название анализа | Количество манипуляций | | | Всего |
| Январь-апрель | Май-август | Сентябрь-декабрь |
| Биохимический | 1005 | 708 | 1401 | 3114 |
| Клинический | 963 | 728 | 974 | 2665 |
| Коагулограмма | 351 | 254 | 503 | 1108 |
| Группа крови | 669 | 455 | 581 | 1705 |
| Всего | 2988 | 2145 | 3459 | 8692 |

Если произвести подсчеты только основных манипуляций, можно наблюдать необычайно высокие цифры. Во второй триместр года видно значительное снижение количества анализов крови. Причиной этого является снижение количества пациентов в летнее время. По советам хирургов плановые операции лучше всего проводить в осенне-весеннее и зимнее время года из-за снижения риска инфицирования раны. В связи с этим в третьем триместре значительно возрастает количество вновь поступивших и соответственно количество взятых анализов. Графическое изображение количества взятых анализов за 2005 год см. рис. 1.

Рис. 1. Графическое изображение количества анализов за год

Как видно из графика основную часть анализов составляют биохимические. Это связано с профилем отделения: основное количество поступающих пациентов с заболеваниями печени, поджелудочной железы и желчного пузыря. Клинический анализ крови берут после операций и у пациентов с кровотечениями, коагулограмму – при варикозной болезни, количество анализов определяется незначительным числом этих пациентов (см. прил. 2). Число анализов на группу крови соответствует количеству прооперированных больных плюс количество больных с диагнозом - кровотечение.

Специальное изучение реакций пациентов на инъекции показало, что в состоянии больных происходит ряд изменений. Чаще всего отмечается задержка дыхания на 10-30 секунд, учащение сердечных сокращений, повышение артериального давления. Реже наблюдается нарушение дыхания с урежением пульса и снижением артериального давления вплоть до обморока, что особенно нежелательно для ослабленных послеоперационных больных. У большинства пациентов увеличивается потливость, изменяется температура кожи на 0,2-0,3оС, 8-9% - испытывают страх в ожидании боли.

Для предупреждения и уменьшения отрицательных эмоций применяют общедоступные методы: охранительный режим, речевую психотерапию и физиологические приемы. Охранительный режим предусматривает высокую культуру содержания рабочего места и приготовление всего необходимого для венепункции таким образом, чтобы пациент этого не видел. Физиологические приемы обезболивания включают: пациент должен принять удобное положение и расслабиться; нужно рекомендовать дышать через нос, глубоко, в обычном ритме. Через 30 секунд после 3-5 глубоких вдохов, на высоте вдоха, делают прокол вены или инъекцию. В течение всего времени с пациентом надо разговаривать, отвлекая его. Говорить, что укол будет сделан безболезненно, что инъекция нужна для его скорейшего выздоровления. Одновременно нужно руководить действиями пациента: объяснить ему, как он должен лечь и как дышать.

За 2005 год процедурной медсестрой выполнено следующее количество инъекций:

* внутримышечные -1514;
* внутривенные -655;
* подкожные -297;
* всего -2466.

Наглядно количество выполненных манипуляций показано на диаграмме (см. рис. 2).

Рис. 2. Графическое изображение количества инъекций за год.

Внутримышечные инъекции составляют основную часть, т.к. большая часть лекарственных веществ (исключая инфузии) вводят в мышцу, это антибиотики и витамины. В виду послеоперационного состояния организма, антибиотики необходимы для подавления инфекции и возможного заражения раны, витамины – для поддержания иммунной системы и скорейшего выздоровления. Внутривенно на хирургическом отделении вводят антибиотики цефазолинового ряда, реже - пенициллин и лишь небольшое число таких лекарств, как пентоксифилин (трентал) или пирацетам. Только при тромбофлебитах и после тяжелых операциях вводят подкожно гепарин, это определяет низкое количество подкожных инъекций.

История инфузионной терапии насчитывает уже более полутора веков. Возникновение данного метода связано с именем Lauderer, который 10 июля 1881 года впервые осуществил

внутривенное введение физиологического раствора поваренной соли при лечении больного холерой.

В настоящее время инфузионно-трансфузионная терапия является одним из эффективных методов в арсенале средств интенсивной терапии у пациентов в критических состояниях, а также в до- и послеоперационном периоде. И направлена на коррекцию разнообразных нарушений гомеостаза. Однако активное вмешательство во внутреннюю среду организма больного требует наличия определенных знаний о физиологических механизмах регуляции в самом организме, направленных на поддержание гомеостаза.

Проведение любой инфузионной терапии сопряжено с определенной гидродинамической (водной) нагрузкой на сердечно-сосудистую систему, оценить которую при отсутствии специального оснащения не всегда просто. В общеклинических ситуациях данный контроль осуществляется, как правило, по клиническим признакам, а также по динамике АД, ЧСС и ЦВД. Аппаратно-компьютерные комплексы в мониторном режиме на этапах инфузионной терапии позволяют своевременно получать качественную информацию о параметрах центральной гемодинамики, состоянии и балансе водных секторов.

На начальном этапе, при поступлении пациентов с интоксикацией или после операции исходные показатели ОЦК и внутриклеточной жидкости снижены у всех больных. На фоне инфузионной терапии отмечается следующая динамика: ОЦК достаточно быстро возвращается в полосу физиологических значений за счет перераспределения жидкости во внеклеточном пространстве. Электролитный состав плазмы крови меняется незначительно и чаще находится в пределах допустимой нормы. Постепенно нормализуются кислотно-основное состояние крови, белковый, углеводный и жировой обмены.

Показания для внутривенных вливаний: острое кровотечение; интоксикации, в том числе и коматозные состояния при заболеваниях печени, почек, сахарном диабете и др.; коллапс и шок; кишечная непроходимость; обширные ожоги.

При инфузиях вводят водно-солевые растворы, растворы глюкозы, кровезаменители (полиглюкин, желатиноль), плазму и кровь; а также различные лекарственные средства, растворенные во вводимой жидкости. Внутривенные вливания делают струйно и капельно. Струйно вводят не более 500 мл жидкости при шоке, коллапсе, больших кровопотерях. Капельные вливания позволяют вводить большие количества жидкости, не перегружая сердечно-сосудистую систему.

Процедурной медсестре важно не только подготовить пациента, соблюдать асептику и антисептику, знать технику проведения манипуляции, но и очень важно обладать умением пунктировать вену.

Прокол вены можно делать в два этапа или одномоментно. Начинающим лучше пользоваться двухмоментным способом. Держа иглу в правой руке срезом вверх параллельно намеченной вене, под острым углом к коже, при соблюдении вверх правил асептики и антисептики, прокалывают кожу – игла ляжет рядом с веной и параллельно ей, затем сбоку прокалывают вену; при этом создается ощущение попадания в пустоту. Если игла находится в вене, в канюле появится кровь, если же нет, то, не извлекая иглу из кожи, следует повторить прокол вены. Как только в появиться кровь, нужно продвинуть иглу в вену на несколько миллиметров и зафиксировать ее лейкопластырем.

Одномоментный способ венепункции требует большого навыка. При этом кожу прокалывают над веной и одновременно с ней. Угол между иглой и кожей, острый в начале прокола, в процессе его уменьшается, и продвижение иглы в вену после попадания совершается при положении иглы параллельно кожи.

Процедурная медсестра данного отделения использует одномоментный способ и старается обучить им других медсестер. Этот способ более прост. Примерно 85% из 100% пациентов считают этот способ менее болезненным и травматичным.

Всего за год выполнено 7316 внутривенных капельных вливаний. Соотношение внутривенных капельных вливаний по отношению к другим манипуляциям см. рис. 3.

Рис. 3. Графическое изображение основных манипуляций за 2005 год.

По сравнению с другими манипуляциями инфузии составляют значительную часть. Капельницы назначаются более 65% больных. Это связано с тем, что на хирургическом отделении лечат пациентов, заболевания которых требует интенсивного воздействие на гемодинамику и устранению волемических нарушений (панкреатиты и панкреонекрозы, холециститы и тромбофлебиты, послеоперационные состояния).

При проведении инъекций и капельных вливаний требуется аккуратность и внимание. Возможные ошибки медсестры (нарушение правил асептики и антисептики, правил введения, ошибочное вливание, передозировка) чреваты постинъекционными осложнениями (тромбофлебит, абсцесс, некроз, повреждение нервных стволов, воздушная эмболия); а иногда и необратимыми последствиями.

В настоящее время, когда страховая медицина стала реальностью, следует четко осознать, что ятрогенные осложнения, ранее грозившие медсестре в худшем случае выговором, повлекут за собой возмещение ущерба, причиненного больному. Учитывая огромную стоимость койко-дня в хирургическом отделении и тот факт, что больные с постинъекционными осложнениями в среднем проводят в стационаре 28 дней, нетрудно представить, что больница понесет достаточно серьезные финансовые убытки. Кроме того, будет нанесен значительный ущерб престижу данного лечебного учреждения, т.к. больные неохотно станут пользоваться его услугами. Из выше сказанного становится ясна актуальность этого вопроса.

Если в месте прокола вены произошло крупное кровоизлияние, то возникает болезненная припухлость, стенки вены в области такого кровоизлияния могут быть воспалены, а просвет ее закрыт тромбом (тромбофлебит).

Во время прокола вены иногда возникает спазм, и введение лекарств в вену становится временно невозможным.

При неудачной пункции вены часть вводимого вещества может попасть в подкожно-жировую клетчатку, окружающую вену. Если количество этого раствора невелико и его раздражающее действие на ткани мало выражено, то возникают боли различной длительности и интенсивности. Если же в клетчатку вокруг вены попало значительное количество сильно раздражающего вещества, то может развиться омертвление тканей – некроз.

Во время пункции может произойти повреждение нервных стволов (пункционной иглой или раздражающим раствором), и в зависимости от степени повреждения развиваются расстройства функции пострадавшего нерва вплоть до паралича.

Воздушная эмболия в результате нарушения техники внутривенных вливаний может привести к различным расстройствам в зависимости от количества воздуха, скорости его введения и того, куда он попал с током крови. Воздушная эмболия может быть причиной смерти.

За все время работы процедурной медсестры не было ни одного случая постинъекционного абсцесса, повреждения нервного столба, воздушной эмболии. Хотя наблюдались несколько случаев незначительного введения лекарств и кровоизлияний под кожу, вследствие неудачного прокола вен, которые за 2-3 дня спадали после полуспиртовых или мазевых компрессов.

Там, где четко выполняются все положения приказов и инструкций по соблюдению асептики, где существует постоянный контроль со стороны старших сестер за предстерилизационной обработкой и техникой инъекций, процент осложнений минимальный. “Лекарство не должно быть горше болезни!” – напоминает нам древняя этическая заповедь.

Процедурный кабинет подвергается постоянному обсеменению микроорганизмов извне, т.к. при проведении манипуляций проходит 50-60 больных только за дневную смену. Поэтому требуется особое внимание и ответственность при проведении манипуляций и при соблюдении правил дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации. Контроль качества асептики и антисептики см. прил. 5. За время проведения исследования по данным СЭС не наблюдалось положительного бактериального посева.

Оценка качества работы процедурной медсестры хирургического отделения складывается из нескольких критериев. Данные опроса пациентов, коллег по работе и заключений санитарно-эпидемических служб см. табл. 2.

Таблица 2

Оценка качества процедурной медсестры.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Критерии | | Оценка | | |
| Пациенты | Коллеги | СЭС |
| Бактериальный контроль | 1. посев со стерильного шарика | - | - | отриц. |
| 2. посев воздуха | - | - | отриц. |
| 3. смывы с рук | - | - | отриц. |
| 4. смывы с манипуляционного столика | - | - | отриц. |
| 5. смывы с полотенца | - | - | отриц. |
| Осложнения | в/в | 7% - да | жалобы от пациентов не поступали | - |
| в/м | нет | - |
| п/к | нет | - |
| Жалобы | по работе | нет | нет | - |
| этические | нет | нет | - |

Из данных по таблице видно, что посевы и смывы в период исследования – отрицательные, это подтверждает правильность соблюдения медсестрой правил асептики и антисептики. Положительный результат в графе “Осложнения” – образование гематом у пациентов после внутривенных инфузий. Эти осложнения зависят не только от действий медсестры, но и от состояния кожи и стенки вен. Осложнений после внутримышечных и подкожных инъекций на период исследования не наблюдалось. Отсутствие жалоб говорит о моральном облике медсестры, умении вести себя в коллективе, при общении с больными и их родственниками.

Медицинские работники во всем мире считаются основной группой профессионального риска инфицирования ВИЧ-инфекцией. Статистикой подсчитано: пока анализы не выявляют антител, человек, не зная о своей болезни, посещает медицинские учреждения в среднем три раза - от элементарного удаления зуба до сдачи анализов. Оказывающим помощь медработникам приходится зачастую действовать в самых неподходящих условиях. Бывают и другие ситуации, когда биологические жидкости, кровь больных могут брызнуть в глаза, на кожу медиков. Соответственно, самому большому риску подвергаются процедурные медсестры, акушерки, хирурги.

Рост профессиональной заболеваемости не может не вызывать тревоги. Статистика свидетельствует, что за последние пять лет профессиональная заболеваемость среди медиков выросла почти вдвое: к примеру, если в 1995 году было отмечено 259 случаев профзаболеваний на 10 тысяч человек, то в 1998 году - уже 415. По данным ВОЗ, случаи заражения медработников смертоносной инфекцией составляют в среднем 0,3%. Российский закон в таком случае также предусматривает денежные выплаты. Главное - доказать "профессиональное" заражение. Медики-носители ВИЧ-инфекции выявлялись. Во всех случаях это не было связано с их работой (венерическое заражение, наркотики), и сейчас все они отстранены от процедур. А вот чисто "профессиональных" заражений, к счастью, не зарегистрировано. Возможно, потому, что созданы методические рекомендации для медицинских работников - с целью защиты от ВИЧ-инфекции. И налажен учет профессиональных травм.

Медицинские работники знают, что делать в этих случаях. Во всех больницах создан запас специальных лекарств, которые приходится пить для профилактики. Проводится и специальное лечебное наблюдение.

Для профилактики необходимо следовать распоряжению КЗ и ЦГСЕН от 27.04.2000г. № 149-р и иметь укладку Ф-50 (перчатки, маска, очки, пластырь, 2 пипетки, 1% раствор борной кислоты, 0,05% раствора марганца, 5% йод, 70% спирт). А также необходимо соблюдать осторожность при работе с колото-режущими инструментами, избегать уколов, порезов. Конечно, даже при самом кропотливом соблюдении всех рекомендаций, от заражения не застрахован никто. Но все же, как говорится, береженого Бог бережет.

Если же повреждение кожных покровов все-таки произошло, необходимо обработать руку с перчаткой в дезинфицирующем растворе или антисептике, снять и поместить перчатки в дезраствор, подержать руку под проточной водой, промыть с мылом, обработать 70% спиртом или 5% йодом. Обязательно сделать запись в журнале аварийных ситуаций. Если кровь попала на слизистую глаз или носа, то закапать 1% раствор борной кислоты, на слизистую рта – прополоскать 70% спиртом или 0,05% раствором марганца.

Для заражения ВИЧ-инфекцией требуется так называемая видимая капля крови больного. А вот для гепатита - вполне достаточно невидимой. Да и сам вирус много активней, устойчивее во внешней среде. Профилактические прививки от гепатита медицинскому персоналу стали делать совсем недавно.

При травматизации рук или попадании на слизистую крови пациента с гепатитом или ВИЧ-инфекцией необходимо наблюдение инфекциониста, обследование на маркеры вирусов группы В, С и ВИЧ, обязательно обратиться в инфекционную больницу имени Боткина или Городской Центр по профилактики со СПИДом в течении суток.

За время работы процедурной медсестры были зарегистрированы случаи порезов ампулами в журнале аварийных ситуаций, но это говорит лишь о спешке при наборе лекарственных средств. На случай контакта с кровью инфицированного больного в кабинете укомплектована укладка Ф-50.

Из вышесказанного следует подчеркнуть, что профессия процедурной медсестры на хирургическом отделении требует высокой ответственности по отношению к пациентам и их реакции на введение различных препаратов. А также профессионализм и высокое качество при работе с лекарственными средствами, т.к. малейшая неосторожность или невнимательность может отразиться на здоровье пациента. Не стоит забывать и об осторожности при контакте с биологическими средами.

4.2 Хронометраж

В Санкт-Петербурге наблюдается ухудшение демографической ситуации (снижение численности и постарение населения, ухудшение здоровья). Эти неблагоприятные тенденции не могут не отражаться на распространении хирургических заболеваний. С 2000 года происходит увеличение больных с перфоративными язвами в 2-2,5 раза, в 3 раза – с кровоточащими. На 4-6% увеличилось число больных острым панкреатитом, продолжает увеличиваться, имеет неблагоприятный прогноз и токсигенный характер из-за употребления суррогатных спиртных напитков и малокалорийных продуктов питания. Вследствие этого возрастает средний оборот койки и соответственно – нагрузка на медперсонал. Для выяснения этого факта необходимо проводить хронометраж.

Хронометраж представляет собой изучение затрат времени на отдельную манипуляцию или на целый вид деятельности. Нормативно-исследовательские работы проводят в течении 2-х недель, за это время в выборку включается 85-90% всех видов деятельности, которые осуществляет медсестра за год. Трудовые операции, сгруппированные по видам работ, фиксируются на специальный бланк. Для проведения хронометража рекомендуется “Наблюдательный лист хронометража”. Он состоит из двух частей. Для наблюдения необходимы паспортные данные, сведения о ЛПУ, структурном подразделении, где проводится исследования, которые заносятся в верхнюю часть формы. В ней же проводится полное наименование выполняемой деятельности. Во второй части записываются элементы работы в последовательности их выполнения. В наблюдательном листе можно провести запись и обработку 10 наблюдений. В каждой графе проставляется продолжительность элемента исследований. При нарушении технологии выполнения манипуляций вносится номер наблюдения данного элемента исследования в графу “Замечания наблюдателя”. Среднее нормативное время – это цель хронометражного исследования. Оно рассчитывается путем деления суммы продолжительности на количество проведенных замеров. Далее в табл. 3 представлен наблюдательный лист пяти дней деятельности процедурной медсестры хирургического отделения, его вторая часть.

Таблица 3

Наблюдательный лист хронометража

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование работы – процедурное дело | | | | | | | | | | Замечания наблюдате-  ля | Средняя продол-житель-ность (мин.) |
| № | Элемент исследования | Время продолжительности (мин.) | | | | | | | |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | | 5 | |
| 1. | Передача и прием смен | 10 | 12 | | 9 | 15 | | 11 | |  | 11,4 |
| 2. | Обучение персонала | - | 21 | | 25 | 15 | | - | |  | 20,3 |
| 3. | Обсуждение проблем пациентов | 8 | 9 | | 8 | 10 | | 9 | |  | 8,8 |
| 4. | Участие в утренних конференциях | 5 | 7 | | 3 | 4 | | 5 | |  | 4,8 |
| 5. | Сдача и прием инструментария в ЦСО | - | 30 | | - | 25 | | - | |  | 27,5 |
| 6. | Подготовка к работе | 5 | 4 | | 7 | 3 | | 4 | |  | 4,6 |
| 7. | Приготовление дезрастворов, мытье рук, одевание халата | 5 | 5 | | 6 | 5 | | 6 | |  | 5,4 |
| 8. | Вызов пациентов в кабинет | 3 | 4 | | 3 | 5 | | 3 | |  | 3,6 |
| 9. | Забор крови на исследование | 30 | 25 | | 30 | 20 | | 30 | |  | 27 |
| 10. | Сопровождение анализов крови в лабораторию | 10 | 15 | | 13 | 10 | | 14 | |  | 12,4 |
| 11. | Получение и раскладка медикаментов | 16 | - | | - | 20 | | 25 | |  | 20,3 |
| 12. | Подготовка растворов, сбор систем | 60 | 55 | 42 | | 45 | 50 | |  | | 50,4 |
| 13. | Венепункции | 40 | 57 | | 45 | 57 | | 52 | |  | 50,2 |
| 14. | Обед | 20 | 21 | | 22 | 20 | | 20 | |  | 20,6 |
| 15. | Помощь врачу в постановке подключичного катетера | 15 | - | | 19 | 15 | | - | |  | 16,3 |
| 16. | Вызов пациентов в кабинет | 5 | 4 | | 5 | 3 | | 5 | |  | 4,4 |
| 17. | Инъекции: п/к, в/м, в/в | 20 | 25 | | 22 | 20 | | 21 | |  | 21,6 |
| 18. | Мытье инструментария, подготовка для сдачи в ЦСО | 9 | 13 | | 10 | 9 | | 7 | |  | 9,6 |
| 19. | Уборка кабинета | 10 | 10 | | 9 | 15 | | 11 | |  | 11 |
| 20. | Кварцевание | 10 | 10 | | 10 | 10 | | 10 | |  | 10 |
| 21. | Сдача и получение стерильных растворов в аптеке | 35 | 30 | | 45 | 35 | | 40 | |  | 37 |
| 22. | Кратковременный отдых | 15 | 15 | | 15 | 15 | | 15 | |  | 15 |
| 23. | Отчет у старшей медсестры | 15 | - | | - | - | | 10 | |  | 12,5 |
| 24. | Постановка согревающего компресса | - | 14 | | 5 | - | | - | |  | 9,5 |
| 25. | Составление заявок на получение медикаментов | - | - | | 13 | - | | 15 | |  | 14 |
| 26. | Оформление направлений на исследование | 15 | 17 | | 16 | 16 | | 20 | |  | 16,8 |
| 27. | Обеспечение отделения перевязочным материалом | 40 | 10 | | 30 | 25 | | 30 | |  | 27 |
| 28. | Оценка эффективности сестринского процесса | 35 | 20 | | 20 | 15 | | 15 | |  | 21 |

Таким образом,

* к основной деятельности (ОД) относятся пункты – 9, 12, 13, 15, 17, 24, 28; общее время – 196 мин.(39,8%);
* к вспомогательной (ВД) – 2, 6, 7, 8, 10, 11, 16, 18; 80,6 мин.(16,3%);

25

* к работе с документацией (Д) – 25, 26; 30,8 мин.(6,3%);
* к служебным разговорам (СР) – 1, 3, 4, 23; 37,5 мин.(7,6%);
* к хозяйственной деятельности (ХД) – 19, 27; 38 мин.(7,7%);
* к прочей деятельности (ПР) – 5, 20, 21; 74,5 мин.(15,1%);
* непроизводительное время (НВ) – 14, 22; 35,6 мин.(7,2%).

Наглядно распределение времени по видам деятельности можно увидеть на рис. 4.

Рис. 4. Диаграмма времени рабочего дня процедурной медсестры по видам деятельности.

Как видно из рисунка, только 39,8 % занимает основная деятельность, остальное время (более 60%) затрачивается на различные другие виды деятельности. Вспомогательная деятельность стоит на втором месте по времени (80,6 мин.), частично это время можно распределить между другими сотрудниками. Например, обучение персонала и получение медикаментов может осуществлять старшая медсестра, мытье инструментария – санитарка. Следующее по убывающей - прочая деятельность. По подсчетам выходит более одного часа на переходы по территории больницы (ЦСО, аптека). Непроизводительное время - обед, личная гигиена, отдых – лишь 35 минут за восьмичасовой рабочий день. Но и в это личное время находится какая-нибудь работа. Беседы с пациентами, выявление проблем и их решение приходиться проводить при непосредственном выполнении манипуляций в палате или процедурном кабинете, при кварцевании кабинета. Анализирую расчеты времени дневной смены медсестры, можно сделать вывод, что высокая загруженность рабочего дня, не позволяет выделить достаточное время на полноценное осуществление сестринского процесса.

Заключение

Проанализировав деятельность процедурной медсестры и по результатам исследования можно сделать следующие выводы.

* Сестринский уход на хирургическом отделении непременно решает исход болезни. Операция проведена без осложнений, человек спасен, на дальнейшем этапе его здоровье и жизнь зависят от ухода. Пролежни, воспаление легких, абсцессы ран, атонии кишечника и мочевого пузыря – это лишь немногие негативные процессы, которых можно избежать при правильном уходе. Очень важен квалифицированный уход за раной с соблюдением асептики и антисептики. Для предупреждения расхождения швов и для более комфортного перемещения нужно советовать носить бандаж. Вставать с кровати не с положения лежа, а боком. Научить больного правильно проводить процедуры для снижения риска застоя отделяемого в легких: надувать воздушные шары или дуть через трубочку в бутылку с водой. Требуется объяснить пациенту особенности послеоперационной диеты. Помогать есть, пить, одеваться, быть чистым, двигаться. И конечно, очень важна психологическая поддержка и безбрезгливое отношение к нуждам пациента.
* Как было сказано “хирургический стресс” отрицательно влияет на все системы организма, поэтому медсестра должна очень внимательно относиться ко всем жалобам пациента. Следить за артериальным давлением, пульсом, температурой тела, дыханием, внешним видом, своевременно брать назначенные анализы. При возможности объединять пациентов с одинаковыми операциями в одну палату. Хочу еще раз подчеркнуть, что профессиональная деятельность медсестры состоит не только в выполнении манипуляций, но и в помощи, психологической поддержке пациентов. “Хирургический стресс” определенно угнетает психику пациента. Тем временем отрицательные эмоции влияют на физиологическое состояние. Т.о. получается замкнутый круг, из которого трудно выйти без чьей-то помощи. И, если состояние организма поддерживают лекарства, то больному требуется поддержка со стороны людей. Не трудно догадаться, что другом и советчиком в больничной палате должна являться медсестра.
* Велика роль процедурной медсестры. Еще до операции некоторым больным необходимо внутривенное вливание. Медсестра должна правильно следовать назначением врача, внимательно следить за скоростью введения лекарств и реакцией пациента на них. Очень важно морально подготовить больного к “уколу”, для многих ужасающей процедуре. От медсестры требуется осторожность и ответственность в соблюдении асептики и антисептики, при проведении манипуляции. Нужно стараться избегать постинъекционных осложнений, а при их возникновении немедленно принять меры. По результатам исследования можно высоко оценить работу процедурной медсестры, несмотря на незначительные жалобы пациентов на гематомы после внутривенных инфузий. На качество работы влияет множество так называемых нормообразующих факторов, к которым относится: квалификация и профессиональный уровень медсестры, а также ответственность и отзывчивость.
* Размер заработной платы должен быть соизмерим с объемом и качеством оказываемой помощи, степенью компетентности медсестры, особыми обстоятельствами в каждом конкретном случае. Обеспечение условий труда должно соответствовать требованиям охраны труда. Медсестра в праве рассчитывать на защиту чести и достоинства. Очень важно и, по моему мнению, справедливо не только оценивать труд медицинской сестры с учетом состава пациентов на отделении по количеству, тяжести и течению заболеваний, но и определять количество трудовых операций и затраченное на них время, а также квалификацию и трудовой стаж. Именно для этого необходимо проводить хронометраж. Анализ затрат рабочего времени среднего медицинского персонала заставляет задуматься о том, что в организации труда существуют проблемы, без разрешения которых нельзя оптимизировать их работу, поднять ее на качественно новый уровень. В идеале разрешить проблему можно было бы, взяв на каждое отделение по два санитара. Это значительно разгрузит медицинских сестер, освободит их от большой части псевдофункциональных обязанностей, оставит им больше времени и сил для непосредственно медсестринской работы.
* Для поднятия репутации медсестры нужно, прежде всего, самой уважать свою профессию, отстаивать свою моральную и профессиональную независимость, точно и квалифицированно производить назначения врача, повышать свою квалификацию и уровень знаний. Каждая медицинская медсестра желала бы, чтобы престиж и авторитет ее профессии повысились, а условия ее трудового места были на высшем уровне. Мне кажется, что при этом медсестра будет не машинально выполнять свою деятельность, а качественно оказывать медицинскую помощь, информировать пациента о его правах, о профилактике заболеваний, о здоровом образе жизни, объяснять о том или ином медицинском вмешательстве, процедуре или исследовании. Т.о. медсестра сможет быть и профессионалом своего дела, и педагогом-психологом, и консультантом, и другом пациента. При этом “медицинская сестра” будет звучать гордо!

Список литературы

1.Мухина С.А., Тарковская И.И. Теоретические основы сестринского дела – М., 1996.- 56с.

2. Клецкий С.З. Хирургический стресс и регуляция физиологических функций - Науч. обзор. – Н.: ВНИИМИ, 1983. – 85с.

3. Двойникова С.И., Карасева Л.А. Организация сестринского процесса у больных с хирургическими заболеваниями // Медицинская помощь. – 1996.- №3. С.17-19.

4. Яровинский М.Я. Медицинский работник и пациент // Медицинская помощь. – 1996. - №3.

5. [Интернет медицина](http://im.mtometeo.ru) // Электронный медицинский журнал. – Электрон. изд. - Режим доступа к изд.: http://im.mtometeo.ru/index.shtml.

6. Малиновский Н.Н., Решетников Е.А. Диспансеризация больных хирургического профиля. – М.: Медицина, 1990. – 254с.

7. Курыгин А.А., Скрябин О.Н. Острые послеоперационные гастродуоденальные язвы – Спб, 1996.- 370стр.

8. Практические вопросы дезинфекции и стерилизации // [Сестринское дело](http://medi.ru/doc/71.htm).- 1998.- №5-6. – Электрон. изд. - Режим доступа к изд.: http://medi.ru/doc/71.htm.

9. Афонин Н.И. Современные принципы инфузионно-трансфузионной терапии острой кровопотери // Вестник службы крови России. – 2000. - №2. – С. 13-16.

10. Лесницкий Л.С., Костюченко А.Л. Оценка функциональной операбельности и врачебного наблюдение за больными в послеоперационном периоде // ВМА. – Л.: Б.и., 1987. – 51с.

11. [Сестра и больной // Сестринское дело](http://medi.ru/doc/71.htm).- 2000. - №6. - Электрон. изд. - Режим доступа к изд.: http://medi.ru/doc/001orgz.htm. - Систем. требования: IBM PC; Internet Explorer.

12. Максименя Г.В., Леонович С.И., Максименя Г.Г. Основы практической хирургии – Минск, Высшая школа, 1998.

13. [Укус наркомана. Медработники - основная группа риска заражения СПИДом](http://www.dvornik.ru/issue/articles/107.php) // Дворник № 101 еженедельная информационная газета. – Электрон. изд. - Режим доступа к изд.:

http://www.dvornik.ru/issue/101.php. - Систем. требования: IBM PC; Internet Explorer.

14. Справочник медсестры // Здоровье. – Электрон. изд. - Режим доступа к изд.:

http://health.rin.ru/uni/text/pages/50.html. - Систем. требования: IBM PC; Internet Explorer.

15. Туркина Н.В., Джуринская Л.Ф., Петрова А.И. Материалы для самоподготовки по философии, теории сестринского дела, сестринскому делу для студентов 1 курса факультета высшего сестринского образования – СПбГМА им. Мечникова, 2004. – 180с.

16. Гагунова Е.Я. Общие уход за больными – Москва “Медицина”, 1973.- 287с.

17. Об итогах работы хирургической службы города // Медтехника и медизделия. – 2004. - №3(20).

Приложение 1

Этапы сестринского процесса

1. Сестринское обследование - сбор информации о состоянии здоровья пациента, который может носить субъективный и объективный характер.

Субъективный метод – это физиологические, психологические, социальные данные о пациенте. Источником информации является опрос пациента, его обследование, изучение данных медицинской документации, беседа с врачом, родственниками.

Объективный метод – это физическое обследование пациента, включающее оценку и описание различных параметров (внешний вид, состояние сознания, положение в постели, степень зависимости от внешних факторов, окраска и влажность кожных покровов и слизистых оболочек, наличие отека). В обследование также входит измерение роста, определение массы тела, измерение температуры, подсчет числа дыхательных движений, пульса, измерение артериального давления.

Конечным результатом этого этапа является документирование полученной информации, создание сестринской истории болезни, которая является юридическим документом самостоятельной профессиональной деятельности медсестры.

2. Установление проблем пациента и формулировка сестринского диагноза.

Проблемы пациента подразделяются на существующие и потенциальные. Существующие проблемы – это те, которые беспокоят пациента в настоящее время. Потенциальные – те, которые могут возникнуть с течением времени.

Поскольку у пациента всегда бывает несколько проблем, сестра должна определить систему приоритетов. Приоритеты классифицируются на первичные и вторичные. Первичным приоритетом обладают проблемы, которые в первую очередь могут оказать пагубное влияние на больного.

Второй этап завершается установлением сестринского диагноза. Между врачебным и сестринским диагнозом существует различие. Врачебный диагноз концентрируется на распознавании патологических состояний, а сестринский – основывается на описании реакций пациентов на проблемы, связанные со здоровьем.

3. Определение целей сестринского ухода и планирование сестринской деятельности.

План сестринского ухода должен включать оперативные и тактические цели, направленные на достижение определенных результатов долгосрочного или краткосрочного характера.

Определив цели и задачи по уходу, сестра составляет письменное руководство по уходу, в котором должны быть подробно перечислены специальные действия медсестры по уходу, записываемые в сестринскую историю болезни.

4. Реализация планируемых действий - этот этап включает меры, которые принимает медицинская сестра для профилактики заболеваний, обследования, лечения, реабилитации пациентов.

Существует три категории сестринского вмешательства. Зависимое сестринское вмешательство осуществляется на основании предписаний врача и под его наблюдением. Независимое сестринское вмешательство предусматривает действия, осуществляемые медсестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, без прямого требования со стороны врача. Взаимозависимое сестринское вмешательство предусматривает совместную деятельность сестры с врачом, а также с другими специалистами.

5. Оценка эффективности сестринского ухода - этот этап основан на исследовании динамических реакций пациентов на вмешательства сестры. Важную роль в достоверности оценки результатов сестринского ухода играет сопоставление и анализ полученных результатов.

Приложение 2

Операции показания для операций

Показания для операций:

1) жизненные – кровотечения, анаэробная инфекция (газовая гангрена), тяжелая травма с повреждением внутренних органов;

2) абсолютные – гнойная острая хирургическая инфекция, острая патология живота и грудной клетки, онкология;

3) относительные – не угрожающие жизни пациента, но вызывающие осложнения (варикозная болезнь, грыжи).

Виды операции: 1) экстренные – минимальная подготовка;

2) срочные – быстрый сбор анамнеза, анализов и подготовка;

3) плановые – “хочет Бог, погода, желает хирург, согласен больной”.

Динамика экстренных операций за год

|  |  |
| --- | --- |
| Хирургические заболевания | Число пациентов (%) |
| Заболевания желчного пузыря (ЖП) | 50,2 |
| Панкреонекроз (П) | 13,2 |
| Ущемленная грыжа (УГ) | 11,4 |
| Острый аппендицит (ОА) | 4,4 |
| Варикозная болезнь нижних конечностей (ВБ) | 2,9 |
| Прочие заболевания (ПР) | 17,9 |

Приложение 3

Найболее частые осложнения после операционного периода

Ранние осложнения (в первые 24 часа): лигатурные кровотечения; остановка сердца и дыхания; асфексия рвотными массами.

Осложнения, возникающие в стационаре:

1) атонии (мочевого пузыря, кишечника, застойная пневмония);

2) ларингиты, трахеиты, бронхиты (вследствие интубации);

3) паротиты;

4) со стороны раны – инфильтраты, абсцессы, вентрация петель кишечника.

Поздние осложнения (после выписки): фантомные боли; спаечная болезнь; вентральные грыжи.

Послеоперационные осложнения

|  |  |
| --- | --- |
| Осложнения | Число пациентов (%) |
| Перитонит | 25 |
| Гнойные осложнения (нагноение ран, абсцессы, флегмоны и др.) | 18 |
| Сердечно-сосудистая недостаточность | 14 |
| Легочные осложнения | 11 |
| Острая печено-почечная недостаточность | 10 |
| Острая кишечная непроходимость | 7 |
| Сепсис, бактериально-токсический шок | 4 |
| Панкреонекроз, острый панкреатит | 2 |
| Тромбоз сосудов желудочно-кишечного тракта | 2 |
| Отек головного мозга, острое нарушение мозгового кровообращения | 2 |
| Прочие осложнения | 5 |

Приложение 4

Требования к квалификации по разрядам оплаты

Среднее медицинское образование по специальности "Сестринское дело":

6-7 разряды: медицинская сестра, не имеющая квалификационной категории; 7-8 разряды: медицинская сестра, имеющая II квалификационную категорию; 8-9 разряды: медицинская сестра, имеющая I квалификационную категорию; медицинские сестры, не имеющие квалификационной категории: операционная, анестезист, палатная, процедурная, перевязочная, по массажу, врача общей практики;

9-10 разряды: медицинская сестра, имеющая высшую квалификационную категорию; медицинские сестры, имеющие II квалификационную категорию: операционная, анестезист, палатная, процедурная, перевязочная, по массажу, врача общей практики;   
 10 разряд: медицинские сестры, имеющие I квалификационную категорию: операционная, анестезист, палатная, процедурная, перевязочная, по массажу, врача общей практики;

11 разряд: медицинские сестры, имеющие высшую квалификационную категорию: операционная, анестезист, палатная, процедурная, перевязочная, по массажу, врача общей практики.

Приложение 5

Стерилизация

Инъекции и капельные вливания сопровождаются нарушением целостности кожных покровов, вследствие чего становится возможным проникновение инфекции в организм пациента. Для предупреждения инфицирования ран и борьбы с инфекцией в ране применяют два способа – антисептику и асептику.

Асептика – комплекс мероприятий, направленный на предупреждение попадания инфекции в рану путем ее уничтожения (обеспложивание) на всех предметах, которые будут соприкасаться с раной (стерильное должно соприкасаться со стерильным).

В процедурном кабинете на рабочем столике сестры должен стоять бикс со стерильным материалом (ватные шарики, марлевые салфетки), стерильный лоток для шприцов, стеклянная банка с дезинфицирующим раствором (6% перекись водорода), в которую погружен стерильный пинцет. Весь материал и инструменты должны пройти:

1) дезинфекцию – комплекс мероприятий, направленный на уничтожение возбудителей заболеваний;

2) предстерилизационную очистку – механическая очистка;

3) уничтожение микробов и их спор называется стерилизацией.

Стерилизация осуществляется в центральном стерилизационном отделении (ЦСО), различными способами: γ-облучением, ультразвуком, лазер, обжиганием, но в основном – автоклавированием и сухим жаром.

В автоклаве стерилизуют все материалы, кроме инструментов (из-за подвержения коррозии), в биксах или двухслойной бязи по двум режимам: T-120оC, p-1атм., t-60мин.; T-134оC, p-2атм., t-30мин. Для контроля стерильности закладывают индикаторы – мочевину или бензойную кислоту. Бикс с пояском стерилен 3 суток, с антисептической прокладкой – 20, после вскрытия годен рабочую смену.

В сухожаровом шкафу стерилизуют предметы устойчивые к температуре 180оC, в том числе и инструменты, выдерживают экспозицию в 60 мин. Предметы в сухожаре не сохраняют стерильность, поэтому применяют упаковку четырехслойную или крафт-пакеты. Для контроля стерильности используют – тиомочевину, сахарозу или ятарную кислоту.

Способы контроля стерилизуемых предметов:

1) Непрямой – контролирует работу стерилизаторов: метод тугоплавких металлов; тест-индикатор.

2) Прямой: бактериальные посевы, смывы, срезы; непатогенный – микроорганизмы сеются на чашку Петри с питательной средой.

Приложение 6

Классификация деятельности медсестры по М.А. Роговому

А.Производительное время.

1.Основная деятельность.

Сюда включаются этапы сестринского дела (см. прил.1) и непосредственное выполнение манипуляций.

2.Вспомогательная деятельность.

Обучение персонала, подготовка к работе, взаимодействие с коллегами в интересах пациента, сопровождение клинико-диагностических материалов в лабораторию, заполнение бланков, подготовка материала к сдачи в ЦСО, приготовление дезрастворов, мытье рук, переодевание, вызов пациента на процедуру.

3.Работа с документацией.

Заполнение журналов аварийных ситуаций (порезы, уколы иглами); контроля температуры холодильника; учета парентеральных вмешательств; антибиотиков, дорогостоящих и наркотических средств, лекарственных средств группы “А”.

4.Служебные разговоры.

Сдача и прием дежурства, обсуждение проблем пациента с врачом, коллегами и родственниками.

5.Хозяйственная деятельность.

Обеспечение рабочего места необходимыми медикаментами, инструментарием, перевязочным материалом; хозяйственные работы.

6.Прочая деятельность.

Б.Непроизводительное время.

1.Личное необходимое время.

Обед, личная гигиена, кратковременный отдых.

2.Незагруженное время.

Опоздание на работу, преждевременный уход, отсутствие работы.

Размещено на Allbest.ru