

План-график подготовки ВКР

Студента Никифорова Маринна Владимировна
Фамилия Имя Отчество

ср-18-1 группы, специальности Вестриксное дело

Тема работы: Организация работы медицинской
еестрол процедурного кабинета терапевтического
отделения

План-задание

Наименование этапа	Содержание работы	Планируемая дата выполнения	Отметка о выполнении (дата, подпись руководителя)
Составление литературного обзора	Теоретическое ознакомление с проблемой. Подборка и обзор литературы. Оформление литературного обзора (не менее 20 источников) по ГОСТу 7.1 – 2003.	1.11.2020	01.11.2020 <i>Staff</i>
Составление программы и плана исследования	Определение: - актуальности; - цели; - задач (3); - объекта и предмета исследования. Составление: анкет, вопросников, макетов статистических таблиц. Определение: - места проведения исследования; - объема исследования; - методик исследования; - сроков работы.	1.12.2020	01.12.2020 <i>Staff</i>
Сбор материала	Проведение измерения, анкетирования, опроса, работа с документами, интервьюирования, наблюдений и т.д.	20.01.21	20.01.21 <i>Staff</i>
Систематизация материала	Проверка собранного материала. Группировка материала. Подсчет и внесение данных в таблицы. Построение графиков, диаграмм.	10.02.21	10.02.21 <i>Staff</i>

Анализ полученных результатов. Разработка рекомендаций - предложенный	Оценка полученных результатов методом сравнения: - с нормами, нормативами, ГОСТ, стандартами; - со средними уровнями показателей; Выводы. Проверка соответствия полученных выводов целям и задачам исследования. Разработка рекомендаций по совершенствованию изучаемого явления.	15.03.21	15.03.21 <i>И.И.И.</i>
Оформление дипломной работы	Оформление дипломной работы в соответствии с методическим пособием «Как написать и оформить дипломную работу».	10.04.21	10.04.21 <i>И.И.И.</i>
Подготовка выступления (текста и презентации)	Подготовка выступления на защиту дипломной работы, используя методическое пособие «Как написать и оформить дипломную работу».	16.05.21	16.05.21 <i>И.И.И.</i>
Иное		12.06.21	12.06.21 <i>И.И.И.</i>

Никифорова Марисама Вадимовна 12.06.21

Фамилия И.О. студента

подпись, дата

Баранков Иван Иванович 12.06.21

Фамилия И.О. руководителя

подпись, дата

Министерство образования и науки
Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
Республики Саха (Якутия) «Якутский медицинский колледж»

РЕЦЕНЗИЯ

на выпускную квалификационную работу
по специальности 34.02.01 – Сестринское дело
студента группы СД -18-1 Никифоровой Марианны Владимировны

По теме: ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
ПРОЦЕДУРНОГО КАБИНЕТА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

(на примере ГАУ РС(Я) «Медицинского центра г. Якутска»
терапевтического отделения)

Рецензент: Андреева Марианна Иннокентьевна

Должность: Заведующая терапевтическим отделением

Структура выпускной квалификационной работы Никифоровой Марианны Владимировны. Представлена введением, двумя главами, выводами. Объем работы – 43 страницы печатного текста, имеются диаграммы.

Актуальность темы выпускной квалификационной работы 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 медицинских сестер требует пересмотра. По данным ВОЗ, за год в мире производится около 12 млрд инъекций. Различные виды инъекций являются инвазивной процедурой, которая признана самой распространенной во всем мире.

В главе I рассмотрены: Организация работы терапевтического отделения.

Также деятельность процедурной медицинской сестры терапевтического отделения.

Во главе 2 представлены результаты исследования, проведенного на примере ГАУ РС(Я) «Медицинского центра г. Якутска» терапевтического отделения. Были представлены мониторинг, и анкетирование. Примененные автором методы исследований являются достоверными, а выводы вполне обоснованными. Список использованной литературы является достаточным, содержит 19 наименований.

Замечаний по выполнению выпускной квалификационной работы - нет.

Содержание работы соответствует специальности – 34.02.01 – Сестринское дело.

Заключение: выпускная квалификационная работа выполнена в соответствии с требованиями ФГОС СПО, предъявляемыми к выпускной квалификационной работе, и заслуживает оценки отлично.

«11» 06 2021г.

Ф.И.О. (полностью)

(подпись)



Андриева
Марьяна
Михонковна

М.П. медицинской организации



ОТЗЫВ РУКОВОДИТЕЛЯ

на выпускную квалификационную работу

«Организация работы медицинской сестры процедурного кабинета
терапевтического отделения

(на примере ГАУ РС(Я) «Медицинский центр г. Якутска», отделение терапии).

по специальности 34.02.01 – Сестринское дело

студента группы СД-18-1, Никифорова Марианна Владимировна

1. Актуальность: Обеспеченность учреждений здравоохранения средним медицинским персоналом и число возложенных на них должностных обязанностей имеет явное несоответствие.
2. Отличительные положительные стороны работы: Работа посвящена работе медицинской сестры процедурного кабинета.
3. Практическое значение: В работе отражен анализ деятельности ГАУ Медцентр г. Якутска, отделение терапии.
4. Недостатки и замечания: Нет.
5. Выводы: Дипломная работа выполнена на хорошем уровне, соответствует требованиям предъявляемыми к выпускной квалификационной работе и может быть представлена к защите.

Руководитель: Барашков Иван Иванович

преподаватель ГБПОУ РС (Я) «ЯМК»

подпись



«12» Июня 2021г.

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РС(Я)
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЕ РС(Я)
«ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»



Допущен(а) к защите
Зам. директора по УР
Степанова А.Д.

НИКИФОРОВА МАРИАННА ВЛАДИМИРОВНА

**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
ПРОЦЕДУРНОГО КАБИНЕТА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

Выпускная квалификационная работа

По специальности среднего профессионального образования

34.02.01 – « Сестринское дело »

Студент отделения «Сестринское дело»

Группы СД-18-1

Руководитель преподаватель: Барашков Иван Иванович

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРОЦЕДУРНОГО КАБИНЕТА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ.....	6
1.1 Организация работы терапевтического отделения.....	6
1.2 Деятельность процедурной медицинской сестры терапевтического отделения.....	11
ГЛАВА 2. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРОЦЕДУРНОГО КАБИНЕТА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ	22
2.1 Характеристика терапевтического отделения и обязанности процедурной медицинской сестры	22
2.2 Анализ анкетирования пациентов о работе медицинской сестры процедурного кабинета	25
ВЫВОДЫ.....	27
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ.....	28
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	30

ВВЕДЕНИЕ

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

Медицинским работником должен быть тот, кто жизнь и здоровье больного ставит выше личных интересов. Девиз медицины, предложенный голландским врачом XVII века Ван Тульпиусом- *aliis inserviando consumer* (лат.) - служа другим, сгораю сам[1].

В комплексе медицинских мероприятий огромное значение играет уход за больными. Самые эффективные лекарственные средства, искусно проведенные операции и другое 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 отпавлений и выполнение назначений врача. В стационарах и поликлиниках уход осуществляется младшим и средним медицинским персоналом [2].

Терапевтическое отделение требует более внимательного и тщательного ухода за пациентами.

Медицинская сестра должна максимально точно следить и иметь терпение к пациентам.

Актуальность: Работы 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 медицинских сестер требует пересмотра. По данным ВОЗ, за год в мире производится около 12 млрд инъекций. Различные виды инъекций являются инвазивной процедурой, которая признана самой распространенной

во всем мире.

Цель работы - изучение и анализ деятельности процедурной медицинской сестры в терапевтическом отделении.

Задачи исследования:

- 1) Изучить организацию работы процедурной медицинской сестры терапевтического отделения
- 2) Определить особенности работы медицинской сестры процедурного кабинета терапевтического отделения
- 3) Проанализировать данные анкетирования пациентов о деятельности медицинской сестры процедурного кабинета терапевтического отделения

Объект исследования - Работа медицинской сестры процедурного кабинета терапевтического отделения

Предмет исследования - Организация работы медицинской сестры

Метод исследования - информационно-аналитический, сравнительный и системный анализ

Гипотеза - правильная организация работы медицинской сестры в процедурном кабинете терапевтического отделения

Наиболее характерной чертой для процедурной медицинской сестры должно быть осознание своей ответственности при выполнении непосредственных обязанностей, которые должны быть осуществлены не только правильно, но и своевременно[3].

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 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 “медицинская сестра” 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[4].

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

ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРОЦЕДУРНОГО КАБИНЕТА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

1.1 Организация работы терапевтического отделения

Лечение больных терапевтического профиля проводят в общетерапевтических отделениях. В многопрофильных больницах выделяют специализированные терапевтические отделения (кардиологические, гастроэнтерологические и др.), предназначенные для обследования и лечения больных с определенными заболеваниями внутренних органов (сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, почек и т. д.) [5].

Отделение возглавляет заведующий, которого обычно назначают из числа наиболее опытных врачей. Он организует своевременное обследование и лечение больных, контролирует работу медицинского персонала, отвечает за рациональное использование коечного фонда отделения, медицинского оборудования и лекарственных средств.

В штатном расписании сотрудников терапевтических отделений предусматриваются должности палатных врачей (больничных ординаторов), непосредственно осуществляющих обследование и лечение больных; старшей медицинской сестры, организующей и контролирующей работу палатных медсестер и санитаров; сестры-хозяйки, отвечающей за своевременное обеспечение отделения мягким и твердым инвентарем, а также нательным и постельным бельем; палатных медицинских сестер, работающих на посту и выполняющих назначения лечащих врачей по обследованию и лечению пациентов; процедурной медицинской сестры, выполняющей определенные манипуляции в процедурном кабинете; младших медицинских сестер, санитарок-буфетчиц и санитарок-уборщиц, обеспечивающих уход за больными, их питание, поддержание необходимого санитарного состояния в отделении [6].

В терапевтическом отделении может быть развернуто различное количество коек. В свою очередь каждое отделение подразделяется на так называемые палатные секции, насчитывающие обычно по 30 коек каждая.

Кроме палат, терапевтические отделения включают в себя кабинет заведующего отделением, кабинет врачей (ординаторскую), комнаты старшей медицинской сестры и сестры-хозяйки, процедурный кабинет, буфетную, столовую, ванную комнату, клизменную, помещение для мытья и стерилизации суден и хранения предметов уборки, место для хранения каталок и передвижных кресел, туалеты для больных и медицинского персонала. В каждом отделении предусматриваются помещения для дневного пребывания больных - холлы, веранды и т. п.

Для организации полноценного лечения больных и ухода за ними большое значение имеет правильное оборудование палат, в которых больные проводят большую часть времени. С точки зрения обеспечения необходимого лечебно-охранительного режима идеальным считается такое положение, когда 60 % палат в отделении развертывается на 4 койки в каждой, 20 % - на 2 койки и 20 % - на одну. Иначе говоря, в палатной секции на 30 коек должно быть выделено 6 четырехместных палат, две двухместных и две одноместных, причем с тем условием, чтобы на одного больного в общей палате приходилось 7 м^2 площади, а в одноместной - 9 м^2 . Меньшая площадь отрицательно сказывается на организации лечения и ухода за больными[7].

Палаты оснащают необходимым медицинским оборудованием и мебелью: медицинскими (функциональными) кроватями, прикроватными столиками или тумбочками, общим столом и стульями. В общих палатах целесообразно использовать специальные переносные ширмы, позволяющие в необходимых случаях (выполнение некоторых манипуляций, отправление физиологических потребностей и др.) оградить пациента от постороннего

наблюдения. С этой целью применяют и стационарные ширмы в виде занавески, прикрепляющейся к специальной раме. Такую занавеску можно легко задернуть вокруг больного, а затем снова открыть.

В палатах около каждой кровати оборудуют индивидуальные лампы ночного пользования и радиоточки. К каждой кровати целесообразно подвести сигнализацию, чтобы любой больной при необходимости мог вызвать медицинский персонал.

В палатной секции (в коридоре) оборудуют пост медицинской сестры, являющийся ее непосредственным рабочим местом.

На посту находится стол с выдвигающимися и запирающимися ящиками для хранения необходимой медицинской документации, настольная лампа и телефон.

Истории болезни лучше хранить в отдельном ящике или шкафчике, разделенном на отсеки (соответственно номерам палат), что позволяет быстро найти нужную историю болезни.

На посту медицинской сестры должен быть также шкаф (или несколько шкафчиков) для хранения лекарств (рис.1 см. в приложениях). При этом обязательно выделяют запирающиеся отсеки, в которых находятся препараты группы А (ядовитые) и Б (сильнодействующие).

На специальных полках размещают лекарственные средства для наружного и внутреннего употребления, а также препараты для инъекционного введения.

Отдельно хранят инструменты, перевязочный материал, легковоспламеняющиеся вещества (спирт, эфир). Лекарственные препараты, которые при хранении быстро теряют свои свойства (настои, отвары, сыворотки и вакцины), помещают в специальный холодильник[8].

Отдельно хранят предметы ухода за больными (градусники, грелки, банки и т. д.), а также посуду для взятия анализов. Рядом с постом устанавливают весы для взвешивания больных.

Здесь же оборудуют процедурный кабинет (рис.2 см. в приложениях). В нем работает специально обученная процедурная медсестра.

Функционирование терапевтического отделения предусматривает и ведение необходимой медицинской документации. Перечень ее является довольно обширным и включает много наименований.

К документам, оформлением которых занимаются в основном врачи, относятся, например, история болезни, карта выбывшего из стационара, листок нетрудоспособности и др.

Ряд медицинских документов в отделении заполняют и ведут постовые медицинские сестры. Это тетрадь (журнал) врачебных назначений, куда при проверке историй болезни медицинская сестра вносит сделанные врачом назначения, сводки учета больных отделения, где отражаются данные о движении больных (т. е. поступлении, выписке и т. д.) за сутки, температурные листы, порционники с указанием числа больных, получающих тот или иной стол[9].

Одним из основных документов, который постоянно ведет на посту медицинская сестра, является журнал передачи дежурств. В нем отмечают данные о движении больных за смену, указывают назначения, касающиеся подготовки больных к исследованиям, заостряют внимание на состоянии тяжелобольных, нуждающихся в постоянном наблюдении.

Прием-передача дежурства является ответственным мероприятием, и требует от медицинских сестер большой собранности. Формально проведенные, скомканные прием и передача дежурств ведут, как правило, к различного рода упущениям, невыполненным назначениям и т. п.

Эффективность лечения больных в стационаре в немалой степени зависит от организации необходимого лечебно-охранительного режима в отделении.

Создание такого режима предполагает ограждение больного от различных отрицательных эмоций (связанных, например, с болью), обеспечение условий для достаточного и полноценного сна и отдыха (рациональное размещение больных в палатах, тишина в отделении), разрешение прогулок в теплое время года и посещения больных родственниками, обеспечение больных свежими газетами и журналами, организация в больнице буфета с достаточно широким ассортиментом продуктов, необходимых для диетического питания, что имеет определенное значение, например, для иногородних больных и т. д.[11]

В стационарах пока еще нередко наблюдается довольно большое количество факторов, существенно нарушающих принципы лечебно-охранительного режима.

К ним относятся случаи неправильного или несвоевременного выполнения необходимых назначений, грубость и невнимательность к больным со стороны медицинского персонала (например, недостаточное обезболивание пациентов при проведении болезненных манипуляций)[19].

Отрицательно влияют на больных нарушения, встречающиеся порой в работе медперсонала отделений (например, стук дверей и звяканье ведер, сопровождающиеся возгласами медперсонала в ранние утренние часы, нерегулярное проведение влажной уборки, трудности со своевременной сменой постельного белья, плохо приготовленная пища), неполадки в санитарно-техническом обеспечении (перебои в подаче горячей воды, срывы в отоплении, неисправные телефоны и др.) [18].

Список подобных издержек можно было бы продолжить. Перечисленные «мелочи» неблагоприятно отражаются на состоянии больных и снижают авторитет лечебного учреждения.

Создание в больнице оптимального лечебно-охранительного режима является задачей, в решении которой должны активно участвовать все службы медицинского учреждения.

1.2 Деятельность процедурной медсестры терапевтического отделения

В процедурном кабинете производят различные диагностические и лечебные манипуляции: подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции, взятие крови для клинических и биохимических анализов, определение группы крови, плевральную пункцию для удаления жидкости из плевральной полости, пункцию брюшной полости при асците, диагностическую пункцию печени, измерение венозного давления и скорости кровотока, желудочное и дуоденальное зондирование[7].

В процедурном кабинете собирают системы для внутривенного капельного введения лекарственных средств, проводят стерилизацию шприцев и игл кипячением (если в больнице нет центральной стерилизационной).

Так как многие манипуляции, выполняемые в процедурном кабинете, носят инвазивный характер (т. е. связаны с опасностью проникновения микробной флоры в организм больного), к санитарному состоянию этого помещения предъявляются большие требования, в частности, с помощью бактерицидной лампы проводят регулярное обеззараживание воздуха.

Важно проведение кварцевания, соблюдение дезинфекционного режима. Это - процесс обработки (обеззараживания) помещения (воздуха) ультрафиолетовым излучением кварцевой лампы. В результате воздух обогащается озоном, который, в свою очередь, также дезинфицирует воздух. Озон ядовит, поэтому помещение следует проветривать. При правильном соблюдении режима использования лампы кварцевание вреда не несёт. При неправильном использовании может привести к ожогу глаз. В медицинских учреждениях кварцевание в настоящее время достаточно широко применяется с бактерицидной целью. Во время работы кварцевой лампы следует покинуть помещение. На работающую лампу категорически нельзя смотреть и пытаться от неё загорать[8].

Облучатели предназначены для обеззараживания воздуха в медицинских центрах, детских и спортивных учреждениях, производственных цехах.

Бактерицидные облучатели бывают открытого, закрытого и комбинированного типа. Открытый тип используют исключительно в отсутствие людей. Закрытый тип применяют в присутствии людей и животных, в обрабатываемом помещении.

Для помещений объёмом до 50 м³ разработаны комбинированные облучатели, позволяющие обрабатывать помещения, как в отсутствие людей, так и в их присутствии, без нанесения ущерба здоровью.

Кварцевая лампа (рис. 3) представляет собой колбу из кварцевого стекла, пропускающую ультрафиолетовые лучи. Газоразрядная лампа с добавлением ртути применяется для обеззараживания помещений, продуктов, предметов.

Облучатель бактерицидный (рис.4) - это эффективное средство профилактики и борьбы с инфекциями, вирусами, бактериями.

В медицине такие лампы используются для общих и внутрисполостных облучений, при воспалительных заболеваниях в оториноларингологии. По рекомендации врача лампы применяются самостоятельно дома при заболеваниях органов дыхания, лечения гнойничковых инфекций, пролежней, стоматитов.

Ультрафиолетовый бактерицидный облучатель эффективен в борьбе с микроорганизмами. Предназначается для обеззараживания воздуха и поверхностей помещений посредством ультрафиолетовых лучей. При соблюдении правил эксплуатации применение является безопасным для здоровья человека и животных. Облучатели способны уничтожить практически все известные на сегодняшний день микробы и вирусы.

Облучение кварцевой лампой благоприятно действует на обмен веществ.

Длительность эффективного облучения, температура воздуха в помещении во время непрерывной работы бактерицидной установки, при которой достигается заданный уровень бактерицидной эффективности, должна находиться для закрытых облучателей в пределах 1 - 2 ч, а для открытых и комбинированных - 0,25 - 0,5 ч и для приточно-вытяжной вентиляции ≤ 1 ч (или при кратности воздухообмена $K_p \geq 1$ ч⁻¹). При этом расчет бактерицидной установки производится с учетом минимального значения длительности эффективного облучения, т.е. для открытых и комбинированных облучателей 0,25 ч, а для закрытых облучателей 1 ч. Закрытые облучатели и приточно-вытяжная вентиляция в присутствии людей должны работать непрерывно в течение всего рабочего времени.

Бактерицидные установки с открытыми и комбинированными облучателями могут использоваться в повторно-кратковременном режиме тогда, когда на время облучения в пределах 0,25 - 0,5 ч люди из помещения удаляются. При этом повторные сеансы облучения должны проводиться через каждые 2 ч в течение рабочего дня[9].

В помещениях первой категории рекомендуется использовать бактерицидные установки, состоящие из открытых или комбинированных и закрытых облучателей или приточно-вытяжной вентиляции и открытых или комбинированных облучателей. При этом открытые и комбинированные облучатели включаются только в отсутствие людей на время (t_3) в пределах 0,25 - 0,5 ч на период предоперационной подготовки помещения. Это позволяет сократить время и повысить уровень обеззараживания воздуха помещений с повышенными эпидемиологическими требованиями. Бактерицидные установки с приточно-вытяжной вентиляцией и дополнительными закрытыми облучателями применяются тогда, когда существующая приточно-вытяжная вентиляция обеспечивает заданный уровень бактерицидной эффективности за время t_3 более 1 ч.

При применении приточно-вытяжной вентиляции бактерицидные лампы размещают в выходной камере после пылеулавливающих фильтров.

Все манипуляции процедурная медицинская сестра производит в перчатках.

Стерильные укладки готовятся на одну рабочую смену (6 часов). Пинцеты для захвата стерильных материалов хранятся в емкостях, заполненных растворами стерилантов (6% H_2O_2) Уровень растворов в емкости должен быть не более уровня поверхностей медицинских инструментов.

Использованные шприцы, пинцеты, зажимы, перчатки, системы для переливаний, зонды, катетеры и т. д. погружаются в один из дезинфицирующих растворов, затем промываются проточной водой и сдаются в ЦСО для предстерилизационной очистки и стерилизации. (Или, при отсутствии ЦСО, подвергаются предстерилизационной очистке.)
Использованные шарики и другой перевязочный материал погружаются в 3% раствор хлорамина или хлорной извести на 2 часа, либо в 0,03% раствор нейтрального анолита на 30 минут. Посуда для определения группы крови (рис.5) обрабатывается по ОСТ 42-21-2-85[15].

Технология постановки амидопириновой пробы: смешивают равные количества 5% спиртового раствора амидопирина, 30% уксусной кислоты и 3% раствора перекиси водорода (по 2-3 мл)[9].

На нестерильную вату наносят вышеуказанный реактив. Через несколько секунд при отсутствии цветовой реакции на вате этой ватой протирают поршень шприца, цилиндр с наружной стороны, канюлю внутри. Затем заливают реактивы в цилиндр шприца, пропускают их через шприц на другую ватку (проверяется цилиндр шприца).

а) при наличии кровяных загрязнений на вате появляется сине-зеленое окрашивание. Окрашивание может наблюдаться при наличии на шприце остатков лекарственных средств, тройного раствора и хлорамина;

б) при положительных пробах повторный контроль инструментов проводят ежедневно до получения 3-кратного отрицательного результата.
Технология постановки азопирамовой пробы: готовят 1,0-1,5% раствор солянокислого анилина в 95% этиловом спирте. Готовый раствор может храниться в плотно закрытом флаконе в темноте при 40° С (в холодильнике) 2 месяца; в комнате при комнатной температуре 18-23°С - не более месяца.

Умеренное пожелтение реактива в процессе хранения без выпадения осадка не снижает его рабочих качеств. Непосредственно перед постановкой пробы готовят рабочий раствор, смешивая равные объемные количества азопирама и 3% перекиси водорода. Рабочий раствор может быть использован в течение 1 - 2 часов. При более длительном хранении может появиться спонтанное розовое окрашивание реактива. При температуре выше 25° С рабочий раствор розовеет быстрее, поэтому его рекомендуется использовать в течение 30-40 минут. Нельзя подвергать проверке горячие инструменты, а также держать на ярком свете или вблизи нагревательных приборов.

Пригодность рабочего раствора азопирама проверяют в случае необходимости: 2-3 капли наносят на кровавое пятно. Если не позже чем через 1 минуту появляется фиолетовое окрашивание, переходящее затем в синий цвет, - реактив годен к употреблению; если окрашивание в течение 1 минуты не появляется, реактивом пользоваться нельзя.

Оказывая неотложную помощь процедурная медсестра должна [10]:

При *бронхиальной астме* - вызвать врача, успокоить пациента, усадить с упором на руки, расстегнуть стесняющую одежду, измерить АД, подсчитать частоту пульса и частоту дыхательных движений, сделать 1-2 вдоха из ингалятора, которым обычно пользуется больной, дать 30-40% увлажненный кислород, дать горячее питье, сделать горячие ножные и ручные ванны. Подготовить аппаратуру и инструментарий: систему для внутреннего введения, шприцы, жгут, мешок Амбу (рис.6).

При *легочном кровотечении* - вызвать врача, успокоить больного, усадить удобно больного, дать полотенце, почкообразный тазик, объяснить, что разговаривать нельзя, положить пузырь со льдом на грудную клетку. Подготовить аппаратуру и инструментарий: систему для внутреннего вливания, жгут, все необходимое для определения группы крови.

При *стенокардии* - вызвать врача, успокоить, удобно усадить пациента, измерить АД, подсчитать частоту сердечных сокращений, дать нитроглицерин таб. 0,0005 гр. или аэрозоль (1 нажатие) под язык, повторный прием препарата при отсутствии эффекта через 3 минуты повторить 3 раза под контролем АД и ЧСС, дать корвалол или валокордин (25-35 капель), или настойку валерианы 25 капель, поставить горчичники на область сердца, дать 100% увлажненный кислород, контроль пульса и АД, снять ЭКГ, дать при сохранении болей внутрь 0,25 гр. аспирина, немедленно разжевать. Подготовить аппаратуру и инструментарий: шприцы и иглы для в/м и п/к инъекций, мешок Амбу, аппарат ЭКГ[16].

При *инфаркте миокарда* - вызвать врача, соблюдать строгий постельный режим, успокоить пациента, измерить АД и пульс, дать нитроглицерин 0,5 мг сублингвально (до 3-х таблеток) с перерывом 5 минут, дать 100% увлажненный кислород, снять ЭКГ, подключить к кардиомонитору (рис. 7). Подготовить аппаратуру и инструментарий: систему для внутреннего введения, жгут, электрокардиограф, дефибриллятор, кардиомонитор.

При *кардиогенном шоке* - вызвать врача, уложить пациента, опустить головной конец кровати, приподнять ножной на 20°, измерить АД, подсчитать пульс, дать 100% увлажненный кислород, сделать ЭКГ, подключить к кардиомонитору. Подготовить аппаратуру и инструментарий.

При *сердечной астме, отеке легких* - вызвать врача, усадить удобно (без напряжения) пациента с опущенными с кровати ногами, успокоить, измерить АД, пульс, частоту дыхания, дать 1 таблетку нитроглицерина под язык, повторить через 5 минут под контролем АД и ЧСС, если систолическое АД выше 90 мм. рт. ст. наложить венозные жгуты на обе конечности на 15-20 минут (снимать поочередно, постепенно) или сделать горячие ножные ванны, дать 100% увлажненный кислород. Подготовить аппаратуру и инструментарий[17].

При аритмии - вызвать врача, уложить и успокоить пациента, измерить АД, подсчитать частоту сердечных сокращений, зарегистрировать стандартную ЭКГ в II отведении, записать около 10 комплексов QRS, подключить к кардиомонитору, подготовить аппаратуру и инструментарий.

При гипертензивном кризе - вызвать врача, успокоить пациента, уложить с высокоподнятым изголовьем, при рвоте повернуть голову набок, измерить АД, частоту сердечных сокращений. Подготовить аппаратуру и инструментарий: аппарат для измерения АД, шприцы, систему для внутреннего вливания, жгут.

При желудочно-кишечном кровотечении - вызвать врача, успокоить и уложить больного, голову повернуть на бок, пузырь со льдом на эпигастральную область, запретить пить, есть, разговаривать, измерить АД и ЧСС. Подготовить аппаратуру и инструментарий: систему для внутреннего вливания, шприцы, жгут, все необходимое для определения группы крови и резус-фактора.

При гипогликемической коме - зафиксировать время, обеспечить вызов врача, лаборанта, придать пациенту устойчивое боковое положение, произвести ревизию ротовой полости. Подготовить аппаратуру и инструментарий: система для внутривенного капельного вливания, шприцы, иглы, жгут, 40% р-р глюкозы, 0,9% р-р хлорида натрия.

При гипергликемической коме (диабетической) - зафиксировать время, обеспечить вызов врача, лаборанта, придать устойчивое боковое положение, контроль пульса, АД, ЧДД, определить уровень сахара в крови из пальца портативным глюкометром (рис.9). Подготовка медикаментов, аппаратуры и инструментария: система для внутривенного капельного вливания, шприцы, инсулин простой.

При *отеке квинке* (отек гортани) - вызвать врача, успокоить пациента, обеспечить доступ свежего воздуха, дать 100% увлажненный кислород, закапать в нос сосудосуживающие капли (нафтизин, санорин, глазолин). Подготовить аппаратуру и инструментарий: систему для внутреннего вливания, жгут, шприцы, иглы, мешок амбу, иглу дюфо большого диаметра или коникотом, набор для трахеостомии, ларингоскоп (рис.10), набор для интубации, пульсометр.

При *анафилактическом шоке* - обеспечить вызов врача, если анафилактический шок развился на внутривенное введение лекарственного препарата, то: прекратить введение препарата, сохранить венозный доступ, придать устойчивое боковое положение, вынуть зубные протезы, приподнять ножной конец кровати, дать 100% увлажненный кислород, измерить АД и ЧСС. При внутримышечном введении: прекратить введение препарата; положить пузырь со льдом на место инъекции; обеспечить внутривенный доступ. Подготовить аппаратуру и инструментарий: систему для внутреннего вливания, шприцы и иглы для в/м и п/к инъекций, жгут, аппарат ИВЛ (рис.11), пульсометр, набор для интубации трахеи, мешок Амбу, стандартный набор препаратов «анафилактический шок».

При *коллапсе* - вызвать скорую помощь, уложить без подушки с приподнятыми ногами, обеспечить приток свежего воздуха, измерить АД. Подготовить аппаратуру и инструментарий: шприцы, иглы, жгут.

При *острой дыхательной недостаточности* - вызвать неотложную помощь, попытаться разобраться в причине возникновения состояния, обеспечить возвышенное положение, расстегнуть одежду, маленького ребенка взять на руки, осмотреть, освободить верхние дыхательные пути (отсосать слизь, рвотные массы), обеспечить доступ свежего воздуха, подачу кислорода. Подготовить аппаратуру и инструментарий: увлажненный кислород, мешок Амбу, шприцы, иглы, жгут.

При *носовом кровотечении* - вызвать врача, успокоить пациента, усадить удобно, голову наклонить вперед, в руки дать почкообразный лоток, остановить кровотечение с помощью: введение в полость носа ватно-марлевого тампона смоченного 3% р-ром перекиси водорода; гемостатической губки; наложение передней тампонады носа; положить на переносицу и затылок пузырь со льдом; измерить АД и частоту сердечных сокращений. Подготовить аппаратуру и инструментарий: систему для в/в вливаний, жгут, шприцы и иглы для в/м и п/к инъекций, набор для наружной и задней тампонады носа.

При *эпилептическом статусе* - вызвать врача, провести мероприятия по стандарту «судорожный припадок», предупредить западание языка, очистить полость рта от слюны и секрета в перерыве между припадками. Подготовить аппаратуру и инструментарий: шприцы, иглы[17].

При *судорожном припадке* - подложить под голову подушку, шапку или что-то иное, мягкое обеспечит доступ воздуха (расстегнуть ворот, ремень), повернуть пациента набок при рвоте, вызвать врача или скорую медицинскую помощь. Подготовить аппаратуру и инструментарий: шприцы и иглы.

Технология проведения непрямого (закрытого) массажа сердца[13]

Производится с целью восстановить циркуляцию крови в организме, т.е. поддержать кровообращение в жизненно важных органах при остановке сердечной деятельности (рис.12). Чем раньше массаж будет начат, тем скорее будет получен эффект. Необходимо помнить, что от момента остановки сердца до развития в головном мозге необратимых изменений проходит очень короткий промежуток времени, исчисляемый 4 - 6 минутами. В течение этого времени и должны быть начаты реанимационные мероприятия.

Для успешного проведения непрямого массажа сердца пациента необходимо поместить на жесткую поверхность. Если остановка сердца наступила на койке с пружинным матрасом, то пациента надо положить на кровати так, чтобы грудной отдел позвоночника находился на твердом изгибе. Для этого верхнюю половину туловища смещают на край кровати; голова при этом будет свисать вниз. Медсестра должна встать сбоку от пациента и обнажить его грудную клетку.

Непрямой массаж сердца производится следующим образом. Левая ладонь помещается на нижнюю треть грудины, а правая кладется на левую. Обе руки должны быть выпрямлены, а плечевой пояс располагаться над грудной клеткой. Массаж осуществляется энергичными резкими надавливаниями на грудину; при этом грудина должна смещаться на 3 – 4 см к позвоночнику. Число надавливаний 50-60 в минуту.

Сердце сдавливается между грудиной и позвоночником, и кровь из желудочков выбрасывается в аорту и легочную артерию. При прекращении надавливания грудина поднимается, и сердце вновь наполняется кровью из полных вен. Таким образом, осуществляется искусственное кровообращение. Массаж следует продолжать до восстановления полноценной самостоятельной деятельности сердца, до появления отчетливого пульса и повышения давления до 80-90 мм.рт.ст. Массаж сердца должен обязательно сопровождаться искусственной вентиляцией легких.

Технология проведения искусственного дыхания[13]

Проводится с целью периодического замещения воздуха в легких при отсутствии или недостаточности естественной вентиляции. ИВЛ лучше выполнять с помощью ручных приборов: мешка Амбу, ДП-10, КАМА, РДА-1 и др. При отсутствии респиратора нельзя терять минуты на его доставку, и необходимо сразу начать ИВЛ экспираторным способом.

Способ изо рта в рот. Эффективность при этом способе достигается максимальным запрокидыванием головы пациента назад. При этом корень языка и надгортанник смещаются вперед и открывают свободный доступ воздуха в гортань.

Стоя сбоку, медсестра одной рукой надавливает запястьем на лоб пациента и запрокидывает его голову, а другую подкладывает под шею. В основе искусственной вентиляции легких лежит ритмичное вдувание воздуха из дыхательных путей медсестры в дыхательные пути пациента под положительным давлением. При проведении ИВЛ рот пациента должен быть постоянно открыт (рис.13).

Способ изо рта в нос. Вдувание воздуха в дыхательные пути производится через нос: рот пациента при этом должен быть закрыт (рис.14). Данный способ принципиально не отличается от описанного выше.

При наличии дыхательного мешка или маски ИВЛ лучше выполнять с их помощью, так как это улучшает физиологическую основу вентиляции - в дыхательные пути вводится воздух, обогащенный кислородом. При этом маска должна туго прижиматься вокруг носа и рта пациента.

ГЛАВА 2. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРОЦЕДУРНОГО КАБИНЕТА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

2.1 Характеристика терапевтического отделения и обязанности процедурной медицинской сестры

На должность медсестры процедурного кабинета принимаются лица, имеющие законченное среднее медицинское образование, а также стаж работы в данном отделении не менее 3-х лет. Принимаются и увольняются главным врачом больницы по представлению зав. отделением главной медицинской сестры больницы. Перед поступлением на работу проходит обязательное медицинское обследование в цеховой службе больницы.

Процедурная медицинская сестра находится в непосредственном подчинении у заведующего отделением и старшей медсестры отделения. В непосредственном подчинении у процедурной медсестры находятся младший медицинский персонал кабинета.

Процедурная медсестра отделения работает по графику, составленному старшей медсестрой, утвержденному зав. отделением, зам. главного врача соответствующего профиля, согласованным с профсоюзным комитетом.

Основными обязанностями процедурной медсестры является правильная организация работы кабинета и выполнение назначенных процедур [14].

- 1) Выполнять манипуляции только по назначению врача.
- 2) Начинать работу только после подготовки кабинета к выполнению процедур, тщательной подготовки инструментария.
- 3) Соблюдать последовательность выполнения процедур в соответствии с почасовым графиком работы.
- 4) Строго соблюдать требования асептики и антисептики при выполнении процедур.

- 5) В течение работы поддерживать необходимый порядок, соответствующую культуру работы и санитарное состояние.
- 6) Строго соблюдать технологию проведения процедур и манипуляций:
- внутривенных, внутримышечных, подкожных инъекций;
 - внутрикожных проб;
 - взятие крови из вены для диагностических исследований;
 - проведение (под контролем врача) определения группы крови и резус-фактора, переливание крови и кровезаменителей, постановка систем и введение лекарств капельным методом;
 - подготовка инструментария к сдаче в центральную стерилизационную;
 - подготовка материала к проведению процедур.
- 7) Немедленно ставить в известность врача об осложнениях, связанных с производством манипуляций и проведением процедур в кабинете, владеть методами оказания доврачебной помощи. Готовить необходимый набор инструментов и материала и ассистирует врачу при проведении других манипуляций в данном кабинете.
- 8) Качественно вести документацию процедурного кабинета.
- 9) Ежедневно делать отметки в листах врачебных назначений о выполненных процедурах.
- 10) Строго соблюдать санитарно-эпидемиологический режим кабинета, носить спецодежду, соответствующую требованиям процедурного кабинета.
- 11) Своевременно пополнять кабинет необходимым количеством инструментария, медикаментов, сывороток для определения группы крови, другого необходимого для работы в течение суток набора растворов, препаратов, инвентаря, антисептиков.

12) Владеть технологией постановки проб на скрытую кровь, отмывание от дезинфицирующих и моющих средств.

13) Осуществлять ежедневный контроль за наличием необходимого количества лекарственных препаратов в аптеке для оказания экстренной помощи.

14) Своевременно вносить изменения в инструкции по санитарно-эпидемиологическому режиму, способам подготовки рук к работе и др.

15) Осуществлять контроль за работой младшего медицинского персонала кабинета.

16) Соблюдать требования по проведению стерилизации в сухожаровом шкафу и ведение соответствующей документации.

17) Обеспечить контроль за рациональным использованием инструментария, правильный учет. Своевременно проводить замену пришедшего в негодность медицинского оборудования, инструментария.

18) Обеспечить правильные условия хранения лекарственных препаратов, растворов и сывороток в кабинете.

19) Соблюдать правила внутреннего распорядка, техники безопасности, не отлучаться с отделения без ведома старшей медсестры, не оставлять процедурный кабинет, уходя домой, незапертым на ключ. Сдавать ключи палатной медсестре поста.

20) Постоянно совершенствовать свои медицинские знания путем чтения специальной литературы, участие в производственной учебе, сестринских конференциях, не реже чем через 5 лет проходить циклы специализации и усовершенствования на курсах повышения квалификации, принимать участие в подготовке медсестер отделения для работы в процедурном кабинете.

В своей работе руководствуется должностной инструкцией, приказами и инструкциями по организации работы кабинета, указаниями зав. отделением, главного врача больницы.

2.2 Анализ анкетирования пациентов о работе медицинской сестры процедурного кабинета на примере Медцентра г. Якутска терапевтического отделения

В исследовании участвовали 56 пациента. Из них 32 мужчины и 24 женщины. На момент опроса возраст пациентов был от 36 до 76 лет, средний возраст пациентов составил 45 лет.

В процессе работы был использован метод анкетирования. Пациентам было предложено ответить на вопросы анкеты.

Вопросы анкеты были направлены на выявление проблем пациента при проведении инъекций и этико - деонтологические аспекты в работе медицинских сестер. Было обработано и оценено 56 анкет.

В результате исследования были получены следующие результаты.

1. Какие чувства вызывает у вас медицинская сестра, которая делает вам инъекции? (диаграмма 1, приложение 2).
2. Испытываете ли Вы страх перед инъекцией? (диаграмма 2, приложение 2)
3. Объяснила ли Вам медицинская сестра о необходимости и ходе проведения инъекции?(диаграмма 3, приложение 2).
4. Верите ли Вы в эффективность проводимых Вам инъекций? (диаграмма 4, приложение 2).
5. Предупреждает ли Вас медицинская сестра о возможных неприятных ощущениях при инъекциях? (диаграмма 5, приложение 2).
6. Интересуется ли медицинская сестра Вашими проблемами, связанными с проведением инъекций? (диаграмма 6, приложение 2).
7. Возникали ли у Вас осложнения или проявлялись побочные эффекты вводимых Вам препаратов при проведении инъекций или после них? (диаграмма 7, приложение 2).
8. Оставляют ли вам после инъекции спиртовую салфетку:
А) смоченную спиртом- 55 человек Б) не оставляют – 1 человек
(диаграмма 8, приложение 2).

9. Обращает ли медицинская сестра внимание на наличие у Вас гематом, уплотнений после инъекций? (диаграмма 9, приложение 2).

Все опрошенные пациенты ответили, что да обращает.

10. Рекомендует ли Вам медицинская сестра какие-либо меры профилактики осложнений (йодные сеточки, мази, компрессы)? Да- 56 пациента. (диаграмма 10, приложение 2).

11. Вам делают инъекции в перчатках? 56 человека ответили, что да, в перчатках. (диаграмма 11, приложение 2).

12. Что для Вас важнее в работе медицинской сестры:

а) профессиональные навыки

б) умение общаться с пациентом

в) важны и профессиональные навыки и умение

общаться с пациентом – 56 человек. (диаграмма 12, приложение 2).

13. Спросила ли вас медицинская сестра о наличии у вас аллергии на какой-либо препарат? Да- 56 человек. (диаграмма 13, приложение 2).

14. Довольны ли вы тем, как медицинская сестра с Вами общается? Да- 56 пациента

(диаграмма 14, приложение 2).

ВЫВОДЫ

- 1). Проанализировав деятельность процедурной медицинской сестры терапевтического отделения можно сделать следующий вывод. Процедурная медицинская сестра играет очень важную роль в терапевтическом отделении. Она должна уметь профессионально проводить огромное количество, порой жизненно важных для пациента манипуляций. Таким образом, медицинская сестра должна быть и профессионалом своего дела, и педагогом-психологом, и консультантом, и другом пациента. Тогда звание медицинская сестра будет звучать гордо.
- 2). Уход за больными играет важную профилактическую роль в развитии некоторых заболеваний и их осложнений. Так, своевременные и правильно проведены мероприятия по уходу за кожей или, например, за слизистой оболочкой полости рта способны задержать развитие трофических или инфекционных, воспалительных заболеваний, ротовой полости и желудочно-кишечного тракта.
- 3) В пункте пожелания и замечания большое количество пациентов отметило хорошую работу медицинских сестер процедурного кабинета, указав, что медицинской сестры внимательны, отзывчивы. По показателям проведенного анкетирования можно сделать следующие выводы, почти большое количество опрошенных пациентов считают медицинскую сестру помощником в лечении заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ

1. Вебер В. Р. Основы сестринского дела. М.: Издательство «Медицина», 2018. - 496 с.
2. Двойников С. И. Основы сестринского дела. М.: Издательство «Академия», 2016. - 336 с.
3. Котельников Г. П. Сестринское дело. Ростов-на-Дону: Издательство «Феникс», 2017. - 704 с.
4. Кулешова Л. И. Основы сестринского дела. Ростов-на-Дону: Издательство «Феникс», 2017. - 736 с.
5. Лычев В.Г., Карманов В.К. Основы сестринского дела в терапии- Ростов - на - Дону: Феникс, 2016 - 512с.
6. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Семенов Н.Н. Сестринское дело в терапии- М.: Медицинское информационное агентство, 2016 - 544с.
7. Мухина С.А., Тарковская И.И. Теоретические основы сестринского дела - М., 2016.- 56с.
8. Мышкина А. К. Сестринское дело. Справочник. М.: Издательство «Дрофа», 2018. - 256 с.
9. Обуховец Т. П. Основы сестринского дела. Практикум. Ростов-на-Дону: Издательство «Феникс», 2017. - 608 с.
10. Обуховец Т.Н. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи- Ростов - на - Дону: Феникс, 2016.- 416с.
11. Ослопов В.Н., Богоявленская О.В., Общий уход за больными в терапевтической клинике- М.: ГЕОТАР - Медиа, 2016 - 464с.
12. Отвагина, Т.В. Терапия- Ростов - на - Дону: Феникс, 2016.- 368с.
13. Смоляева Э.В., Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи- Ростов - на - Дону: Феникс, 2017 - 474с.
14. Сопина З. Е. Современная методология сестринского дела. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2017. - 256 с.
15. Спринц А. М. Основы сестринского дела. С-Пб.: Издательство

«СпецЛит», 2016- 464 с.

16. Фролькис, Л.С. Терапия с курсом первичной медицинской помощи. - М.: ГЕОТАР - Медиа, 2018 - 448с.

17. Шутов Э.Ю., Аподиакос Е. В. Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи.- Ростов - на - Дону: Феникс, 2017 - 538с.

18. Яровинский М.Я. Медицинский работник и пациент // Медицинская помощь. - 2016. - №3.

19. Э.В.Смолева Сестринский уход в терапии – 2016 15с



Рис.1 Шкаф для хранения лекарств



Рис.2 Процедурный кабинет терапевтического отделения



Рис.3 Кварцевая лампа



Рис.4 Облучатель бактерицидный



Рис.5 Посуда для определения группы крови



Рис.6 Мешок Амбу



Рис.7 Кардиомонитор



Рис.8 Дефибриллятор



Рис.9 Глюкометр



Рис.10 Ларингоскоп



Рис.11 Аппарат ИВЛ

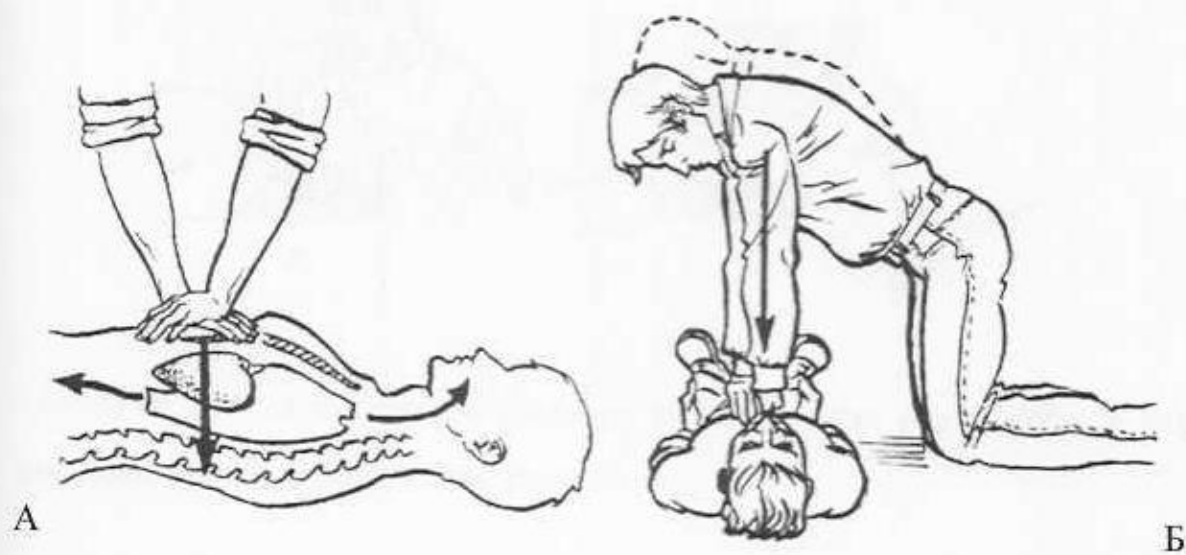


Рис.12 Выполнение непрямого (закрытого) массажа сердца:
 а - положение рук; б - момент надавливания на грудину

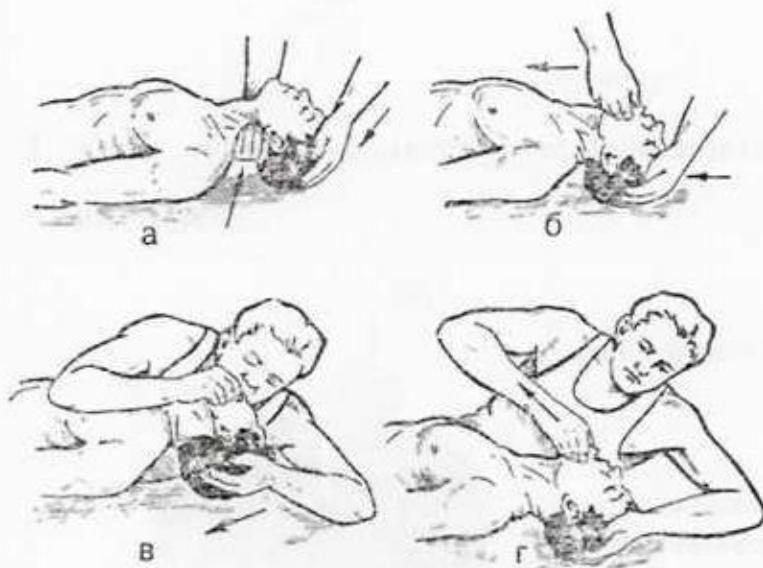


Рис.13 Методика проведения искусственного дыхания методом «рот в рот»: а – запрокидывание головы пострадавшего, б – открывание рта, в – вдох, г – выдох

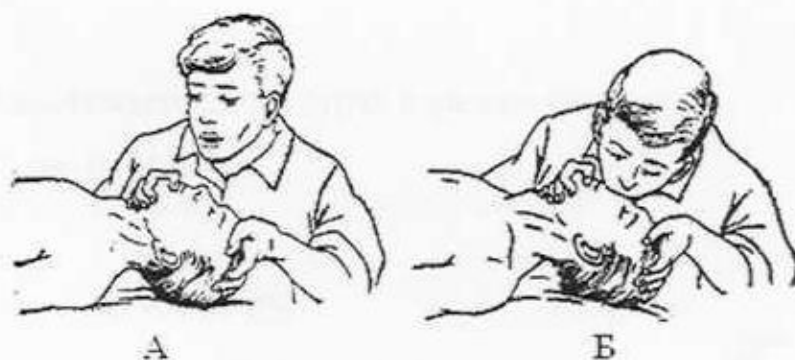
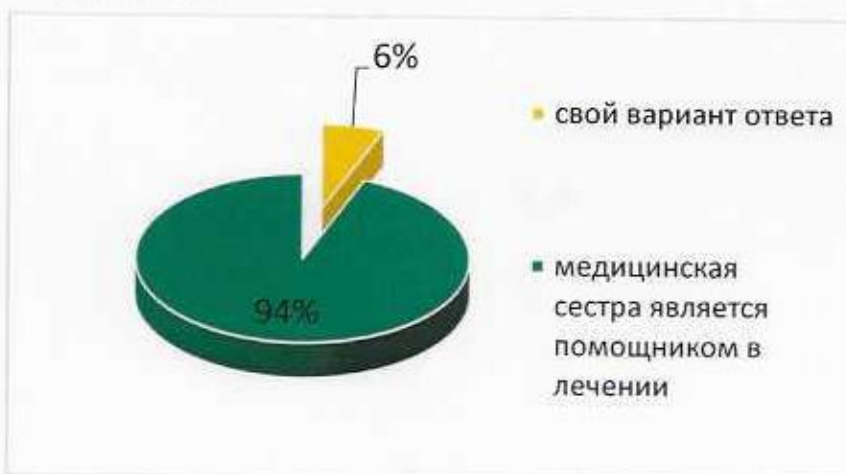


Рис.14 Искусственное дыхание методом «изо рта в нос»: а – выдох пострадавшего; б – вдувание воздуха

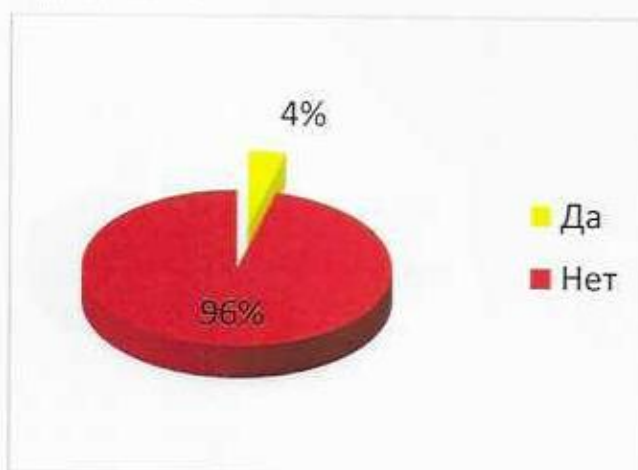
Анкета

1. Какие чувства вызывает у вас медицинская сестра, которая делает вам инъекции?



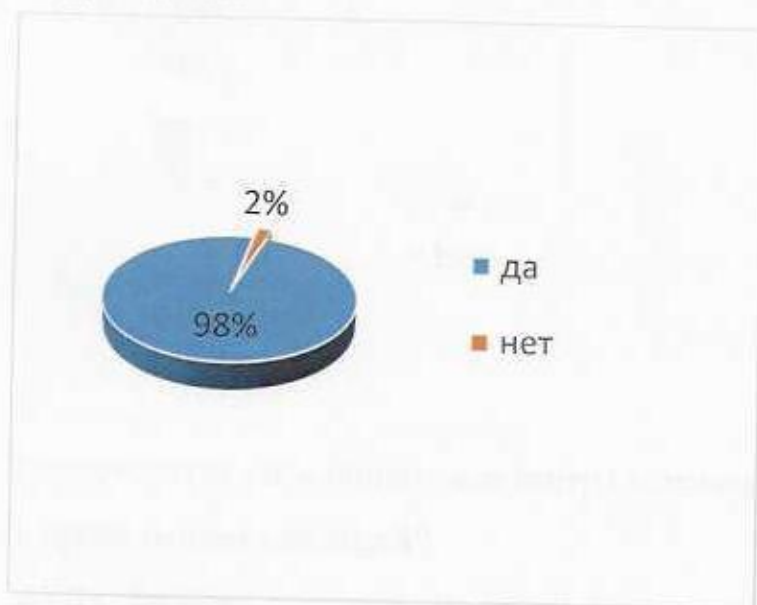
2. Испытываете ли вы страх перед инъекцией?

А) Да Б) Нет



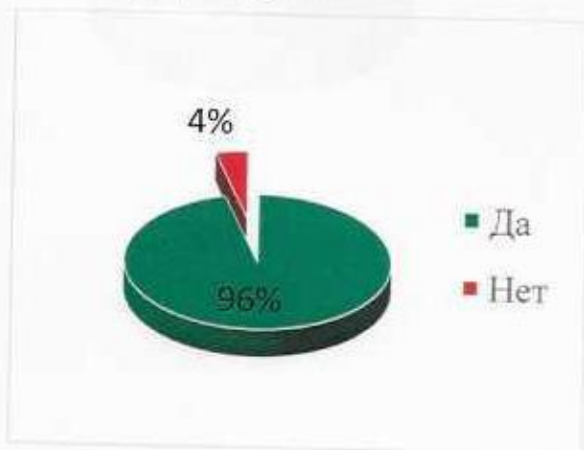
3. Объяснила ли вам медицинская сестра о необходимости и ходе проведения инъекции?

А) Да Б) Нет



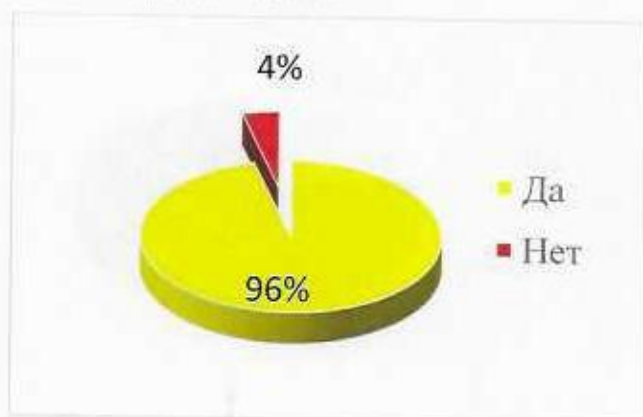
4. Верите ли вы в эффективность проводимых Вам инъекций?

А) Да Б) Нет



5. Предупреждает ли вас медицинская сестра о возможных неприятных ощущениях при инъекциях?

А) Да Б) Нет



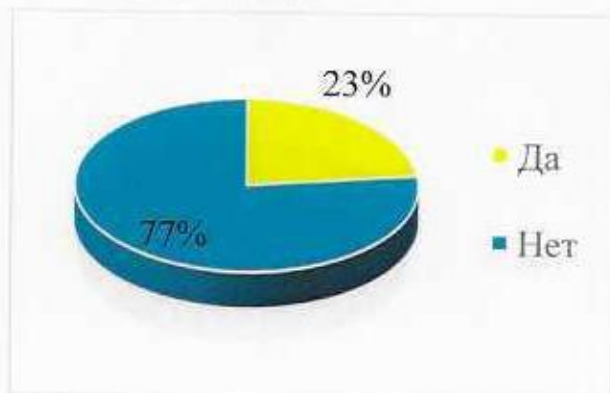
6. Интересуется ли медицинская сестра вашими проблемами, связанными с проведением инъекций?

А) Да Б) Нет



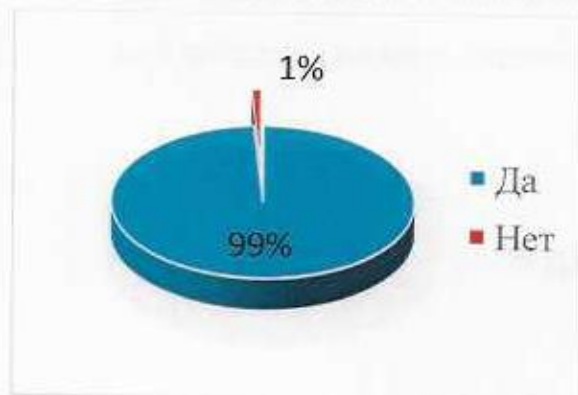
7. Возникали ли у Вас осложнения или проявлялись побочные эффекты вводимых вам препаратов при проведении инъекций или после них?

А) Да Б) Нет



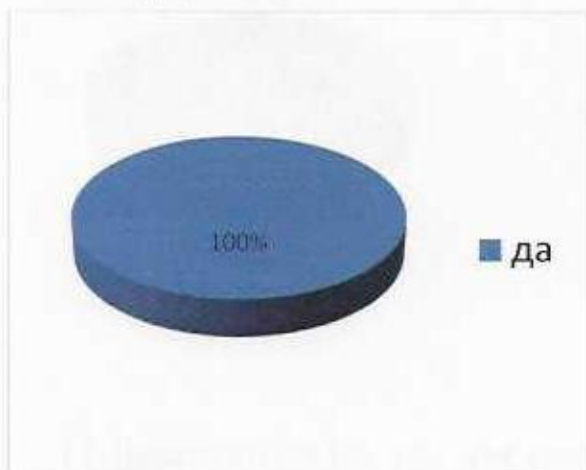
8. Оставляют ли вам после инъекции спиртовую салфетку:

А) оставляют Б) не оставляют



9. Обращает ли медицинская сестра внимание на наличие у Вас гематом, уплотнений после инъекций?

А) Да Б) Нет



10. Рекомендует ли вам медицинская сестра какие-либо меры профилактики осложнений (йодные сеточки, мази, компрессы)?

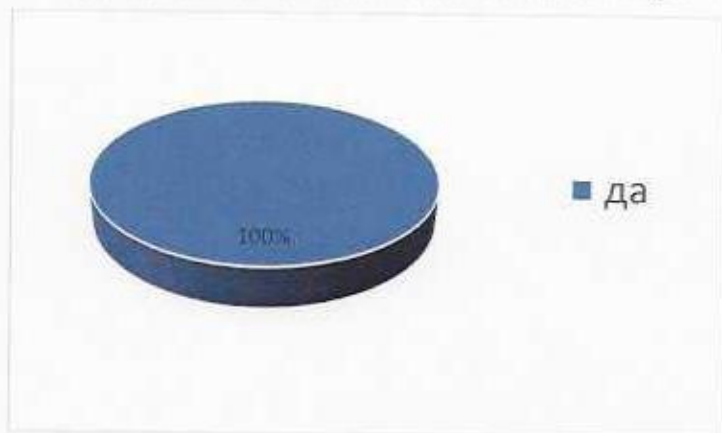


11. Вам делают инъекции в перчатках?

А) Да Б) Нет



12. Довольны ли Вы тем, как медсестра с Вами общается?

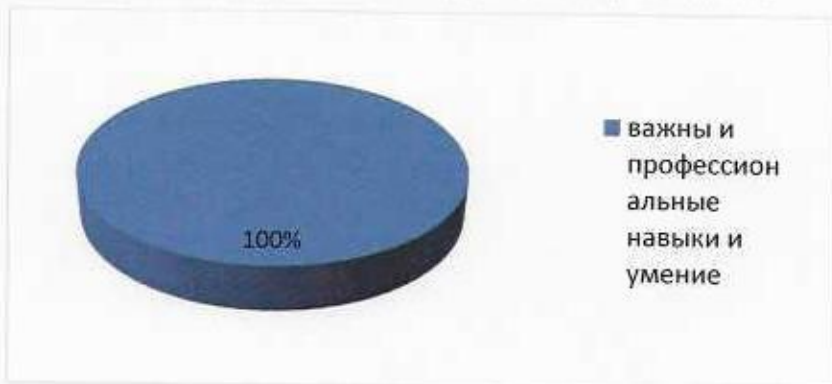


13. Что для Вас важнее в работе медицинской сестры:

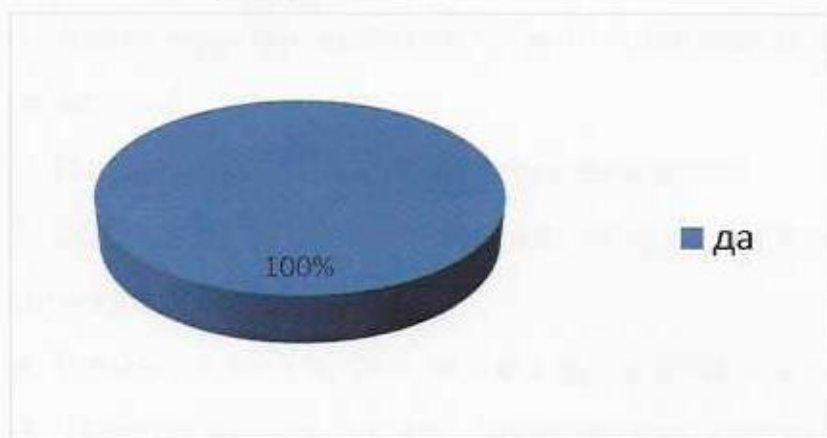
а) профессиональные навыки

б) умение общаться с пациентом

в) важны и профессиональные навыки и умение



14. Спросила ли вас медицинская сестра о наличии у Вас аллергии на какой-либо препарат?



Анкета

1. Какие чувства вызывает у вас медицинская сестра, которая делает вам инъекции?
2. Испытываете ли вы страх перед инъекцией?
3. Объяснила ли вам медицинская сестра о необходимости и ходе проведения инъекции?
4. Верите ли вы в эффективность проводимых вам инъекций?
5. Предупреждает ли вас медицинская сестра о возможных неприятных ощущениях при инъекциях?
6. Интересуется ли медицинская сестра вашими проблемами, связанными с проведением инъекций?
7. Возникали ли у вас осложнения или проявлялись побочные эффекты вводимых вам препаратов при проведении инъекций или после них?
8. Оставляют ли вам после инъекции спиртовую салфетку?
9. Обращает ли медицинская сестра внимание на наличие у вас гематом, уплотнений после инъекций?
10. Рекомендует ли вам медицинская сестра какие-либо меры профилактики осложнений (йодные сеточки, мази, компрессы)?
11. Вам делают инъекции в перчатках?
12. Довольны ли вы тем, как медицинская сестра с вами общается?
13. Что для вас важнее в работе медицинской сестры:
 - а) профессиональные навыки
 - б) умение общаться с пациентом
 - в) важны и профессиональные навыки, и умение
14. Спросила ли вас медицинская сестра о наличии у вас аллергии на какой-либо препарат?