

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ,
НАПРАВЛЕННАЯ НА ПРОФИЛАКТИКУ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ**

Дипломная работа студентки
очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051506
Трегубенко Екатерины Геннадьевны

Научный руководитель
преподаватель Поленова Н. А.

Рецензент
старшая медицинская сестра
хирургического отделения №1
ОГБУЗ «Белгородский
онкологический диспансер»
Заздравных Е. Н.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	6
1.1. Виды и этиология возможных постинъекционных осложнений	6
1.2. Назначения и функции процедурного кабинета лечебного учреждения	11
1.3. Сестринская деятельность, направленная на профилактику возможных постинъекционных осложнений	18
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ВОЗМОЖНЫХ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРОЦЕДУРНОГО КАБИНЕТА.....	26
2.1. Общая организационная характеристика работы ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода».....	26
2.2. Анализ изучения роли медицинской сестры в профилактике постинъекционных осложнений в условиях ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода»	27
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	45
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	47
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Современная медицина немыслима без парентерального способа применения лекарственных средств. Так, по данным исследователей, в России ежедневно выполняется свыше 1 млн. инъекций с целью лечения, иммунизации и диагностических исследований. Параллельно с увеличением числа инъекций нарастает и число постинъекционных осложнений.

Лекарственные средства при парентеральном способе применения лекарственных средств поступают в кровь в неизменном виде. Медицинская сестра должна знать, что этот метод требует соблюдения строгих правил асептики и антисептики. При нарушении стерильности в организм могут попасть патогенные микроорганизмы и вызвать тяжелые осложнения, например, сепсис, инфицирование организма пациента парентеральными гепатитами и ВИЧ-инфекцией. Статистика свидетельствует, что и после введения в практику одноразовых шприцев, применения высокоэффективных антибиотиков и сульфаниламидов количество постинъекционных осложнений, требующих оперативного вмешательства, не уменьшилось. В связи с этим их профилактика является актуальной проблемой современной медицины.

Пациенты и медицинские работники в большинстве случаев возникновения постинъекционных осложнений связывают с нарушением асептики и антисептики со стороны медицинской сестры, что ведет за собой тщательное расследование со стороны работников центров гигиены и эпидемиологии. Между тем, до последнего времени остается недостаточно изучена профессиональная деятельность процедурной медсестры, направленная на профилактику постинъекционных осложнений. С учетом этого был сделан выбор темы данного исследования.

Целью исследования: изучить профессиональную деятельность медицинской сестры, направленную на профилактику постинъекционных осложнений.

Объект исследования: постинъекционные осложнения.

Предметом исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры процедурного кабинета, направленная на профилактику постинъекционных осложнений.

Гипотеза исследования состоит в том, что при проведении профилактических мероприятий, риск возникновения возможных постинъекционных осложнений снизится.

Задачи исследования:

1) изучить виды, причины и профилактику постинъекционных осложнений;

2) определить назначения и функции процедурного кабинета в лечебном учреждении;

3) провести анализ профессиональной деятельности медицинской сестры процедурного кабинета, направленной на профилактику возможных постинъекционных осложнений;

4) разработать практические рекомендации для процедурных медицинских сестёр по профилактике постинъекционных осложнений.

Теоретической основой явились труды и монографии ряда авторов: П.С. Андреевой, Е.А. Крюкова, А. Д. Макацария, М. В. Данилова, Н.Б. Карпова и др.

Методы исследования:

- теоретический;
- эмпирический: обработка статистических данных, анализ медицинских документов, опрос, наблюдение.

Теоретическая значимость исследования состоит в рассмотрении перспектив улучшения работы процедурных медсестер в сфере профилактики постинъекционных осложнений.

Практическая значимость исследования состоит в возможности использования, полученных в ходе исследования результатов деятельности процедурных медсестер для разработки мероприятий по совершенствованию системы профилактики постинъекционных осложнений.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

1.1 Виды и этиология возможных постинъекционных осложнений

Постинъекционные осложнения – это осложнения, которые могут возникнуть после всех видов инъекций. Около 90% постинъекционных осложнений имеют бактериальное происхождение. В настоящее время основную этиологическую роль в возникновении постинъекционных осложнений играют патогенные стафилококки. Золотистый стафилококк является одним из главных возбудителей постинъекционных осложнений (80,1%), гораздо реже - синегнойная палочка (5,2%). Встречаются бактерии рода протей, эшерихия коли [1, с. 5].

Этиология и патогенез постинъекционных воспалительных осложнений недостаточно изучены. Так, в этиологии постинъекционных воспалительных осложнений рассматриваются два основных пути проникновения возбудителей инфекции: первичное (экзогенное) и вторичное (эндогенное) инфицирование.

Причинами возможных постинъекционных осложнений является:

- 1) нарушение правил асептики и антисептики;
- 2) нарушение техники выполнения манипуляций;
- 3) халатность медработника;
- 4) не собран аллергоanamнез.

Выделяют следующие нарушения, которые не должна допускать медицинская сестра:

- 1) наличие у персонала на руках длинных ногтей, маникюра, колец;
- 2) работа без перчаток;
- 3) не дезинфицируется место подреза ампул;
- 4) использование раствора новокаина или стерильной воды в емкостях больше 50 мл;

- 5) использование нестерильных перевязочных материалов;
- 6) не контролируются сроки сохранения стерильного инъекционного инструментария, перевязочного материала;
- 8) сборка инъекционного инструментария проводится руками или пинцетом с нарушением правил асептики;
- 9) некачественная подготовка инъекционного поля.

В результате парентерального способа введения лекарственных средств возможны различные постинъекционные осложнения. В рамках данного исследования считаем важным подробно изучить их.

Инфильтрат - рефлекторное раздражение тканей вокруг выполнения инъекции или уплотнение в месте инъекции (при подкожной и внутримышечной инъекций) [15].

Причинами постинъекционных инфильтратов являются:

- 1) несоблюдение правил асептики;
- 2) выполнение в/м инъекций короткой иглой (при попадании в жировую клетчатку);
- 3) неточный выбор места инъекции;
- 4) частые инъекции в одно и то же место;
- 5) быстрое введение сильно раздражающего вещества (25% р-р магния сульфата, 50% р-р анальгина, антибиотики и др.).

Лечить постинъекционный инфильтрат можно в домашних условиях. Очень хорошо для этого подходит мазь Вишневского или Левомеколь. Так же на поверхности кожи можно нарисовать йодную сеточку, наложить согревающий компресс или грелку.

Поломка иглы может быть при выполнении подкожной и внутримышечной инъекций.

Причинами поломки иглы могут быть:

- 1) выполнение в/м инъекций в положении больного стоя;
- 2) резкое сокращение мышц ягодицы, если не проведена перед инъекцией психопрофилактическая беседа;

3) введение иглы до самой канюли.

Абсцесс - гнойное воспаление мягких тканей с образованием полости, заполненной гноем. Причинами являются те же нарушения, что и при образовании инфильтрата. Лечение абсцесса направлено на отток гноя хирургическим путем.

Липодистрофия - атрофия подкожно-жировой клетчатки. Наблюдается чаще у больных сахарным диабетом.

Причинами данного осложнения могут быть:

- 1) выполнение инъекций в одно и то же место;
- 2) несоблюдение правил введения инсулина.

Флегмона - острое гнойное воспаление подкожной жировой клетчатки.

Причинами являются те же нарушения, что и при образовании инфильтрата.

Лечение зависит от стадии осложнения:

- 1) на стадии инфильтрации - согревающий компресс, грелка;
- 2) на стадии гнойного воспаления - хирургическое вмешательство; отток гноя [2, с. 155].

Повреждение надкостницы – возможно при выполнении в/м инъекций.

Причинами ее могут быть:

- 1) выполнение инъекций в бедро под углом 90 градусов;
- 2) выполнение инъекций в бедро слишком длинной иглой.

Повреждение нервных стволов могут быть:

- а) неврит - воспаление нерва;
- б) паралич - выпадение функции.

К причинам повреждения нервных стволов относятся:

- 1) неправильный выбор места инъекции (механические повреждения);
- 2) химическое раздражение - депо лекарственных средств находится рядом с нервом;
- 3) закупорка сосуда, питающего нерв.

Медикаментозная эмболия – закупорка кровеносного сосуда масляным раствором или суспензией.

Причиной является попадание масляных растворов при п/к или в/м введении.

При эмболии легочных сосудов возникают приступ удушья, кашель, цианоз верхней половины туловища. Это осложнение чаще всего заканчивается летальным исходом пациента.

Аллергические реакции подразделяются на два типа:

1) замедленного типа: острый насморк, острый конъюнктивит, крапивница, отека Квинке, анафилактический шок;

2) немедленного типа: анафилактического шок.

Признаками анафилактического шока являются: 1) общее покраснение кожи; 2) сыпь; 3) приступы кашля; 4) нарушение ритма и дыхания; 5) рвота; 6) снижение АД; 7) сердцебиение; 8) аритмия. Чем быстрее развивается шок, тем хуже прогноз для пациента.

Причиной может быть введение вещества, которое организм не воспринимает (чаще всего это пенициллин, новокаин, анальгин и др.).

Отдаленными постинъекционными осложнениями являются: а) парентеральные гепатиты (инкубационный период 2-6 мес.); б) ВИЧ-инфекция (инкубационный период до 6 месяцев). Причинами парентеральных гепатитов и ВИЧ-инфекций могут быть:

1) выполнение инъекций одним шприцем и одной иглой нескольким больным;

2) грубое нарушение правил асептики, предстерилизационной очистки и стерилизации инструментов;

3) ошибочное введение лекарственных препаратов; 4) халатность медицинских сестер [14].

Воздушная эмболия – это закупорка просвета кровеносного сосуда воздухом. В последствие может быть некроз ткани и эмболия легочной

артерии. Причиной этого осложнения является введение воздуха в кровеносный сосуд.

Флебит - воспаление вены. Тромбофлебит - воспаление вены с образованием в ней тромба. К признакам данных осложнений относятся: боль, гиперемия кожи, образование инфильтрата по ходу вены.

Причинами являются: 1) частые венопункции одной и той же вены; 2) несоблюдение правил асептики.

Некроз тканей - омертвление тканей. Причинами некроза тканей может быть: 1) неудачная венопункция или при ошибочном введении подкожно значительного количества сильно раздражающего вещества; 2) попадание подкожно 10% хлористого кальция и других растворов, предназначенных для в/в введения.

Лечение можно проводить в домашних условиях: накладывать согревающий компресс.

Гематома - это кровоизлияние под кожу при внутривенной инъекции. Причиной является: неумелая венопункция, когда стенка вены проколота с обеих сторон.

Сепсис – это тяжелое инфекционное заболевание в результате заражения крови. Причинами сепсиса являются: 1) грубейшее нарушение правил асептики при внутривенных инъекциях или вливаниях; 2) использование нестерильных инструментов.

Пирогенная реакция - развивается при внесении в сосудистое русло пациента пирогенных веществ. Признаком пирогенной реакции является общее недомогание, лихорадка, головная боль, озноб. Причинами могут быть: 1) использование нестерильных растворов; 2) нарушение правил асептики; 3) использование холодных растворов.

Таким образом, процедурная медицинская сестра должна знать виды, этиологию и признаки возможных постинъекционных осложнений.

1.2. Назначения и функции процедурного кабинета лечебного учреждения

Процедурный кабинет – это специально оборудованный кабинет для проведения различных лечебно-профилактических процедур. Он имеется во всех лечебных учреждениях.

Процедурный кабинет является местом выполнения различных лечебных и диагностических манипуляций. В этом кабинете все процедуры проводятся только по назначению врачей, строго соблюдая все правила асептики.

Изначально он создавался при больницах и поликлиниках с целью ограждения пациентов от заражения внутрибольничной инфекцией, к которым последние наиболее подвержены при проведении всевозможных инвазивных манипуляций [3, с. 123].

В дальнейшем процедурный кабинет стал обязательной частью практически любого медицинского учреждения. Кабинет может иметь особенности в зависимости от того, к какому лечебному учреждению принадлежит: стационару, медицинскому центру или поликлинике, хирургическому отделению или терапевтическому. Но всё же есть общие принципы устройства и работы процедурных кабинетов.

Кроме этого, процедурный кабинет служит местом доврачебной медицинской помощи, в том числе и экстренной, выполняемой квалифицированной процедурной медицинской сестрой.

Процедурный кабинет должен быть размещен в отдельном помещении площадью не менее 12м². В отделениях с двумя палатными секциями предусматривается не менее двух процедурных.

В инфекционных отделениях, состоящих из боксов, процедурные кабинеты должны иметь наружный выход и шлюз при входе из коридора. Стены должны быть облицованы глазурованной плиткой до потолка или покрыты влагостойкой матовой краской. Потолок должен быть также покрыт

влагостойкой краской. Допускается применение подвесных потолков при условии, что будут использованы конструкции и материалы, обеспечивающие герметичность, гладкость поверхности и возможность проведения их влажной очистки и дезинфекции. Полы должны быть покрыты влагонепроницаемыми материалами: линолеум, плитка и другие материалы. При использовании линолеумных покрытий края линолеума у стен должны быть плотно закреплены между стеной и полом, подведены под плинтуса. Швы примыкающих друг к другу листов линолеума должны быть тщательно пропаяны [13, с. 24].

Поверхности отопительных приборов должны иметь гладкую поверхность, устойчивую к ежедневному воздействию моющих и дезинфицирующих растворов. Отопительные приборы размещают у наружных стен под окнами, без ограждений.

Косметический ремонт помещения процедурного кабинета проводится ежегодно. Устранение текущих дефектов: ликвидация протечек на потолках и стенах, следов сырости, плесени, заделка трещин, щелей, выбоин, отслоившейся облицовочной плитки, дефектов напольных покрытий должно проводиться незамедлительно [5, с. 99].

Помещение процедурного кабинета должно иметь естественное, общее локальное искусственное освещение. Искусственное освещение может осуществляться как люминесцентными, так и лампами накаливания. Светильники общего освещения должны быть со сплошными рассеивателями.

Процедурный кабинет должен быть оборудован закрытыми, открытыми или комбинированными лампами ультрафиолетового бактерицидного излучения. Количество их рассчитывается в соответствии с Руководством РЗ.5. 1904–04 «Использование ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха и поверхностей в помещениях».

Оснащениями процедурного кабинета:

- 1) центральное и местное освещение;
- 2) центральное отопление, бактерицидная лампа;

- 3) 2 мойки (для рук и инструментов);
- 4) полотенце индивидуальное;
- 5) медицинский шкаф для хранения лекарственных средств;
- 6) холодильник;
- 7) штативы для капельниц;
- 8) кушетки для пациентов;
- 9) электроотсос;
- 10) укладка «Форма –50»;
- 11) сейф;
- 12) стол со стерильной поверхностью;
- 13) рабочий стол.

Оборудование процедурного кабинета:

- 1) секционная мойка с подводкой горячей и холодной воды;
- 2) кран с локтевым управлением;
- 3) дозаторы (локтевые) с жидким антисептическим мылом и раствором антисептика;
- 4) диспенсер для бумажных полотенец;
- 5) зеркало;
- 6) емкости для дезинфекции шприцев, систем, шариков и салфеток;
- 7) емкости для утилизации отходов в соответствии с требованиями биологической безопасности;
- 8) приточно-вытяжная вентиляция с механическим побуждением и естественной вентиляцией через форточки, фрамуги и т.д., с системой фиксации;
- 9) система кондиционирования воздуха.

При расстановке оборудования процедурного кабинета выделяется зона ограничения передвижения (зона особой стерильности), в которой имеет право работать только процедурная медсестра «готовая» к работе, а так же в процедурном кабинете выделяют асептическую, рабочую и хозяйственную зону [12].

В зоне ограничения передвижения находится стол со стерильной поверхностью и рабочий стол (для манипуляций). На рабочем столе имеются флакон со спиртом, пилочки, стерильные емкости с 6% перекисью водорода для сохранения стерильности пинцетов, зажим, лоток – 2 шт., емкости со стерильными шариками.

В рабочей зоне процедурного кабинета располагаются кушетка, холодильник, рабочий и второй манипуляционный стол. На втором манипуляционном столе размещаются штативы с пробирками для крови, локтевой валик и жгут.

Все медицинские документы располагаются на рабочем столе процедурной медицинской сестры.

Холодильник предназначен для хранения при температуре +2°C - +8°C лекарственных и биологических препаратов. В холодильнике должен быть термометр. Ведется журнал температурного режима холодильника.

В рабочей зоне выполняются манипуляции, и заполняется медицинская документация [6, с.146].

Хозяйственная зона включает в себя:

- 1) раковину для мытья рук (желательно с локтевым вентилем);
- 2) раковина для промывания инструментов после дезинфекции;
- 3) емкости для дезинфицирующих средств;
- 4) контейнеры для дезинфекции инструментов: все емкости промаркированы;
- 5) емкости для отходов классов А и Б;
- 6) одноразовые полотенца для рук;
- 7) вешалка для халата пациента.

Контейнеры с дезинфицирующими средствами промаркированы: «Для дезинфекции поверхностей», «Для дезинфекции одноразовых шприцев», «Для дезинфекции инструментов», «Для дезинфекции ватных шариков и марлевых тампонов» и специальный контейнер с дезинфицирующим средством «Для колющих и режущих инструментов» и т.д. Число емкостей определяется

способом утилизации отходов. В тумбочке хранится трехдневный запас дезинфицирующего препарата, моющее и чистящее средства, чистая сухая ветошь, мерная посуда).

Мебель процедурного кабинета должна иметь влагостойкие поверхности, подлежащие дезинфекции.

В зоне ограничения находится медицинский шкаф с лекарственными препаратами, стерильными материалами в упаковке и манипуляционный стол. Стерильные материалы в упаковке должны храниться на отдельной полке. Лекарственные средства размещают в шкафу в соответствии с требованиями фармопорядка.

Хранение лекарственных средств регламентируется приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 августа 2010 года N 706н «Об утверждении Правил хранения лекарственных средств». Стерильные упаковки с одноразовыми шприцами, периферическими катетерами, иглами и инфузионными системами на день работы хранятся в выдвижном ящике манипуляционного стола [7, с. 115].

Документация процедурного кабинета:

1. Журнал учета лекарственных препаратов списков «А» и «Б» для парентерального введения;
2. Журнал учета инъекций (отдельно для в/к, в/м, п/к, в/в, вливаний);
3. Журнал учета генеральных уборок;
4. Журнал регистрации кварцеваний;
5. Журнал учета переливания крови и кровезаменителей;
6. Журнал учета спирта;
7. Журнал учета шприцев;
8. Журнал учета исследований крови на RV, ВИЧ, и т.д.;
9. Направления на исследование крови;
10. Журнал температурного режима холодильника;
11. Журнал учёта введения антибиотиков;
12. Журнал учёта дезинфицирующих средств;

13. Журнал сдачи смены.

В процедурном кабинете запрещается:

- 1) Работать неисправными инструментами, применять неисправное оборудование;
- 2) Находиться при включенных незранированных бактерицидных лампах;
- 3) Хранить и применять препараты в поврежденной таре, без этикеток, просроченные лекарственные средства;
- 4) Оставлять без присмотра работающее электрооборудование;
- 5) Работать без установленной санитарно – гигиенической одежды и других средств индивидуальной защиты;
- 6) Хранить пищевые продукты в холодильнике для лекарственных средств;
- 7) Хранить личные предметы, одежду на рабочем месте;
- 8) Пользоваться косметикой, курить, принимать пищу на рабочем месте.

В процедурном кабинете проводятся манипуляции, которые выполняются парентеральным путём введения лекарственных средств.

Парентеральный путь введения лекарственных средств - это подкожные, внутрикожные, внутримышечные, внутриартериальные, внутрикостные, внутривенные инъекции, при осуществлении которых лекарства попадают в кровь, минуя желудочно-кишечный тракт.

Подкожное введение лекарственных средств обеспечивает хорошую биологическую фильтрацию их через мембраны клеток и капиллярной стенки. Этим путём можно вводить водные и масляные растворы.

Внутримышечное введение является одним из самых частых способов парентерального введения лекарств. Используют депо-препараты и масляные растворы [4, с. 125].

Внутривенное введение препаратов производят струйным или капельным способом. В вену вводят только водные, иногда спиртовые растворы с концентрацией спирта не более 30%.

Внутриартериальное введение используется достаточно редко. Обычно этот способ используют для введения диагностических, рентгеноконтрастных ЛС при ангиографии.

Внутрикостное введение лекарственных средств (в большеберцовую кость, в грудину, пяточную кость) используют при невозможности внутривенного или внутримышечного введения. По скорости распределения вещества в организме этот путь приближается к внутривенному способу введения.

К преимуществам парентерального пути введения лекарственных средств относятся:

1. Достижение быстрого эффекта – применение в неотложной помощи;
2. Возможность резкого прекращения введения препарата;
3. Точность дозировки;
4. Отсутствие влияния ферментов ЖКТ на лекарственные вещества;
5. Независимость от состояния пациента.

К недостаткам парентерального пути введения лекарственных средств относятся:

1. Обязательное участие специалиста, владеющего профессиональными компетенциями;
2. Неудобство введения (нужно иметь шприцы, иглы, делать инъекцию и т.д.);
3. Страх пациента перед введением;
4. Возможность возникновения постинъекционных осложнений.

Таким образом, процедурная медицинская сестра должна знать, что парентеральный метод введения лекарственных средств, требует соблюдения строгих правил асептики и антисептики. При нарушении стерильности в

организм могут попасть патогенные микроорганизмы и вызвать тяжелые осложнения, например, сепсис, инфицирование организма пациента парентеральными гепатитами и ВИЧ-инфекцией, что приводит к развитию тяжелейших постинъекционных осложнений [9, с. 12].

1.3. Сестринская деятельность, направленная на профилактику возможных постинъекционных осложнений

Медицинская сестра – это специалист со средним специальным медицинским образованием в области сестринского дела. Медицинская сестра относится к среднему медицинскому персоналу, является младшим специалистом (это указано в дипломе медсестры) по отношению к врачу.

На должность процедурной медицинской сестры назначается лицо со средним медицинским образованием по специальности «Сестринское дело» или «Лечебное дело» имеющее соответствующий сертификат.

Процедурная сестра организует работу кабинета, выполняет назначенные процедуры. Именно процедурная медицинская сестра несёт ответственность за шприцы и капельницы, назначенные врачом. Так же она занимается сбором анализов [14, с. 55].

В должностные обязанности процедурной медицинской сестры входят:

- 1) подготовка процедурного кабинета к работе;
- 2) проведение назначенных лечебных процедур, разрешенных для выполнения средним медицинским персоналом;
- 3) помощь при выполнении врачебных манипуляций;
- 4) проведение забора крови из вены для диагностических исследований;
- 5) строгий учет и хранение лекарств группы А и В, обеспечение наличия средств оказания неотложной медицинской помощи;
- 6) соблюдение правил асептики и антисептики в процедурных кабинетах;
- 7) подготовка изделий медицинского назначения, белья к стерилизации;

- 8) контроль санитарно-гигиенического содержания процедурного кабинета;
- 9) ведение необходимой учетно-отчетной документации;
- 10) повышение профессиональной квалификации;
- 11) проведение пропаганды здорового образа жизни среди больных и их родственников;
- 12) профилактика постинъекционных осложнений;
- 13) строжайшее соблюдение требований инфекционного контроля в процедурном кабинете как зоне пристального внимания: санитарно-гигиенические требования к помещению, оборудованию и оснащению; личная гигиена и одежда; санитарно-противоэпидемический режим работы; требования дезинфекции и стерилизации; соблюдение правил асептики и антисептики при проведении процедур [12].

Обязанности процедурной медицинской сестры по подготовке процедурного кабинета к работе заключаются в следующем:

- 1) подготовка дезинфектантов для шприцев, игл, перчаток, оборудования, ватных и марлевых шариков;
- 2) обрабатывает все рабочие поверхности стерильной ветошью, смоченной дезинфектантом;
- 3) включает бактерицидный облучатель на 60 минут;
- 4) готовит биксы;
- 5) накрывает рабочий стол для лекарств и инструментов;
- 6) готовит медицинскую документацию.

Первостепенным методом профилактики постинъекционных осложнений является соблюдение процедурной медицинской сестрой требований к ее внешнему виду. Медицинская сестра – образец чистоты и аккуратности, она имеет постоянный контакт с больными в любом лечебном учреждении, поэтому должна тщательно следить за собой. Важно строго соблюдать личную гигиену: чистое тело, чистые руки, коротко остриженные, вычищенные, ногти без лакового покрытия. Доказано, что в лаковом покрытии ногтей со временем

образуются микротрещины, которые в свою очередь являются отличной средой для размножения микробной флоры. За руками медицинская сестра должна следить постоянно. Если возникает сухость кожи, желательна смазывать руки кремом или маслом [15, с. 10]. Одежда медсестры – установленная форма по нормам лечебного учреждения, должна быть чистой и выглаженная, сменная обувь должна легко поддаваться дезинфекции. Медсестра не должна покидать территорию больницы в спецодежде. Волосы должны быть чистыми и спрятанными под шапочку. Кольца и браслеты снимаются в начале рабочего дня перед мытьем рук.

Подготовка процедурного кабинета проводится процедурной медицинской сестрой. К проведению уборок допускаются лица, достигшие возраста 18 лет, прошедшие периодический и предварительный медосмотры. Не стоит допускать к работе персонал с повышенной чувствительностью и аллергией на дезинфицирующие средства.

Перед тем как приступить к работе персонал должен пройти два вида обучения по санитарно-эпидемиологическому режиму и уборкам: гигиеническое обучение и аттестацию в центрах эпидемиологии и гигиены, и инструктаж на рабочем месте.

В первую очередь, при подготовке процедурного кабинета к работе, проводится предварительная уборка с применением дезинфицирующих средств. Целью этой уборки является устранение с поверхностей пыли, накопившейся за ночь и подготовка кабинета к работе.

Для проведения уборки процедурная медицинская сестра надевает специальный халат, перчатки, маску и шапочку и использует промаркированный инвентарь с маркировкой «для предварительной уборки», салфетки, емкость. Проводится ежедневно протирание влажным способом 1% раствором регламентированного дезинфектанта всех поверхностей: оборудования в кабинете, подоконников, пола, включается кварц на 30 минут.

После проведения уборки медицинская сестра снимает спецодежду, моет руки с мылом и проводит их гигиеническую обработку кожным антисептиком.

После чего процедурная медицинская сестра готовит растворы для дезинфекции шприцов, игл, использованных шариков, перчаток, инструментов, поверхностей.

В процессе работы проводится текущая уборка для предупреждения инфекционного заражения, обеспечивается удаление опасных микроорганизмов, проводится она не менее двух раз в сутки или по мере загрязнения после каждого пациента.

Так же процедурная медицинская сестра в конце рабочего дня проводит заключительную уборку процедурного кабинета и 1 раз в 7 дней генеральную уборку процедурного кабинета в фиксированный день, по графику работы кабинета.

Заключительная уборка процедурного кабинета проводится с целью обеспечения постоянной готовности кабинета к работе. Необходимо проводить данный вид уборки ежедневно в конце рабочего дня. Процедурная медицинская сестра готовится к ней так же, как и к текущей, надевая средства индивидуальной защиты, проверяет оснащение и состояние готовности к работе всей аппаратуры и обрабатывает ее 3% растворами дезинфектантов дважды с интервалом 15 минут. Также обработке подлежат медицинское оборудование и предметы ухода за больными. Из помещения удаляют отходы класса А и В.

Медицинская сестра обрабатывает подоконники, радиаторы отопления, ширмы, ножки мебели, письменные столы, стулья, стены на высоту вытянутой руки, двери, раковины, смесители, пол. Заключительная уборка завершается 2 часовым кварцеванием помещения.

Генеральная уборка процедурного кабинета (СанПиН 2.1.3.2630-10) осуществляется согласно графику, который составляет старшая медицинская сестра, а утверждает заведующий отделением. Генеральная уборка данного режимного помещения проводится 1 раз в 7 дней.

Генеральная уборка процедурного кабинета заключается в тщательной дезинфекции, выполнении работ в защитной униформе, использовании

стерильных салфеток и сменной спецодежды, а также моюще-дезинфицирующих веществ, утвержденных ранее. В инвентаре должно быть 4 ведра: для окон, для пола, для стен, для чистой воды [10].

Стены в процедурном кабинете моют только сверху вниз по часовой стрелке. Генеральную уборку проводят раствором регламентированного дезинфектанта, обрабатывают весь инструментарий и поверхности. Сначала моют окна, потом стены 0,5% активированным раствором (50 г моющего средства, 50 г хлорамина, 20 мл аммиака и вода до 10 литров).

Стены моют ветошью, смоченной в этом растворе, затем ветошь моют в ведре с чистой водой и снова ополаскивают в растворе. Затем включают бактерицидную лампу на час. Через час дезраствор смывают проточной водой, моют пол и включают бактерицидную лампу на 30 минут.

После проведения уборки уборочный инвентарь подлежит обработке: дезинфекции, очистке, сушке. Текстильные материалы обеззараживаются путем погружения в раствор дезинфектанта, кипячением, стиркой по режиму, автоклавированию.

Губки и другой пористый материал допускаются только для мытья стекол, посуды в пищеблоках неинфекционных отделений, но должны меняться минимум раз в неделю во избежание накопления бактерий, либо должны замачиваться в моющем средстве и высушиваться после каждого использования. Остальной инвентарь очищается раствором дезинфицирующего средства [13].

Все уборки проводятся с целью обеззараживания помещения, поверхностей и инструментария от патогенных и условно патогенных микроорганизмов, наличие которых может привести к возникновению постинъекционных осложнений.

Средства индивидуальной защиты также используются медсестрой для предотвращения заражения и обсеменения рук, спецодежды, что в дальнейшем может понести за собой возникновение постинъекционных осложнений при недостаточной защите и последующей обработке.

Для проведения забора крови из вены на исследование надо иметь при себе: стерильные лоток, одноразовый шприц с иглой/вакуумную систему для забора крови, ватные шарики, пинцет; нестерильные салфетку, маску, перчатки, жгут резиновый, клеенчатую подушку, салфетку, 70% этиловый спирт, штатив с пробирками, направление на исследование и емкость с дезраствором.

Перед процедурой медицинская сестра тщательно моет руки и обрабатывает их антисептиком, после чего надевает маску и перчатки.

Пациента усаживают, либо укладывают на кушетку для предотвращения падения при возникновении обморочного состояния. Шприц и все предметы, которые понадобятся для забора, должны строго находиться в стерильном лотке [8].

Место инъекции тщательно обрабатывается двухмоментным способом стерильными ватными шариками, смоченными в 70% этиловом спирте: сверху вниз, либо круговыми движениями от центра к периферии, сначала площадью размером 10x10см, затем - 5x5см.

Упаковка шприца перед вскрытием должна проверяться на срок годности и на герметичность. Воздух из шприца всегда важно выпускать, чтобы не вызвать появление воздушной эмболии. Также важно проверять иглу на проходимость. Игла вводится срезом вверх под углом 15°, параллельно вене, чтобы не проткнуть вену дважды. Возникает ощущение попадания в пустоту (провала).

После того, как шприц был наполнен нужным количеством крови, сначала развязывается жгут, давая крови отток, затем к месту прокола прикладывается сухой ватный шарик, и лишь затем извлекается игла. Все это делается для предупреждения появления гематомы на месте прокола.

Попросить пациента перехватить ватный шарик свободной рукой и согнуть руку в локте на 10-15 минут, резко не вставать, посидеть 5 – 10 минут в процедурном кабинете.

Снять иглу со шприца с помощью специального устройства на контейнере, поместить в контейнер для использованных игл для дезинфекции.

Осторожно по стеночке вылить кровь из шприца в стерильную пробирку, на пробирке написать фамилию и номер пациента, поместить пробирку в штатив.

Шприц освободить от остатков крови в ёмкости с дезраствором для ополаскивания инструментов, набрать полный шприц дезраствора из ёмкости для дезинфекции и поместить в последнюю ёмкость. После дезинфекции шприцы помещаются в жёлтый мешок класса «Б» для утилизации.

При выполнении врачебных назначений в виде введения пациенту лекарственных препаратов парентерально (внутрикожно, подкожно, внутримышечно, внутривенно) важно точное соблюдение места введения препарата, например, введение масляного раствора внутривенно вызывает осложнение в виде масляной эмболии, а введение некоторых препаратов предназначенных для в/в инъекций подкожно может вызвать некроз тканей.

Также при длительном лечении препаратами внутривенного введения следует чередовать вены при каждом введении/через раз для предотвращения воспаления стенки вены (флебита).

При внутримышечном и подкожном введении препаратов также следует использовать способ «треугольника» или «звезды», в случае внутримышечных инъекций – для предотвращения появления инфильтратов, в случае подкожных инъекций – для предупреждения развития атрофии подкожно жировой клетчатки (липодистрофия).

После введения лекарственных препаратов следует наблюдать за состоянием пациента в течение примерно 15 минут, чтобы исключить возникновение аллергических реакций и оказать помощь при возникновении таковых.

После проведения инъекций производится дезинфекция использованного инструментария: ватные шарики замачиваются в растворе регламентированного дезинфектанта на 1 час, после чего их выбрасывают в отходы класса Б, подушечки и жгуты для внутривенных инъекций двукратно протирают раствором дезинфектанта после каждого пациента, также протираются кушетки и столы.

Выводы по 1 главе:

1. Процедурный кабинет - это обязательная часть любого лечебного медицинского учреждения. Кабинет может иметь особенности в зависимости от того, к какому лечебному учреждению принадлежит: стационару, медицинскому центру или поликлинике, хирургическому отделению или терапевтическому. Но всё же есть общие принципы устройства и работы процедурных кабинетов.

2. Причинами возможных постинъекционных осложнений является: 1) нарушение правил асептики и антисептики; 2) нарушение техники выполнения манипуляций; 3) халатность медицинской сестры; 4) неуточнение аллергоанамнеза пациента. Профилактика постинъекционных осложнений заключается в устранении их причин.

3. Около 90% постинъекционных осложнений имеют бактериальное происхождение. При нарушении стерильности в организм могут попасть патогенные микроорганизмы, что может привести к развитию тяжелейших осложнений или смерти пациента.

4. Соблюдение правил асептики и антисептики является основным методом профилактики постинъекционных осложнений. Поэтому ответственное отношение к своим обязанностям, внимательность и усердие процедурной медицинской сестры может предотвратить множество проблем пациента.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ВОЗМОЖНЫХ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРОЦЕДУРНОГО КАБИНЕТА

2.1 Общая организационная характеристика работы ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода»

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 2 г. Белгорода» основана в 1975 году, она является одним из ведущих многопрофильных учреждений для оказания экстренной и плановой помощи взрослому населению.

На сегодняшний момент больница является лечебно – профилактическим учреждением, в составе которого стационар на 1223 койки круглосуточного пребывания и 8 коек дневного пребывания, больница обслуживает 50000 население города Белгорода.

В состав больницы входит: хирургический корпус, терапевтический корпус, поликлиника №7, приемное отделение, травмпункт, кафедра, диализный центр, городской перинатальный центр.

В больнице располагаются 22 специализированных отделения, имеются лицензии на осуществление медицинской деятельности и на осуществление фармацевтической деятельности.

Функционируют следующие отделения: приемное отделение, ревматологическое отделение, неврологическое отделение, пульмонологическое отделение, терапевтическое отделение, гастроэнтерологическое отделение, отделение анестезиологии и реанимации, хирургическое отделение №1, урологическое отделение, травматологическое отделение, офтальмологическое отделение, гинекологическое отделение, отделение гнойной хирургии лор отделение физиотерапевтическое отделение, отделение функциональной диагностики, эндоскопическое отделение, клинико-диагностическая

лаборатория, отделение ультразвуковой диагностики, травматологический пункт, рентген-диагностическое отделение.

Специализированную медицинскую помощь оказывают 313 врачей, из которых 70% имеют высшую и первую квалификационную категорию, 790 средних медицинских работников из которых 65% имеют высшую и первую категорию.

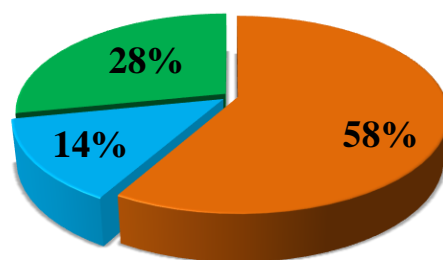
Помимо лечебной базы в больнице имеется также современное многофункциональное диагностическое оборудование, в том числе магнитно – резонансный и компьютерный томографы, эндоскопические и ультразвуковые аппараты, рентгенологическое и лабораторное оборудование, которое позволяет в минимальные сроки проводить полное обследование пациентов.

2.2. Анализ изучения роли медицинской сестры в профилактике постинъекционных осложнений в условиях ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода»

Исследование профессиональной деятельности сестринского персонала в профилактической работе постинъекционных осложнений проводилось в терапевтическом отделении Городской больницы № 2 г.Белгорода среди пациентов и медицинских сестёр. В исследовании приняло участие 40 респондентов, они были разделены на 2 группы: 1 группа – пациенты терапевтического отделения – 28 человек, 2 группа – медицинские сёстры терапевтического отделения – 12 человек. Для сбора информации было использовано анкетирование при помощи составленных анкет (Приложение 1, Приложение 2).

В начале исследования анкетирование проходили респонденты 1 группы. На первый вопрос: «Знакомы ли Вы с понятием «постинъекционные осложнения?» респонденты ответили следующим образом: да - 58 % (16

человек), нет – 14 % (4 человека), затрудняюсь ответить – 28 % (8 человек) (Рис. 1).



■ Да ■ Нет ■ Затрудняюсь

Рис. 1. Знание респондентов о постинъекционных осложнениях

В ходе анкетирования было выявлено, что абсолютно все респонденты 1 группы сталкивались с постинъекционными осложнениями, у 54 % (15 человек) опрошенных возникали такие осложнения как гематома и инфильтрат, 21 % (6 человек) - аллергические реакции, 14 % (4 человека) - флегмона, 11 % (3 человека) - абсцесс (Рис. 2).

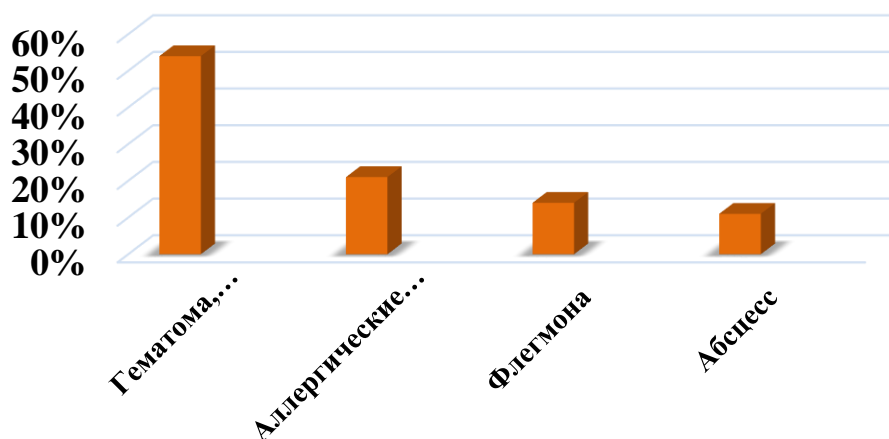
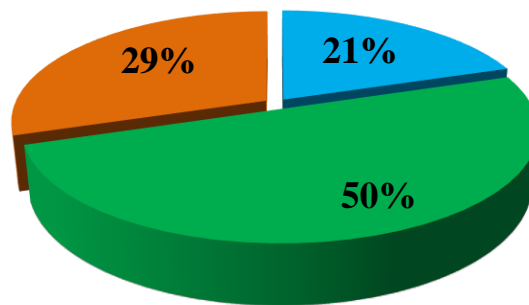


Рис. 2. Часто встречающиеся постинъекционные осложнения

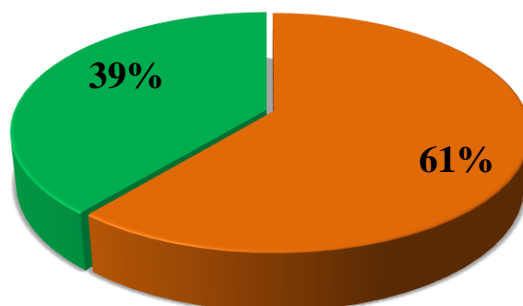
На вопрос: «Страдаете ли Вы аллергической реакцией на лекарственные средства?» респонденты ответили следующим образом: нет – 50 % (14 человек), да – 21 % (6 человек), затрудняюсь ответить – 29 % (8 человек) (Рис. 3).



■ Да ■ Нет ■ Затрудняюсь

Рис. 3. Наличие аллергических реакций на препараты у пациентов

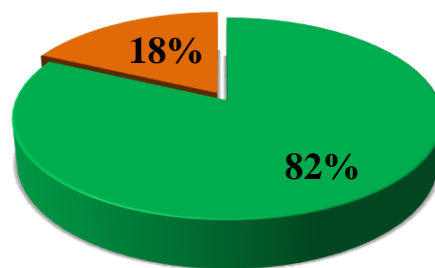
Согласно стандарту, перед введением лекарственного средства медицинская сестра обязана уточнять аллергоanamнез пациента. Данные нашего анкетирования показали, что только у 61 % (17 человек) 1 группы медицинские сёстры узнавали о наличие аллергических реакций на лекарственное средство, у других 39 % (11 человек) данную информацию не выясняли (Рис. 4).



■ Да ■ Нет

Рис. 4 Уточнение аллергоanamнеза медицинской сестрой

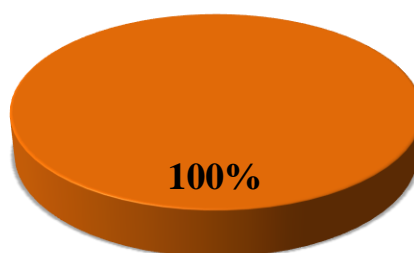
Мы выяснили, что 82 % (23 человека) респондентов всегда наблюдают за техникой выполнения инъекций медицинскими сестрами, оставшиеся 18 % (5 человек) ответили, что они не наблюдают и полностью доверяют медицинским сёстрам (Рис. 5).



■ Да ■ Нет

Рис. 5. Наблюдение пациентами за техникой выполнения инъекций

Соблюдение правил асептики и антисептики при проведении инъекций очень важны, именно правильное выполнение манипуляции поможет максимально снизить риск возникновения постинъекционных осложнений. С этой целью респондентам 1 группы был задан вопрос: «Сколько раз Вам обрабатывает медицинская сестра место инъекции стерильными шариками с антисептиком?». Респонденты в анкете – опроснике отдали своё предпочтение 2 вариантам, 100 % (28 человек) респондентов ответили, что медицинская сестра обрабатывает место инъекции 1 шариком (Рис. 6).



■ 1 шарик

Рис. 6. Количество стерильных шариков с антисептиком для обработки места инъекции

На вопрос: «Замечали ли Вы у медицинских сестер наличие длинных ногтей и ювелирных украшений на руках?», ответы респондентов разделились

следующим образом, 57% (16 человек) ответили - нет, 32 % (9 человек) - да, 11 % (3 человека) – затрудняюсь с ответом (Рис. 7).

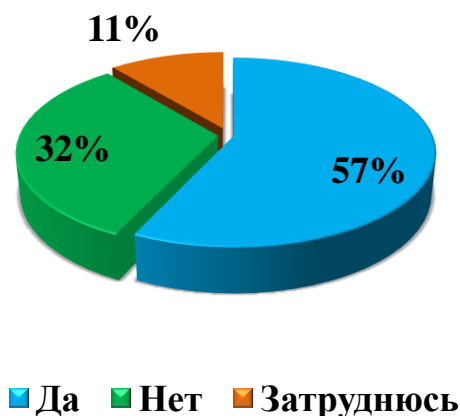


Рис. 7. Наличие ногтей и ювелирных украшений у медицинских сестёр при выполнении инъекций

Было интересно узнать мнение респондентов 1 группы о наличие халатности медицинских сестёр при проведении инъекций. В ходе исследования было выявлено, что 72 % (20 респондентов) никогда не сталкивались с халатностью медицинской сестры, 21 % (6 человек) сталкивались иногда, и только 7 % (2 респондента) - в большинстве случаев (Рис. 8).

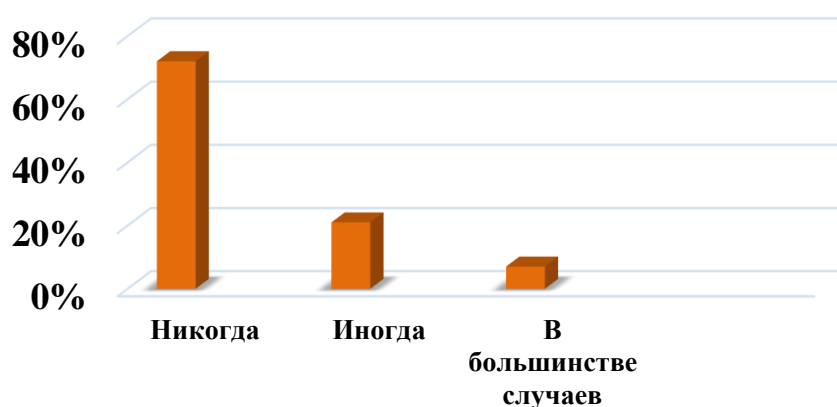
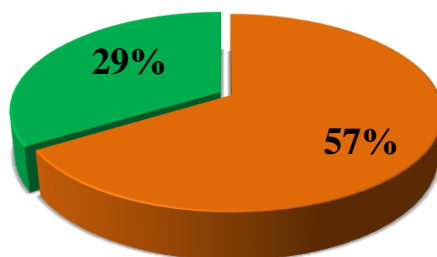


Рис. 8. Мнение пациентов о халатности медицинских сестёр при проведении инъекций

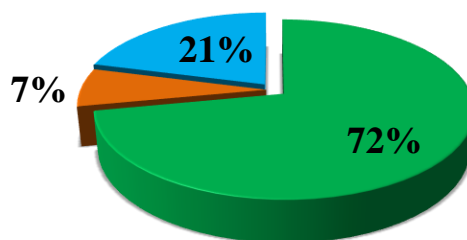
В результате исследования мы выяснили, что не все респонденты выполняют рекомендации, данные медицинскими сёстрами после проведенных инъекций. Из 100 % (28 человек) опрошенных, только 57 % (16 человек) ответили, что всегда выполняют рекомендации, 29 % (8 человек) иногда, 14 % (4 человека) никогда не выполняют данные рекомендации (**Ошибка! Источник ссылки не найден.**).



■ Всегда ■ Иногда ■ Никогда

Рис. 9. Респонденты выполняющие рекомендации

Следующий вопрос был направлен на то, чтобы подробно выяснить оценку качества, выполняемых медицинскими сёстрами инъекций. Респонденты качество выполнения инъекций оценили следующим образом: 72 % (20 человек) – всегда удовлетворены, 21 % (6 человек) – в большинстве случаев, 7 % (2 человека) – иногда (**Ошибка! Источник ссылки не найден.10**).



■ Всегда ■ Иногда ■ В большинстве случаев

Рис. 10. Удовлетворённость качеством выполнения инъекций

Отношение сестринского персонала к профилактической работе постинъекционных осложнений мы изучали методом анонимного анкетирования, с последующей обработкой полученных данных. Респондентам 2 группы были заданы 12 вопросов, вопросы были направлены на выявление профессионального отношения медицинских сестёр терапевтического отделения на профилактику постинъекционных осложнений.

Благодаря исследованию мы выяснили, какой средний стаж работы в медицине у опрашиваемых медицинских сестёр. Необходимо заметить, что средний стаж работы у медицинских сестёр терапевтического отделения составляет от 5 до 15 лет – 50 % (6 человек) (Рис. 11).

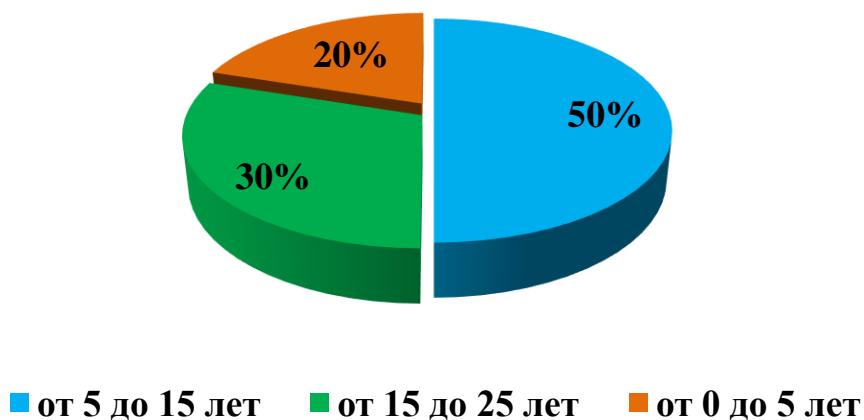


Рис. 11. Стаж работы медицинских сестёр

Большая часть медицинских сестёр имеет среднее профессиональное образование – 83 % (10 человек) и только 17 % (2 человека) имеют высшее профессиональное образование (Рис. 12).

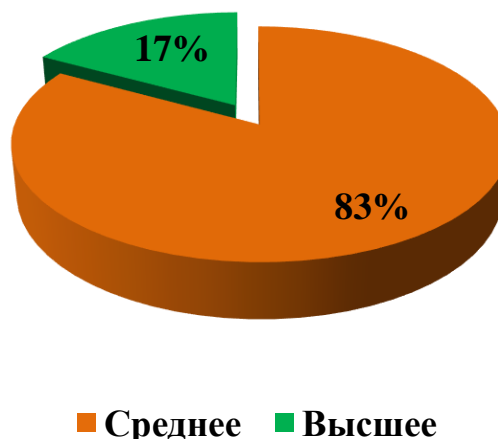


Рис. 12. Образование медицинских сестёр

Следует отметить, что 100 % (12 человек) респондентов 2 группы на вопрос: «Соблюдаете ли Вы технику выполнения инъекций?» ответили, что всегда соблюдают технику выполнения манипуляций. Данный факт может указывать на то, что со стороны медицинских сестёр прослеживается профессионализм и высокий уровень ответственности (Рис. 13).

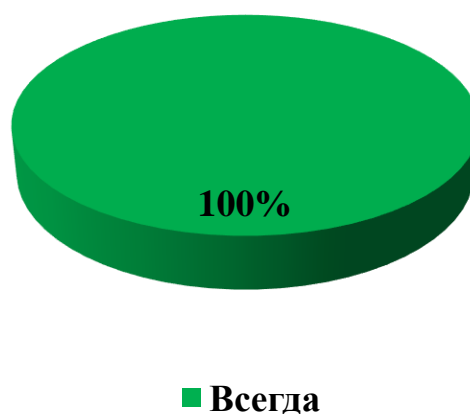


Рис. 13. Соблюдение техники выполнения инъекций

В ходе проведенного исследования было выявлено, что из 100 % (28 респондентов) 2 группы аллергоанамнез всегда собирают только 57 % (16 человек), 32 % (9 человек) собирают иногда, а 11 % (3 человека) никогда не собирают аллергоанамнез у пациентов (Рис. 14).

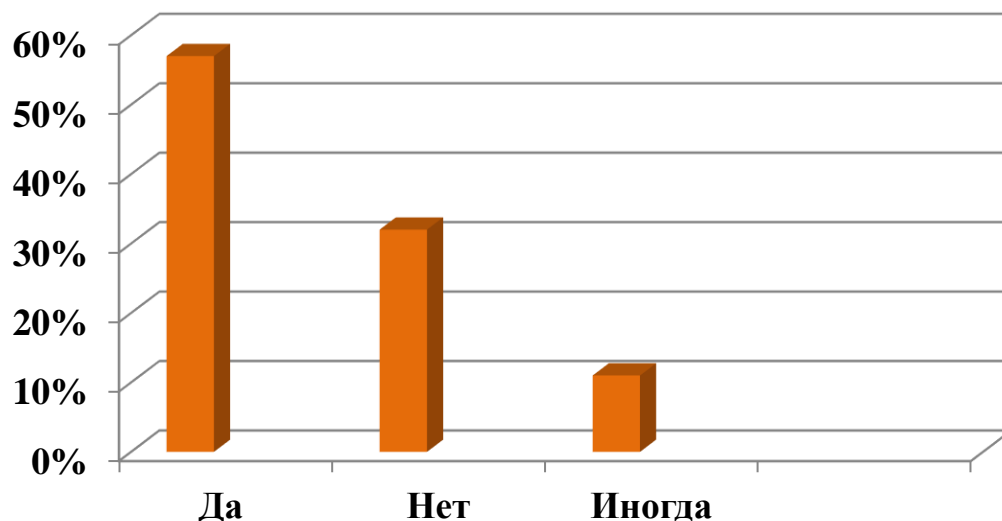


Рис. 14. Сбор аллергоанамнеза медицинской сестрой

100 % медицинских сестёр (12 человек) ответили, что всегда при парентеральном способе введения лекарственных средств соблюдают правила асептики и антисептики. (Рис. 15).

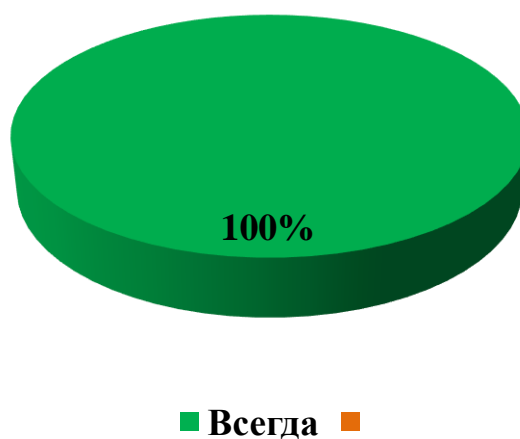
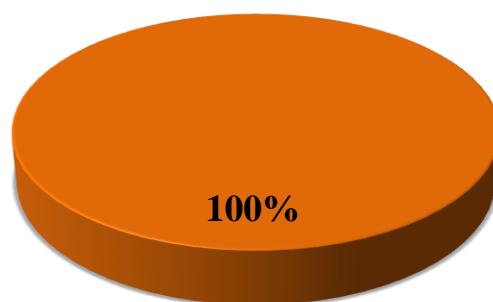


Рис. 15. Соблюдение правил асептики и антисептики

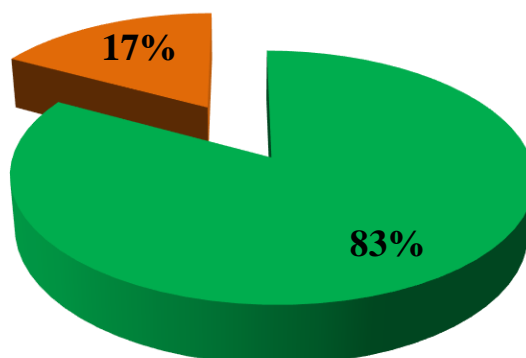
При парентеральном способе введения 100 % респондентов (12 человек) ответили, что всегда стараются медленно вводить лекарственное средство пациентам во избежание возникновения аллергических реакций. (Рис. 16).



■ Всегда

Рис. 16. Соблюдение медленного введения лекарственных средств

В ходе анкетирования было выявлено, что 83 % медицинских сестёр (10 человек) всегда сверяют название препарата с назначениями врача, 17 % (2 человека) выбрали вариант ответа в большинстве случаев (Рис. 17).



■ Всегда ■ В большинстве случаев

Рис. 17. Сопоставление название лекарственных средств с назначениями врача

На вопрос: 1) «Как по Вашему мнению Вашу работу оценивают коллеги?», респонденты 2 группы ответили следующим образом: 58 % (7 человек) выбрали вариант отлично, 42 % (5 человек) выбрали вариант хорошо (Рис. 18).

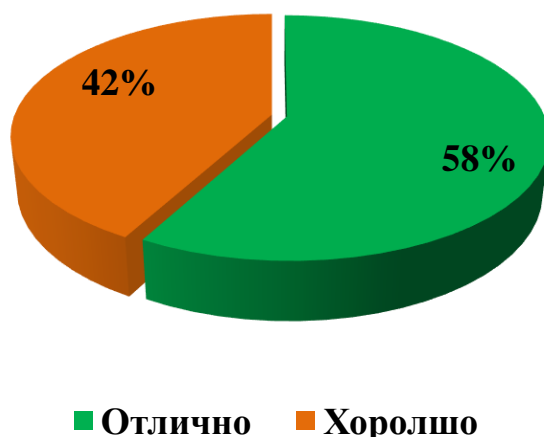


Рис. 18. Оценка работы медицинской сестры коллегами

В ходе анкетирования 75 % (9 человек) медицинских сестёр ответили, что по их мнению пациенты оценивают их работу хорошо, а 25 % (3 человек) выбрали вариант отлично (Рис. 19).

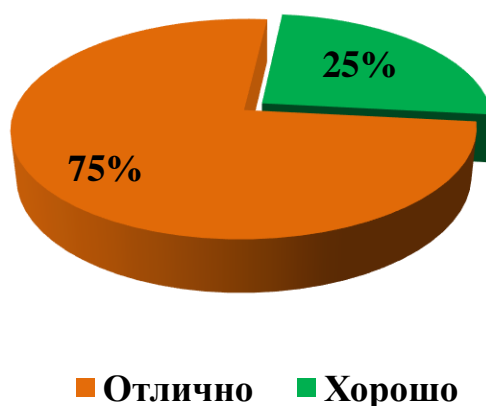


Рис. 19. Оценка работы медицинской сестры пациентами

Таким образом, из вышесказанного, мы можем сделать следующие заключения:

1. Часто встречающимися постинъекционными осложнениями у пациентов после проведённых инъекций являются гематомы и инфильтраты, это может свидетельствовать о повышенной чувствительности кожи пациента, большой прослойки подкожного жира, хрупких капиллярах, а также о неопытности и халатности медицинской сестры при проведении инъекций.

2. Профилактическая деятельность по профилактике осложнений инъекционных процедур развита хорошо. Основная часть респондентов (57 %) соблюдает рекомендации, данные медицинской сестрой после проведенных инъекций. Все медицинские сестры (100 %) соблюдают правила асептики и антисептики при проведении инъекций.

3. Исходя из проведенного исследования, мы видим, что качество выполнения инъекций медицинской сестрой оценивается на хорошо, 72 % респондентов ответили, что они всегда удовлетворены качеством выполнения инъекций.

ПРИЛОЖЕНИЯ

**Анкета определения роли медицинской сестры в профилактике
постинъекционных осложнений.**

Уважаемые пациенты!

Предлагаю Вашему вниманию анонимное анкетирование, целью которого является выявление особенностей работы медицинской сестры, направленной на профилактику постинъекционных осложнений. Вам необходимо внимательно ознакомиться с вопросами, представленными в анкете и выбрать подходящий вариант ответа. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде.

1. Знакомы ли Вы с понятием «постинъекционные осложнения»?
 - а) да;
 - б) нет;
 - в) затрудняюсь ответить
2. Были ли они у вас постинъекционные осложнения: да, нет (нужное подчеркнуть), если встречались, то какие? _____
_____.
3. Страдаете ли Вы аллергической реакцией на лекарственные средства?
 - а) да;
 - б) нет;
 - в) затрудняюсь ответить.
4. Уточняет ли у вас медицинская сестра аллергоanamnez перед введением лекарственного средства?
 - а) всегда;
 - б) в большинстве случаев;
 - в) иногда;
 - г) никогда.

5. Наблюдаете ли Вы за тем, как медицинская сестра выполняет инъекцию?
- а) всегда;
 - б) в большинстве случаев;
 - в) иногда;
 - г) никогда.
6. Сколько раз Вам обрабатывает медицинская сестра место инъекции стерильным шариком с антисептиком?
- а) 1 раз;
 - б) 2 раза;
 - в) 3 – 4 раза;
 - г) не обрабатывают.
7. Замечали ли Вы у медицинских сестер наличие длинных ногтей и ювелирных украшений на руках?
- а) да;
 - б) нет;
 - в) затрудняюсь ответить.
8. Сталкивались ли Вы с халатным отношением медицинской сестры при введении лекарственного средства?
- а) всегда;
 - б) в большинстве случаев;
 - в) иногда;
 - г) никогда.
9. Всегда ли вы выполняете рекомендации медицинской сестры после проведённой инъекции?
- а) всегда;
 - б) в большинстве случаев;
 - в) иногда;
 - г) никогда.
10. Довольны ли Вы качеством выполнения инъекций медицинской сестрой в отделении?

- а) всегда;
- б) в большинстве случаев;
- в) иногда;
- г) никогда.

11. Какие пожелания у Вас будут к медицинским сестрам, выполняющим инъекции?

Благодарим за участие!

Анкета для медицинских сестёр.

Уважаемые медицинские сестры!

Предлагаю Вашему вниманию анонимное анкетирование, целью которого является выявление особенностей работы медицинской сестры, направленной на профилактику постинъекционных осложнений. Вам необходимо внимательно ознакомиться с вопросами, представленными в анкете и выбрать подходящий вариант ответа. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде.

1. Стаж работы в медицине:

- а) от 0 до 5 лет;
- б) от 5 до 15 лет;
- в) от 15 до 25 лет;
- г) свыше 25 лет.

2. Уровень образования:

- а) среднее профессиональное;
- б) высшее образование.

3. Соблюдаете ли Вы технику выполнения инъекций?

- а) всегда;
- б) в большинстве случаев;
- в) иногда;
- г) никогда.

4. Всегда ли Вы собираете аллергоanamnez пациентов перед введением лекарственных средств?

- а) да;
- б) нет;
- в) иногда;

г) никогда.

5. При парентеральном способе введения лекарственных средств Вы всегда соблюдаете правила асептики и антисептики?

а) всегда;

б) в большинстве случаев;

в) иногда;

г) никогда.

6. Инъекционное поле Вы всегда подготавливаете качественно в соответствии с требованиями перед инъекцией?

а) всегда;

б) в большинстве случаев;

в) иногда;

г) никогда.

7. Вы всегда вводите лекарственное средство медленно?

а) всегда;

б) в большинстве случаев;

в) иногда;

г) никогда.

8. При частом выполнении инъекций пациенту Вы меняете место пункции?

а) всегда;

б) в большинстве случаев;

в) иногда;

г) никогда.

9. Считаете ли Вы необходимым вытеснение воздуха из шприца или системы перед внутривенным введением лекарственного средства?

а) да;

б) нет;

10. Читаете ли Вы название лекарственного средства и сверяете ли его с назначением врача, перед тем как набрать раствор в шприц?

а) всегда;

б) в большинстве случаев;

в) иногда;

г) никогда.

11. Как по Вашему мнению Вашу работу оценивают коллеги?

а) отлично;

б) хорошо;

в) удовлетворительно.

12. Как по Вашему мнению Вашу работу оценивают пациенты?

а) отлично;

б) хорошо;

в) удовлетворительно.

Благодарим за участие!

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Главным условием при выполнении инъекций является соблюдение правил асептики и антисептики. Основными выступающими причинами возникновения постинъекционных осложнений являются неправильный выбор места, применение короткой иглы, использование концентрированных и масляных препаратов, введение подкожно препаратов предназначенных для внутримышечного введения.

Наличие знаний у медицинской сестры о основных причинах развития постинъекционных осложнений позволит ей предостеречь себя и пациента от ущерба как физического, так и морального.

Медицинская сестра стоит во главе профилактической работы постинъекционных осложнений, она является основным организатором и контролёром. Правильность действий медицинской сестры будет зависеть от знаний и практических навыков.

На основании полученных ранее нами выводов можно сформулировать следующие **практические рекомендации** медицинским сёстрам:

1. Не обходимо провести внедрение алгоритма действий медицинской сестры при оказании помощи пациентам с постинъекционными осложнениями, которым каждая медицинская сестра сможет пользоваться в отделение в случае возникновения постинъекционных осложнений у пациента.

2. Осуществлять реализацию основных профилактических мер постинъекционных осложнений в зависимости от причин их появления.

3. С целью снижения риска возникновения постинъекционных осложнения медицинская сестра должна быть максимально внимательной при проведении инъекций, она должна строго следить за названием и сроками годности лекарственных средств и сверять их с назначением врача.

4. Медицинская сестра должна соблюдать санитарно – противоэпидемический режим в прививочном, манипуляционном, процедурном кабинетах при проведении парентеральных манипуляций.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. . Беляева О. А. Постинъекционные инфильтраты и флегмоны [Текст]: учебное пособие / О. А. Беляева, П.И Толстых. – Санкт – Петербург: Питер. – 2015. – 5 с.;
2. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. Руководство для врачей [Текст]: учебное пособие / В.К. Гостищев. - Москва: Медицина. – 2015. – 155 с.;
3. Ковалева Е.П. Профилактика внутрибольничных инфекций [Текст]: учебное пособие / Е.П. Ковалева, Н.А Семина. – Москва: ТОО «Рарочь». – 2016. – 123 с.;
4. Ковалева Е.П.Эпидемиология и инфекционные болезни [Текст]: учебное пособие / Е.П Ковалева. – Москва: Бином. – 2016. – 11, 125 с.;
5. Костюченко А.А. Интенсивная терапия послеоперационной раневой инфекции и сепсиса [Текст]: учебное пособие / А.А. Костюченко, А.Н. Полских, А.Н Тулупов. – 6 – е изд. – Ростов – на – Дону: Феникс. – 2015. – 99 с.;
6. Ломонци Д.Г. Внутрибольничные инфекции [Текст]: учебное пособие / Д.Г Ломонци – Москва. - Медицина. – 2016. – 146 с.;
7. Лычев, В.Г. Сестринское дело в терапии [Текст]: учебное пособие / В.Г. Лычев, В.К. Карманов. – 2 – е изд. – Москва: Форум. – 2016. – 115 с.;
8. Осложнения при выполнении различных инъекций. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://stydopedia.ru/1x2f62.html> дата обращения: 25.01.2019
9. Покровский В.И. Внутрибольничные инфекции - проблемы и пути решения [Текст]: учебное пособие / В.И.Покровский, Н.А. Семина. – Санкт – Петербург: Питер. – 2016. – 12-24 с.
10. Постинъекционные осложнения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://7lafa.com/pagedisease.php?id=587> дата обращения: 25.01.2019
11. Постинъекционные осложнения и их профилактика [Электронный ресурс]. – Режим доступа:<https://mestra.ru/viewtopic.php?t=3690> дата

обращения: 08.03.2019

12. Постинъекционные осложнения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://helpiks.org/8-76269.html>. – дата обращения: 05.12.2018

13. Постинъекционные осложнения и их профилактика [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://revolution.allbest.ru/medicine/00315362_0.html. – дата обращения: 05.02.2019

14. Чернова О.В. Руководство для медицинской сестры процедурного кабинета [Текст]: учебное пособие / О.В. Чернова. – Москва: Форум. – 2014. – 55 с.;

15. Якунская Т.В. Сестринское вмешательство на центральной вене [Текст]: учебное пособие / Т.В.Якунская – Санкт – Петербург: Питер. – 2015. – 10 с.;