

**Государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение «Тольяттинский медицинский колледж»**

Специальность Сестринское дело

Дисциплина «Технология оказания медицинских услуг»

КУРСОВАЯ РАБОТА

**«Роль медицинской сестры в профилактике
постинъекционных осложнений»**

Студента(ки): Мокренко Маргариты Андреевны
группы С-143

Руководитель: Ермилова Милана Фёдоровна

2018-2019

Содержание

Введение.....	3
1. Роль медсестры в профилактике постинъекционных осложнений.....	6
1.1 Этиология постинъекционных осложнений.....	6
1.2 Виды осложнений.....	9
1.3 Профилактика постинъекционных осложнений.....	16
2. Организация работы отделения гнойной хирургии ГБУЗ СО «ТГБ № 4».....	23
Заключение.....	29
Глоссарий.....	32
Список используемых источников.....	34
Список сокращений	37
Таблица 1.....	38
Таблица 2.....	39
Таблица 3.....	42
Приложение А.....	43
Приложение Б.....	50
Приложение В.....	53
Приложение Г.....	54

Введение

Актуальность темы. Несмотря на очевидный прогресс мировой медицины в поиске новых эффективных, антибактериальных препаратов, дезинфицирующих средств, проблема внутрибольничных инфекций, остается актуальной среди различных госпитальных инфекций особое место занимают внутрибольничные постинъекционные осложнения. Постинъекционные инфекции по официальным данным (Онищенко Г.Г.) занимают третье место в нозологической структуре внутрибольничных инфекций в Российской Федерации и практически не встречаются в подавляющем большинстве экономически развитых стран.

Высокая частота парентеральных инъекций, назначаемых пациентам лечащими врачами, повышает риск развития постинъекционных осложнений. Нерациональное применение антибиотиков в лечебно-профилактическом учреждении приводит к формированию госпитальных полирезистентных штаммов, которые являются причиной гнойно-септических осложнений, в том числе гнойно-воспалительных постинъекционных осложнений, нуждающихся в адекватной антибиотикотерапии.

Большое значение имеет соблюдение асептики при выполнении манипуляций, а так же изменение реактивности организма. В последние годы количество лиц, страдающих поражениями кожи, прогрессивно увеличивается с сохранением высокого процента хронических поражений.

Все это значительно снижает качество оказания медицинской помощи

В связи с этим, актуальным является вопрос проведения медсестрой мероприятий в рамках соблюдения профилактики постинъекционных осложнений.

Цель курсовой работы:

Изучение комплекса мероприятий по профилактике постинъекционных осложнений в «Гольяттинской городской клинической больнице №4».

Задачи:

1. Изучить этиологию и виды постинъекционных осложнений.
2. Изучить эпидемиологические факторы и группы риска возникновения постинъекционных осложнений.
3. Изучить особенности работы медицинской сестры по профилактике постинъекционных осложнений.
4. Проследить динамику работы медсестер по профилактике постинъекционных осложнений.
5. Оптимизировать систему профилактики внутрибольничных постинъекционных осложнений в условиях большого объема парентеральных вмешательств в лечебно-профилактическом учреждении.

Объект исследования:

Медсестры при проведении инъекций.

Предмет исследования:

Обеспечение профилактики внутрибольничных постинъекционных осложнений.

Научная новизна.

В результате проведенного исследования:

Обоснована необходимость совершенствования системы профилактики внутрибольничных постинъекционных осложнений и противоэпидемических мер при парентеральных вмешательствах с позиции улучшения качества оказания медицинской помощи.

Практическая значимость работы

На основании изучения эпидемиологических факторов риска, разработана усовершенствованная схема профилактики постинъекционных осложнений.

Место проведения:

Тольяттинская городская клиническая больница №4, гнойно-хирургическое отделение.

Методы исследования: анкетирование; беседы.

1. Роль медсестры в профилактике постинъекционных осложнений

1.1 Этиология постинъекционных осложнений

Увеличение объема медицинской помощи, оказываемой населению, повышение ее доступности, появление новых лекарственных препаратов сопровождаются постоянным увеличением количества выполняемых инъекций. Наряду с необходимым лечебным эффектом отмечаются и нежелательные последствия, осложнения инъекционных вмешательств - абсцессы и флегмоны, количество которых возрастает.

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

Экзогенное инфицирование указанные авторы связывают с:

1. попаданием возбудителей с кожи в момент ее прокола или по ходу раневого микроканала;
2. попаданием микроорганизмов в ткани из камеры шприца (нестерильные шприц или инъецируемый раствор);
3. использованием нестерильной инъекционной иглы (применявшейся для набора препарата, расстерилизованной соприкосновением с объектами окружающей среды);
4. инфицированием нестерильным перевязочным материалом; нестерильными руками медперсонала.

В большинстве исследований подвергается сомнению возможность попадания достаточного количества гноеродных бактерий с кожи в момент прокола или по ходу раневого микроканала.

Однако этот механизм не отрицается полностью, особенно при грубых нарушениях требований асептики. Адаев В.А. усматривает и выделяет здесь только нарушения, связанные с виной медицинской сестры:

- наличие у персонала на руках длинных ногтей, маникюра, колец;
- работа без перчаток;
- не дезинфицируется место подреза ампул;
- обработка флаконов, закупоренных под закатку, проводится одним шариком;
- использование раствора новокаина или стерильной воды в емкостях больше 50 мл;
- использование нестерильных перевязочных материалов;
- не контролируются сроки сохранения стерильного инъекционного инструментария, перевязочного материала;
- сборка инъекционного инструментария проводится руками или пинцетом с нарушением правил асептики;
- некачественная подготовка инъекционного поля.

Эндогенные (вторичные):

Эндогенной считается инфекция, находящаяся внутри организма или на его покровах (кожа, дыхательные пути, желудочно-кишечный тракт и пр.). Эта инфекция может попасть в рану путем непосредственного занесения, либо по лимфатическим или кровеносным сосудам (см.таблицу1).

1.2 Виды осложнений

Наиболее частыми осложнениями после инъекций являются:

Кровоизлияние в области прокола вены.

Возможно при нарушении техники внутривенных инъекций. Характеризуется появлением болезненной припухлости - гематомы. Наибольшей величины гематома достигает при проколе обеих стенок вены. Пункцию следует прекратить. Поврежденную вену на несколько минут прижать ватным шариком, смоченным спиртом. Пунктировать другую вену. После остановки кровотечения на область кровоизлияния следует наложить спиртовой согревающий компресс или повязку с гепариновой мазью.

Масляная эмболия. Возникает при ошибочном введении в вену препаратов, предназначенных для внутреннего или подкожного введения, например раствор камфары в масле. Масляная эмболия проявляется внезапными болями в области сердца, удушьем, кашлем, посинением лица, верхней половины грудной клетки;

Воздушная эмболия.

Возникает в случаях, когда вместе с лекарственным средством в кровеносную систему попадают пузырьки воздуха. Для предупреждения этого осложнения нужно пунктуально выполнять правила внутривенных инъекций.

Инфильтрат постинъекционный.

Воспалительная реакция местных тканей, возникающая в результате внесения инфекции, раздражающего действия некоторых лекарственных веществ (масляные растворы). Развитию инфильтрата способствует травматизация тканей тупой иглой. Для рассасывания инфильтрата показано применение согревающих компрессов.

Тромбофлебит постинъекционный.

Воспаление вены с образованием в ней тромба. Наблюдается при частых

венепункциях одной и той же вены, особенно при использовании тупых игл. Характеризуется образованием инфильтрата по ходу вены. Показано применение согревающих компрессов и повязок с гепариновой мазью, а в тяжелых случаях - антибактериальная терапия.

Сепсис.

Может развиваться при нарушении правил асептики и антисептики.

Абсцесс.

Гнойное воспаление мягких тканей с образованием полости, заполненной гноем. Причины образования абсцессов те же, что и инфильтратов. При этом происходит инфицирование мягких тканей в результате нарушения правил асептики. Одна из главных причин постинъекционных абсцессов и флегмон является нарушение правил асептики при выполнении инъекций (так называемая инокуляция инфекции). Патогенный возбудитель может вноситься в ткани с плохо обработанной кожи в месте инъекции, с игл, шприцев при их недостаточно тщательной обработке, инфицировании инъекционных инструментов в процессе работы, реже - из инфицированного лекарства. Соблюдение всех требований асептики при выполнении инъекционных манипуляций - один из важнейших аспектов профилактики постинъекционных осложнений.

Нередко абсцесс в месте инъекции развивается и при должном выполнении правил асептики, когда возбудитель воспаления поступает в эту область по эндогенным путям из очагов острой или хронической инфекции. Возможна даже ситуация порочного круга при недостаточно внимательном анализе причины постинъекционного осложнения. Например, больной получает антибиотики по поводу острой пневмонии; у него развивается нераспознанный постинъекционный абсцесс, однако повышение температуры тела у больного относят за счет основного заболевания и назначают

дополнительные инъекции антибиотиков и других препаратов, что поддерживает воспаление в тканях в месте введения.

Постинъекционная флегмона.

Острое гнойное воспаление клетчатки, являющееся осложнением инъекционной терапии (нарушение правил асептики или техники выполнения инъекций). Локализуется процесс в местах выполнения манипуляции: ягодичная области, наружная поверхность плеча и бедра, передняя брюшная стенка, локтевые сгибы. Чаще наблюдается после повторных инъекций, особенно после введения гипертонических и длительно рассасывающих растворов.

Наряду с этим следует помнить, что существуют и другие механизмы возникновения постинъекционных абсцессов и флегмон. Среди них - неправильная техника введения лекарств, осложнения, вызванные самим лекарством либо состоянием ткани, предрасполагающим к развитию абсцессов, которые могут быть асептичными, т. е. не содержать гноеродной патогенной флоры.

Нередки постинъекционные осложнения при внутривенном введении, проявляющиеся флебитами и флеботромбозами, связанные как с внесением инфекции при выполнении этих манипуляций, так и с самим препаратом, раздражающим сосудистую стенку (калия хлорид, некоторые антибиотики и др.).

Гематома также может возникнуть во время неумелой венепункции: под кожей при этом появляется багровое пятно, т.к. игла проколола обе стенки вены и кровь проникла в ткани. В этом случае пункцию вены следует прекратить и прижать ее на несколько минут ватой со спиртом. Необходимую внутривенную инъекцию в этом случае делают в другую вену, а на область гематомы кладут местный согревающий компресс.

Аллергические реакции на введение того или иного лекарственного средства путем инъекции могут протекать в виде крапивницы, острого насморка, острого конъюнктивита, отека Квинке, возникающие нередко через 20-30 мин. после введения препарата. Самая грозная форма аллергической реакции - анафилактический шок.

Анафилактический шок развивается в течение нескольких секунд или минут с момента введения лекарственного препарата. Чем быстрее развивается шок, тем хуже прогноз.

Основные симптомы анафилактического шока: ощущение жара в теле, чувство стеснения в груди, удушье, головокружение, головная боль, беспокойство, резкая слабость, снижение артериального давления, нарушения сердечного ритма. В тяжелых случаях к этим признакам присоединяются симптомы коллапса, а смерть может наступить через несколько минут после появления первых симптомов анафилактического шока. Лечебные мероприятия при анафилактическом шоке должны проводиться немедленно по выявлении ощущения жара в теле.

Вирусы парентеральных гепатитов в значительной концентрации содержатся в крови и сперме; в меньшей концентрации находятся в слюне, моче, желчи и других секретах, как у пациентов, страдающих гепатитом, так и у здоровых вирусоносителей. Способом передачи вируса могут быть переливания крови и кровезаменителей, лечебно-диагностические манипуляции, при которых происходит нарушение кожных и слизистых оболочек.

К группе наибольшего риска заражения вирусом гепатита В относятся лица, осуществляющие инъекции.

По данным В.П. Венцела, на первом месте среди способов передачи вирусного гепатита В отмечаются уколы иглой или повреждения острыми

инструментами (88%). Причем эти случаи, как правило, обусловлены небрежным отношением к использованным иглам и повторным их использованием. Передача возбудителя может происходить также через руки лица, производящего манипуляцию и имеющего кровоточащие бородавки и другие заболевания рук, сопровождающиеся экссудативными проявлениями.

Высокая вероятность заражения обусловлена:

- высокой устойчивостью вируса во внешней среде;
- длительностью инкубационного периода (шести месяцев и более);
- большим числом бессимптомных носителей.

В настоящее время имеется специфическая профилактика вирусного гепатита В, которая проводится путем вакцинации.

Как гепатит В, так и ВИЧ-инфекция, приводящая в конечном итоге к СПИДу (синдрому приобретенного иммунодефицита), являются угрожающими жизни заболеваниями. К сожалению, на сегодняшний день ожидаемая смертность ВИЧ-инфицированных составляет 100 %. Почти все случаи заражения происходят в результате неосторожных, небрежных действий при выполнении медицинских манипуляций: уколы иглой, порезы осколками пробирок и шприцев, контакты с поврежденными, но не защищенными перчатками участками кожи.

Для того чтобы защитить себя от инфицирования ВИЧ, следует каждого пациента рассматривать как потенциального ВИЧ-инфицированного, поскольку даже отрицательный результат исследования сыворотки крови пациента на наличие антител к ВИЧ может оказаться ложноотрицательным. Это объясняется тем, что существует бессимптомный период от 3 недель до 6 месяцев, в течение которого антитела в сыворотке крови ВИЧ-инфицированного человека не определяются.

Также необходимо знать и помнить, что соблюдение правил

противоэпидемического режима и дезинфекции - это, прежде всего предотвращение заболеваний ВБИ и сохранение здоровья медицинского персонала. Данное правило действует для всех категорий медицинских работников, а в особенности для персонала, работающего в операционных, перевязочных, манипуляционных и лабораториях, т.е. имеющих более высокий риск заболеваемости ВБИ из-за непосредственного контакта с потенциально инфицированным биологическим материалом (кровь, плазма, моча, гной и т.д.). Работа в этих функциональных помещениях и отделениях требует особого соблюдения персоналом режимных моментов - личной защиты и правил техники безопасности, обязательной дезинфекции перчаток, отработанного материала, одноразового инструментария и белья перед их утилизацией, регулярности и тщательности проведения текущих генеральных уборок.

В целях профилактики ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В, С и других внутри госпитальных инфекций все изделия медицинского назначения, применяемые при манипуляциях с нарушением целостности кожных покровов и слизистых или соприкасающихся с поверхностью слизистых оболочек, а также при проведении гнойных операций или оперативных манипуляций у инфекционного больного после каждого использования должны подвергаться предстерилизационной обработке и стерилизации.

Ещё одно из серьёзных осложнений - это гемотрансфузионный шок. Возникает при переливании несовместимой крови по системе АВО или резус-фактор. Обычно проявляется через 10-25 минут после введения больному первых капель донорской крови. Характеризуется внезапно возникающим расстройством дыхания, чувством нехватки воздуха, резкими болями в поясничной области. При возникновении указанного осложнения медицинская сестра должна:

-немедленно прекратить переливание крови;

- уложить больного в положение с приподнятой верхней частью тела;
- через индивидуальную маску начать ингаляцию увлажненным кислородом;
- срочно вызвать врача.

1.3 Профилактика постинъекционных осложнений

Методами асептики ведут борьбу с экзогенной инфекцией, методами антисептики - с эндогенной инфекцией, в том числе проникшей в организм из внешней среды, как это бывает при случайных ранениях. Для успешной профилактики инфекции необходимо, чтобы борьба велась на всех этапах (источник инфекции - пути инфицирования - организм) путём комбинации методов асептики и антисептики.

Профилактические мероприятия, направленные на снижение риска возникновения и развития постинъекционных осложнений (см. таблицу 2).

Во избежание осложнений медсестре нужно соблюдать правила постановки внутривенных инъекций.

Алгоритмы выполнения инъекций

Правила выполнения внутривенной инъекции

Внутривенные инъекции предусматривают введение лекарственного вещества непосредственно в кровяное русло. Первым и неперенным условием при этом способе введения лекарственных препаратов является строжайшее соблюдение правил асептики (мытьё и обработка рук, кожи больного и др.)

Для внутривенных инъекций чаще всего используют вены локтевой ямки, поскольку они имеют большой диаметр, лежат поверхностно и сравнительно мало смещаются, а также поверхностные вены кисти, предплечья, реже вены нижних конечностей.

Подкожные вены верхней конечности - лучевая и локтевая подкожные вены. Обе эти вены, соединяясь по всей поверхности верхней конечности, образуют множество соединений, самое крупное из которых - средняя вена локтя, наиболее часто используемая для пункций.

В зависимости от того, насколько четко вена просматривается под кожей и пальпируется (прощупывается), выделяют три типа вен.

1-й тип - хорошо контурированная вена. Вена хорошо просматривается, четко выступает над кожей, объемна. Хорошо видны боковые и передняя стенки. При пальпации прощупывается почти вся окружность вены, за исключением внутренней стенки.

2-й тип - слабо контурированная вена. Очень хорошо просматривается и пальпируется только передняя стенка сосуда, вена не выступает над кожей.

3-й тип - не контурированная вена. Вена не просматривается, ее может пропальпировать в глубине подкожной клетчатки только опытная медсестра, или вена вообще не просматривается и не пальпируется.

Следующий показатель, по которому можно подразделить вены, - это фиксация в подкожной клетчатке (насколько свободно вена смещается по плоскости). Выделяют следующие варианты:

фиксированная вена - вена смещается по плоскости незначительно, переместить ее на расстояние ширины сосуда практически невозможно;

скользящая вена - вена легко смещается в подкожной клетчатке по плоскости, ее можно сместить на расстояние больше ее диаметра; нижняя стенка такой вены, как правило, не фиксируется.

По выраженности стенки можно выделить следующие типы:

толстостенная вена - вена толстая, плотная;

тонкостенная вена - вена с тонкой, легко ранимой стенкой.

Используя все перечисленные анатомические параметры, определяют следующие клинические варианты:

хорошо контурированная фиксированная толстостенная вена; такая вена встречается в 35 % случаев;

хорошо контурированная скользящая толстостенная вена; встречается в 14 % случаев;

слабо контурированная, фиксированная толстостенная вена; встречается

в 21 % случаев;

слабо контурированная скользящая вена; встречается в 12 % случаев;

неконтурированная фиксированная вена; встречается в 18 % случаев.

Наиболее пригодны для пункции вены первых двух клинических вариантов. Хорошие контуры, толстая стенка позволяют довольно легко пунктировать вену.

Менее удобны вены третьего и четвертого вариантов, для пункции которых наиболее подходит тонкая игла. Следует только помнить, что при пункции 'скользящей' вены ее необходимо фиксировать пальцем свободной руки

Этапы. Обоснование.

1. Подготовка к манипуляции

1. Подготовить всё необходимое для проведения процедуры (Эффективность проведения манипуляции).
2. Установить доброжелательное отношение с пациентом (Гуманное отношение к пациенту) (Этический кодекс медсестры ст.3)
3. Уточнить информированность пациента о лекарственном средстве и получить его согласие на проведение манипуляции (Профилактика осложнений, уважение прав пациента) (Этический. кодекс медсестры ст.7)
4. Надеть маску. Обработать руки гигиеническим способом и надеть стерильные перчатки (Инфекционная безопасность).
5. Проверить пригодность лекарственного средства (название, доза, срок годности, физическое состояние) (Предупреждения осложнений).
6. Еще раз убедиться в соответствии лекарственного препарата с назначениями врача. (Правильность выполнения назначений и профилактика осложнений).

7. Обработать шейку ампулы (крышку флакона) шариками со спиртом двукратно. Можно пользоваться другими кожными антисептиками для обработки кожи и ампул, флаконов.
8. Набрать в шприц необходимое количество лекарственного средства. Снять иглу, сбросить в ёмкость с дезраствором (Профилактика ВБИ 10)
9. Надеть иглу для внутривенной инъекции, выпустить воздух. (Профилактика воздушной эмболии).
10. Положить шприц в лоток со стерильной пленкой. (Сохранение стерильности)
11. Приготовить 3 шарика, смоченных спиртом и поместить на стерильный лоток. (Инфекционная безопасность)

2. Выполнение процедуры.

1. Усадить пациента на кушетку или уложить.
2. Освободить место для инъекции. (Доступ к месту инъекции).
3. Под локоть пациента подложить клеенчатый валик. (Создать максимальное разгибание руки).
4. Наложить жгут на плечо пациента на 5 см выше локтевого сгиба, покрытое салфеткой (или его одеждой). Примечание: при наложении жгута пульс на лучевой артерии на должен измениться. Кожные покровы ниже места наложения жгута багровеют, вена набухает. При ухудшении наполнения пульса жгут необходимо ослабить (Контроль правильности наложения жгута).
5. Исследовать вену. (Исключить флебиты, тромбофлебиты).
6. Попросить пациента поработать кулачком (сжать-разжать) (Для лучшего наполнения вены).
7. Обработать дважды кожу внутренней поверхности локтевого сгиба спиртом (тампоны сбросить в ёмкость с дезсредством). (Обеззараживание

инъекционного поля).

8. Взять шприц, снять колпачок.
9. Проверить проходимость иглы и отсутствия воздуха в шприце, держать шприц срезом вверх, фиксируя иглу указательным пальцем за канюлю.
10. Зафиксировать вену большим пальцем левой руки, проколоть кожу, войти в вену на $1/3$ длины, параллельно вене. (Для уменьшения подвижности вены).
12. Оттянуть поршень на себя, увидеть появление крови. (Убедиться, что игла в вене).
13. Попросить пациента разжать кулачок, развязать жгут левой рукой.
14. Ввести лекарство медленно, надавливая на поршень первым пальцем левой руки. Следить, чтобы в шприце оставалось небольшое количество лек. средства.
15. Приложив шарик со спиртом к месту инъекции, извлечь иглу, попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе (можно зафиксировать шарик бинтом). (Профилактика постинъекционной гематомы).

3. Окончание процедуры.

1. В ёмкости с дезраствором промыть шприц вместе с иглой. Затем иглу и шприц поместить в разные ёмкости с дезрастворами, так чтобы каналы были заполнены дезраствором.
2. Взять у пациента через 1-2 мин. ватный шарик. Не оставлять ватный шарик, загрязненный кровью, у пациента. Положить шарик в дезраствор или лоток (пакет из-под одноразового шприца) для последующей дезинфекции.
3. Снять перчатки и поместить их в дезраствор. (Профилактика ВБИ.29). Вымыть и осушить руки. (Предупреждение химического воздействия талька на кожу).

4. Наблюдать за состоянием пациента.
5. Сделать запись о проделанной процедуре в листе назначений. (Контроль количества выполненных инъекций и преемственность в работе м/с).

Алгоритм обработки рук перед инъекциями.

- Наденьте маску.
- Вымойте руки двукратно хозяйственным мылом под проточной водой.
- Просушите индивидуальным полотенцем.
- Обработайте руки или полейте на руки 70° спиртом.

Алгоритм действий при наборе лекарственного вещества из ампул одноразовым шприцем.

Приготовьте:

- коробку с ампулами лекарственного вещества;
- собранный одноразовый шприц;
- емкость с шариками, смоченными 70° спиртом;
- пилочку.
- Проверьте срок годности лекарства на коробке.
- Возьмите ампулу и прочтите надпись (наименование, доза, дата).
- Проверьте, соответствует ли лекарственный препарат назначению, обратите внимание на качество раствора (цвет, наличие осадка).
 - Встряхните ампулу, чтобы раствор оказался в широкой части.
 - Надпилите ампулу пилочкой.
 - Обработайте руки по алгоритму.
 - Возьмите из емкости шарик, смоченный 70° спиртом, протрите им ампулу (узкую часть), вскройте ее, шарик со стеклом положите в рабочий лоток.
- Извлеките шприц из упаковки, снимите с иглы защитный колпачок,

оставив его в упаковке.

- Возьмите ампулу между 2 и 3 пальцами, осторожно, не касаясь наружной поверхности ампулы, введите иглу в ампулу.
- Наберите нужное количество раствора (ампулу нужно приподнимать вверх дном).
- Извлеките иглу из ампулы, а ампулу положите в рабочий лоток.
- Проверьте проходимость иглы, надавливая на поршень шприца до появления из иглы первой капли лекарственного вещества.
- Наденьте защитный колпачок на иглу шприца.
- Положите шприц с лекарством и шарики, смоченные спиртом, в упаковку из-под шприца.

Алгоритм действий при наборе лекарственного вещества из флакона одноразовым шприцем

- Прочтите на флаконе название препарата, дату изготовления, срок годности.
- Вскройте центральную часть металлического колпачка на флаконе нестерильными ножницами или пинцетом.
- Возьмите ампулу с растворителем прочтите дозу, название.
- Надпилите узкий конец ампулы.
- Соберите шприц по алгоритму.
- Смочите шарики 70° спиртом.
- Последним шариком протрите резиновую пробку на флаконе, узкую часть ампулы.
- Вскройте ампулу.
- Наберите нужное количество растворителя из ампулы.
- Возьмите флакон и введите в него растворитель.
- Отсоедините флакон с иглой и встряхните до полного растворения

порошка.

- Подсоедините иглу с флаконом к шприцу и наберите нужное количество раствора.

- Смените и закрепите иглу.

- Проверьте проходимость иглы.

Перед проведением любой инъекции следует в обязательном порядке выяснить, нет ли у больного аллергии к назначенным лекарственным препаратам. Техника и место инъекции зависят от ее вида.

2. Организация работы отделения гнойной хирургии.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области «Тольяттинская городская больница № 4» является многопрофильным учреждением. ГБУЗ СО «ТГБ № 4» основано в 1952 году.

В отделение входит:

- один пост
- 45 коек
- процедурный кабинет
- ординаторская
- клизменная
- подсобные помещения
- кабинет заведующего отделением

В отделении работают:

- 4 врача
- 5 медицинских сестер
- 4 сотрудников младшего медицинского персонала

Работа в процедурном кабинете

Оснащение кабинета

Процедурный кабинет является структурным подразделением по оказанию специализированной медицинской помощи больным отделения гнойной хирургии. Кабинет оснащен мебелью, современными контейнерами для дезинфекции изделий медицинского назначения. В кабинете имеются столы: рабочий, для дезрастворов, бактерицидный облучатель, кушетка, шкаф для лекарственных препаратов, холодильник.

Имеются две аптечки:

1. Аптечка для оказания 1-ой помощи при анафилактическом шоке
2. Аптечка для ВИЧ-профилактики

В процедурном кабинете ведется следующая документация:

Журнал забора крови на RW;

Журнал учета медикаментов;

Журнал проведения генеральных уборок;

Журнал учета одноразовых шприцев;

Журнал кварцевания кабинетов;

Журнал для контроля температурного режима в холодильнике;

Журнал учета профессионального травматизма;

Подотчетные журналы пронумерованы и прошнурованы;

Имеются инструкции, которыми руководствуются медсестры в процессе своей работы:

Типовая должностная инструкция медицинской сестры кабинета стационарного отделения;

Обязанности медсестры процедурного кабинета;

Инструкция для медперсонала по оказанию помощи при лекарственном анафилактическом шоке больному;

Рабочий день начинается с приема смены от дежурной смены.

Подготовка кабинета к работе.

Ежедневно в кабинете проводится текущая дезинфекция с применением дезсредств. Для дезинфекции рабочих поверхностей применяется раствор «Форисерф». Накрывается стерильный стол. Для дезинфекции использованных шприцов используется дезинфицирующее средство «Форисерв», «Экодез», «Хлор-Актив» экспозиция 1 час. Перед началом отпуска процедур, производится забор крови на биохимию, коагулограмму, гепатит, ВИЧ-инфекцию, RW, и транспортируются анализы в лабораторию нашей больницы.

Сравнительный анализ сестринских манипуляций в процедурном кабинете за 2017-2018 годы.

В кабинете отпускаются процедуры и осуществляется забор анализов (см. таблицу 3)

В конце рабочего дня процедурная сестра производит дезинфекцию игл и шприцов, а также ватных шариков использованных больными. Делает заключительную уборку процедурного кабинета.

Таким образом можно сказать, что работа медсестры в процедурном кабинете объёмна по количеству выполняемых манипуляций, при этом просматривается рост числа парентеральных вмешательств, что сокращает время на общение с пациентом.

Динамика работы медсестер по профилактике постинъекционных осложнений за 2017 -2018 годы.

Исследование проводилось на базе «ГБУЗ СО ТГБ №4» в отделении гнойной хирургии. В анкетировании принимали участие 47 пациентов отделения и 13 сотрудников.

Анкетирование проводилось с целью изучения динамики работы медсестер по профилактике постинъекционных осложнений за 2017 -2018 годы. В анкетировании принимали участие пациенты отделения гнойной хирургии. Возраст респондентов составил от 19 до 55 лет. Средний возраст составил 30-39 лет (43%) в 2018 году, а в 2017 году средний возраст составил 19-29 лет (50%).

Вопросы:

1. Пациенты считают, что эффективнее принимать лекарственные препараты (см. рис.1).

в 2017 году в/в - 60% респондентов, а в 2018 году - 68%;

в/м - 2017 – 27%, 2018 - 50%

через рот – 2017- 10%, 2018 - 30%

через прямую кишку- 2017- 1%, а в 2018 - 3%

2. А на вопрос, о том, «как Вы предпочитаете принимать лекарственное средство», были получены следующие результаты (см. рис.2)

Предпочитают принимать лекарство:

в\в 2017-31% и 2018-60%

в\м 2017г -18% и 2018-38%.

Через прямую кишку в 2017 году 3% и 2018 - 6%

Через рот 2017 - 40% и 2018 - 53% соответственно.

3. На вопрос «После внутримышечной инъекции вы держите ватный шарик?», были получены следующие ответы (см. рис.3)

По опросу за 2017г. и 2018 г. видно, что «несколько секунд» 26% и 20%; «несколько минут массируя» 60% и 65%; «не помню» 10%, и 8% «другое» 4% и 7%.

4. На вопрос о том, какие постинъекционные осложнения знают пациенты, респонденты ответили следующим образом (см. рис.4)

По опросу за 2017г и 2018г. видно, что 20% и 30% ответили «абсцесс»; «шишки»

10 % и 30%; «флегмона» 10% и 20%; «сепсис» 20% и 40%; «инфильтрат» 30% и 50%

5.На вопрос «Были ли у Вас постинъекционные осложнения?» были получены ответы (см. рис.5)

Нет -100%

6. На вопрос «Проводят ли медсестры беседы по профилактике постинъекционных осложнений?» (см. рис.6)

Были получены следующие ответы:

По опросу за 2017г. и 2018 г.: «да» ответили 50% и 70%; «нет» 30% и 20%; «иногда» 20% и 10%.

Проанализировав диаграмму можно сделать вывод, что м/с больше стали вести беседы с пациентами по профилактике осложнений.

7. На вопрос «Вы выполняете эти рекомендации?», были получены следующие ответы (см. рис.7)

По опросу за 2017г. и 2018 г. «да» ответили 67% и 70%, «нет» 33% и 30%.

Так же было проведено анкетирование медсестер, в котором принимали участие 5 медсестер отделения гнойной хирургии.

1. На вопрос о частоте использования перчаток при постановке инъекций, мы получили следующие ответы (см. рис.8).

По опросу за 2017г. 2018г. Мы получили следующие ответы:

« Всегда»- 88% и 100%.

2. На вопрос о частоте смены перчаток, мы получили следующие ответы (см. рис.9)

За 2017 год ответили «После каждого пациента» 63% за 2018 год -100%.

3. На вопрос о частоте смены масок, мы получили следующие ответы (см. рис.10).

По опросу за 2017г-2018 год ответили:

«Каждые 2 часа» 54% и 95%; «Каждые 4 часа» 46% и 5%.

4. На вопрос « О допустимых украшениях на руках медсестры» ответили: 100% не допустимы (см. рис.11).

5. На вопрос о правильной обработке инъекционного поля мы получили ответы (см. рис.12)

100% ответили «3 шарика, трехкратное протирание».

6. На вопрос о материале, используемом для обработки инъекционного

поля, мы получили следующие ответы: стерильные одноразовые салфетки заводского производства.

7. На вопрос о роли медсестры в профилактике постинъекционных осложнений мы получили следующие ответы (см. рис.13)

«Все перечисленное верно» - 70%; «Соблюдение правил асептики и антисептики» -15%; «Выбор правильного места постановки инъекций» -10%;

«Выбор иглы правильной длины» -5%.

Проанализировав данную диаграмму, можно сделать вывод о полной компетенции медсестер.

Заключение

По опросу респондентов мы выявили, что пациенты считают внутривенный способ введения лекарственных препаратов наиболее эффективным.

При этом пациенты осведомлены о возможных осложнениях, таких как: абсцесс, сепсис, флегмона. Наличие у себя осложнений, все пациенты отрицают. При этом 70% респондентов отмечают, что медсестры проводят беседы по профилактике постинъекционных осложнений, и они следуют этим рекомендациям. Необходимо так же отметить, что по сравнению с 2017 годом количество пациентов, выполняющих эти рекомендации, в 2018 году возросло на 3%, это говорит об убедительности проводимых бесед. Об этом же говорит тот факт, что пациенты знают, сколько времени после в/м инъекции держать ватный шарик.

По результатам анкетирования медсестер мы выявили, что 100% сотрудников, при постановке инъекций используют перчатки и меняют их во время, маску каждые 2 часа меняют 95% сотрудников.

Все медсестры четко знают и соблюдают правила асептики и антисептики, в вопросах обработки рук и обработки инъекционного поля, они так же компетентны. Кроме того работники правильно осознают роль медсестры в профилактике постинъекционных осложнений.

Проанализировав работу отделения по вопросам профилактики постинъекционных осложнений, можно отметить, что медсестры ответственно относятся к алгоритмам выполнения манипуляций (смена масок и перчаток, обработка рук, не допускают украшения на руках, соблюдают алгоритм постановки инъекций, соблюдают правила асептики). Однако, в связи с большой загруженностью медицинских сестер, времени на беседы с пациентами для профилактики эндогенных факторов возникновения

постинъекционных осложнений остается не так много, поэтому в качестве рекомендаций я предлагаю использовать брошюры для пациентов, которые полноценно дополняют беседы медицинских сестер по профилактике постинъекционных осложнений, а так же памятки для медсестер по профилактике экзогенных факторов возникновения постинъекционных осложнений.

В заключении необходимо отметить, что основные принципы профилактики постинъекционных осложнений заключаются в следующем:

Профилактика действия экзогенных факторов:

- Использование одноразового инструментария;
- Строжайшее соблюдение антисептики и асептики.
- Соблюдение техники гигиенического мытья и гигиенической антисептики рук медперсонала;
- Антисептическая обработка кожных покровов пациента перед инъекцией;
- Соблюдение санитарно-противоэпидемического режима;
- Осуществление производственно – лабораторного контроля в ЦСО, процедурных, прививочных и др. кабинетах.

Клинические меры профилактики:

- Использование игл, предназначенных для проводимого типа инъекций;
- Соблюдение техники постановки инъекций;
- Уменьшение длительности пребывания на лечении в стационаре;
- Снижение парентеральной загруженности пациентов.

Профилактика эндогенных факторов:

- Санация хронических очагов инфекции
- Повышение неспецифической сопротивляемости организма
- Снижение массы тела

-Здоровый образ жизни

Глоссарий

№ п/п	Понятие	Содержание
1.	2.	3.
1.	Абсцесс	гнойное воспаление мягких тканей с образованием полости, заполненной гноем и отграниченной от окружающих тканей пиогенной мембраной.
2.	Аллергические реакции	на введение того или иного лекарственного средства путем инъекции могут протекать в виде крапивницы, острого насморка, острого конъюнктивита, отека Квинке, анафилактический шок.
3.	Антибиотик	вещество, избирательно подавляющее развитие микроорганизмов.
4.	Антикоагулянт	вещество, препятствующее свертыванию крови и способствующее циркуляции крови.
5.	Аритмия	нарушение сердечного ритма.
6.	Инфильтрат	наиболее распространенное осложнение после подкожной и внутримышечной инъекций – рассматривается как внутрибольничная инфекция.
7.	Липодистрофия	местное уменьшение объема жировой ткани в подкожной клетчатке.
8.	Медикаментозная эмболия	может произойти при инъекциях масляных

		растворов подкожно или внутримышечно (внутривенно масляные растворы не вводят!), и попадание иглы в сосуд.
9.	Некроз	(омертвление) тканей. Попадание лекарственного средства под кожу при венепункции возможно вследствие: прокалывания вены насквозь или непопадание в нее.
10.	Резорбтивное действие	действие лекарственных средств или токсических веществ, проявляющееся после всасывания их в кровь.

Список используемых источников

Основные:

1. Письмо МИНЗДРАВА РФ от 17.04.2000 N 2510/4196-32 "О профилактике внутрибольничных инфекций" (вместе с "концепцией "Профилактика внутрибольничных инфекций")

2. Управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека главный государственный санитарный врач российской федерации постановление от 29 ноября 2011 г. n 146 «О профилактике внутрибольничных инфекций»

3. Приказ № 209 от 25.06.02 "О номенклатуре специальностей в учреждения здравоохранения Российской Федерации", где введена специальность 040601 "Управление сестринской деятельностью"

4. Приказ № 267 от 16.08.02 "Управления сестринской деятельностью" должностей специалистов с высшим сестринским образованием по специальности "Сестринское дело".

Дополнительные:

1. Авхименко, М. М., Некоторые факторы риска труда медика / М. М. Авхименко // Медицинская Помощь . –2010 №2 .- с. 25-29 .

2. Акимкин В. Г., Селькова Е. П., Стэцюра И. С. и др. Организация деятельности больничного эпидемиолога и основные направления профилактики внутрибольничных инфекций в многопрофильном стационаре // Эпидемиол. и инфекц. болезни. 2010. - № 5. - С. 34-36.

3. Акимкин В.Г. Медицинская сестра основное звено в профилактике внутрибольничных инфекций // Сестринское дело. . - № 5 - 6.- с. 42-43.

4. Акимкин В.Г. Концептуальная модель организации эпидемиологического надзора за внутрибольничными

инфекциями в системе социально-гигиенического мониторинга.
// Эпидемиология и инфекционные болезни. -2013.-№ 2.-с. 11-15.

5. Афиногенов Г.Е. Афиногенова А.Г. Современные подходы к гигиене рук медицинского персонала. // Клини. Микробиол. Антимикроб. Химиотерапия. 2014. - том 6 - № 1. - с. 65-91. >

6. Безопасность иммунизации: Пособие для врачей. Под редакцией чл.-корр. РАМН, д.м.н., проф. Беляева Е.Н., доц. Ясинского А.А. Москва.- 2014. - с.134

7. Белобородов В.Б., Митрохин С.Д., Стафилококковые инфекции // Инфекции и антимикробная терапия. -2013. № 1, т.5.- с. 12 -18.

8. Внутрибольничные инфекции: Пер. с англ./ Под ред. Р.П. Венцеля. - Издание 2-е переработанное М.: Медицина, 2014.- 840с.

9. Выговский А.А. Предупреждение внутрибольничных инфекций в поликлинических учреждениях. // Terra MEDICA nova. 2012. - № 1(25).

10. Дворецкий Л.И. Пожилой больной и инфекция // Инфекции антимикробная терапия. 2012. - том 04 - № 6.- с. 180-187.

11. Зуева Л.П., Яфаев Р.Х. Эпидемиология: Учебник.-СПб:000 «Из-во Фолиант», 2014.-752с.:ил.

12. Зуева Л.П. Обоснование стратегии борьбы с госпитальными инфекциями и пути ее реализации // Эпидемиология и инфекционные болезни.- № 6.- 2010.- с.Ю -13.

14. Клясова Г.А., Кандидозные инфекции в хирургической практике, РМЖ. 2014. - том 12, № 8. - с.548-561.

15. Кожарская Г. В. Некоторые аспекты внутрибольничных инфекций // Эпидемиол. и инфекц. болезни. 2010. -№ 5. - С. 46-47.

16. Колб Л.И. Основные причины постинъекционных осложнений в ЛПУ // Белорус, мед.журнал. 2012. -№ 2. - с. 21-26.

17. Кукеев Т.К., Алимжанов А.К. Гнойно-септические осложнения у больных наркоманией // Материалы третьего конгресса ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. Москва. - 2011. - с. 629.

18. Кулешова Л.И., Е.В. Пустоветова, Л.А. Рубашкина. Инфекционный контроль в лечебно-профилактических учреждениях. Ростов-н/Д : Феникс, 2013 3592 с.

19. Любимова А.В., Еремин С.Р. Гигиена рук медицинского персонала // Современные проблемы эпидемиологии, диагностики и профилактики внутрибольничных инфекций: Материалы 3-й Рос. Научно-практ. Конф. с международным участ. — СПб.- 2013.- с.252

20. Меньшиков Д. Д., Каншин Н. Н., Пахомова Г. В. и др. Профилактика и лечение внутрибольничных гнойно-септических инфекций // Эпидемиол. и инфекц. болезни. 2010. - № 5. - С. 44-46.

21. Медуницин Н.В. Вакцинология.-Москва, .-272 с.

22. Монисов А. А., Лазикова Г. Ф., Фролочкина Т. И. и др. Состояние заболеваемости внутрибольничными инфекциями в Российской Федерации // Эпидемиол. и инфекц. болезни. 2010. -№ 5. - С. 9-12.

23. Наповалова И.В., Фетцер В.В., Сергеева И.З. Залукаева О.А., Зорин А.Ю. Проблема постинъекционных осложнений. // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2013. - Том 5. — Приложение 1 .- с. 26 - 27 .

24. Петри. А, Сэбин К. Наглядная статистика в медицине / Пер. с англ. — М.:ГЭОТАР-МЕД, 2013.-144 с.

25. Практическое руководство. Основы инфекционного контроля, издание 2-е, под ред. Э.О'Рурк, Н.Семиной, Л.Зуевой, 2012. 256 с.

26. Покровский В.И. и др. (16 авторов) Концепция профилактики внутрибольничных инфекций.// Эпид. и инф. бол. 2010.- №5.- С. 4-9.

Список сокращений

ВБИ – внутрибольничные инфекции

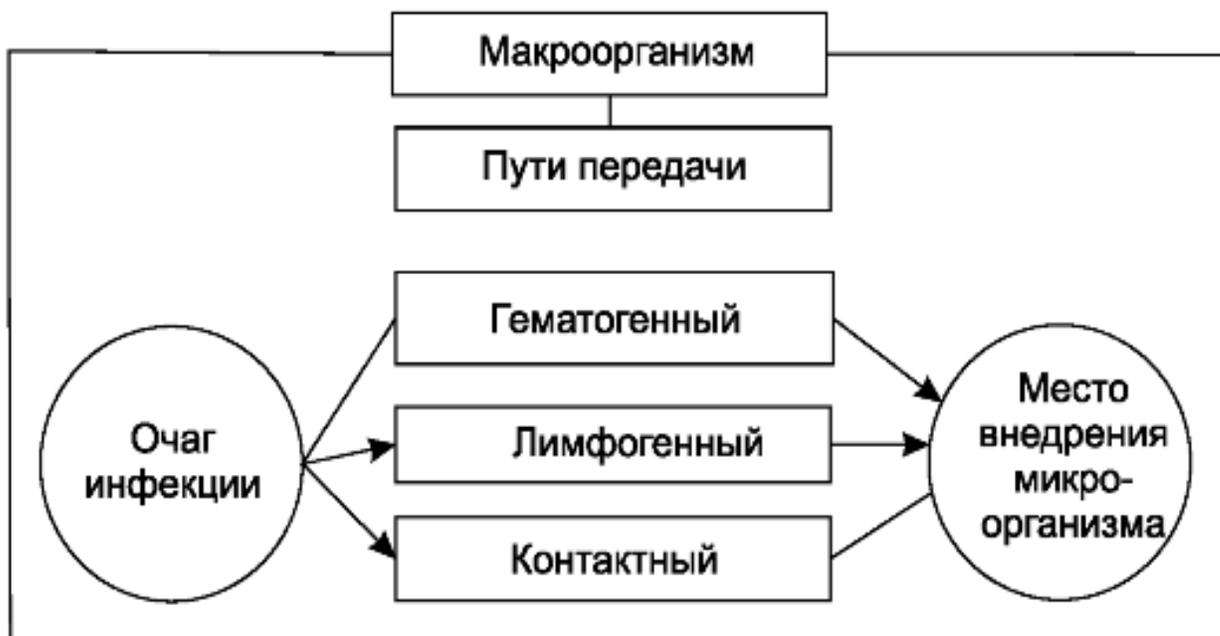
в/в – внутривенно

в/м – внутримышечно

ПВО – постинъекционные воспалительные осложнения

ПИО – постинъекционные осложнения

СанПиН – санитарные правила и нормы



Профилактика действия экзогенных факторов	Клинические меры профилактики	Профилактика эндогенных факторов
<p>✓</p> <p>Использование медицинского одноразового инструментария</p> <p>✓</p> <p>Обеспечение качественной дезинфекции и стерилизации изделий медназначения, расходного материала, используемых при проведении инъекций, внутрисосудистой катетеризации;</p> <p>✓</p> <p>Строжайшее соблюдение антисептики и асептики</p>	<p>✓ Снижение парентеральной загруженности пациентов посредством: замены парентеральных лекарственных форм на энтеральные, обоснованности назначения инъекционных препаратов с учетом факторов риска развития ПИО, сведения к минимуму кратности инъекционных вмешательств</p> <p>✓</p> <p>Использование игл, предназначенных</p>	<p>✓ Санация хронических очагов инфекции</p> <p>✓ Повышение неспецифической сопротивляемости организма</p> <p>✓ Снижение массы тела</p> <p>✓ Здоровый образ жизни</p>

<p>при проведении парентеральных манипуляций;</p> <p>✓</p> <p>Соблюдение техники гигиенического мытья и гигиенической антисептики рук медперсонала, осуществляющего инъекционные манипуляции.</p> <p>✓</p> <p>Антисептическая обработка кожных покровов пациента перед инъекцией.</p> <p>✓</p> <p>Соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в процедурных, прививочных, манипуляционных кабинетах.</p> <p>✓</p>	<p>для проводимого типа инъекций</p> <p>✓ Соблюдение техники постановки инъекций;</p> <p>✓</p> <p>Уменьшение длительности пребывания на лечении в стационаре;</p> <p>Рациональная антибиотикотерапия</p>	
---	--	--

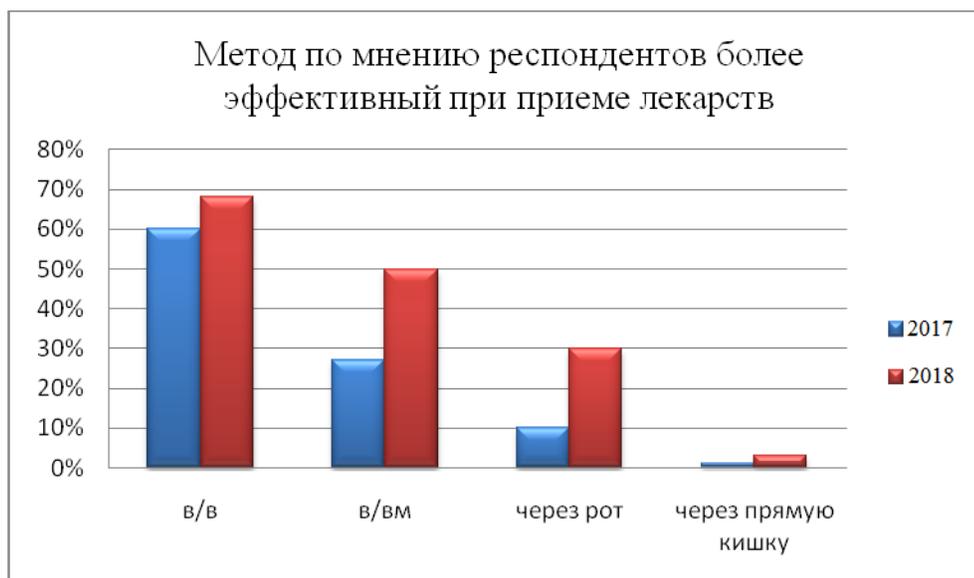
Осуществление производственно - лабораторного контроля в ЦСО, процедурных, прививочных и др.кабинетах.		
--	--	--

Таблица 3

Сестринские манипуляции в процедурном кабинете за 2017-2018 годы

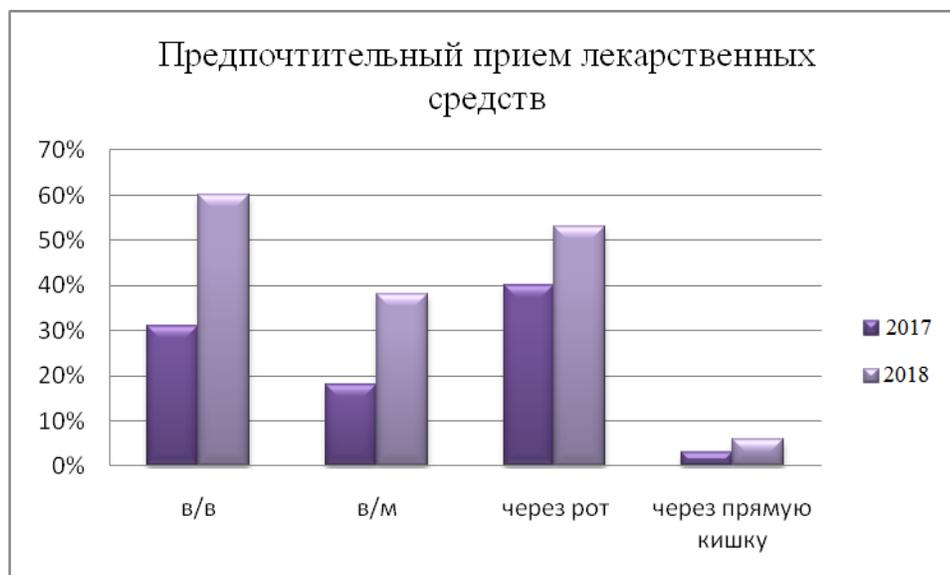
Годы	В/в инъекции	В/в вливания	В/м, п/к инъекции	Постановка периферичес кого катетера	Взятие крови на анализы	Ассисти рование врачу по гемотра нсфузии
2017	3976	573	36943	79	725	54
2018	4731	659	34821	91	798	63

Метод, по мнению респондентов, более эффективный при приеме лекарств:



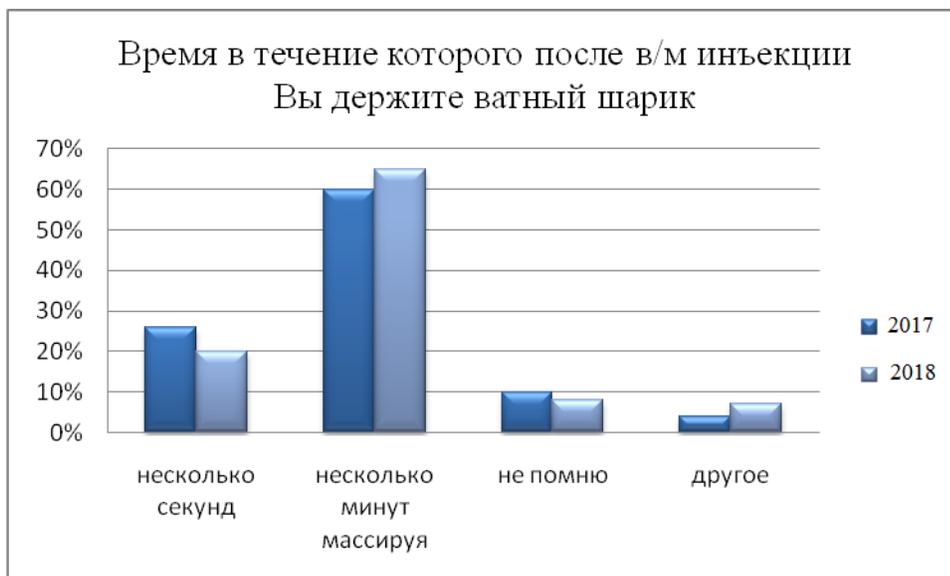
«Рис.1».

Предпочтительный прием лекарственных средств:



«Рис.2».

Время, в течение которого после в/м инъекции Вы держите шарик.



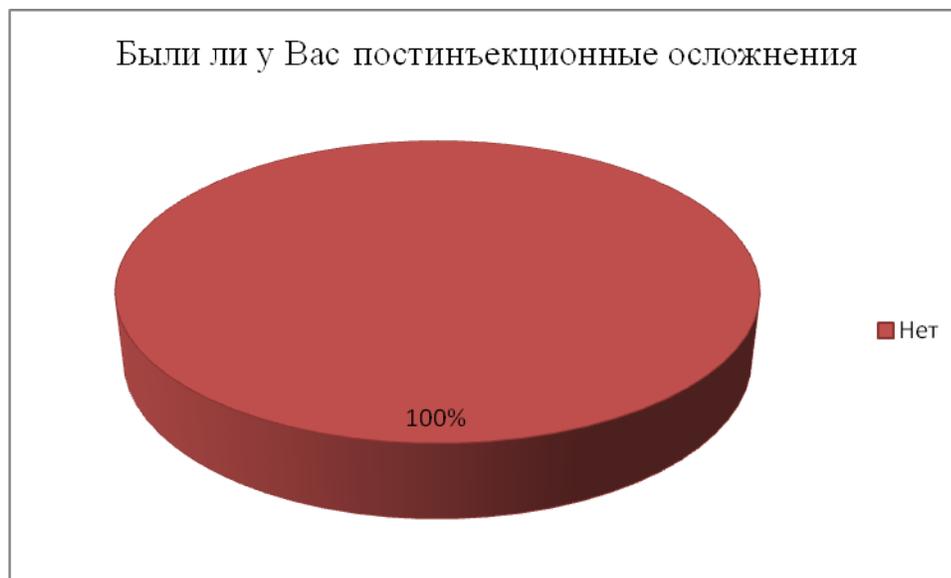
«Рис.3».

Знания пациентов о постинъекционных осложнениях:



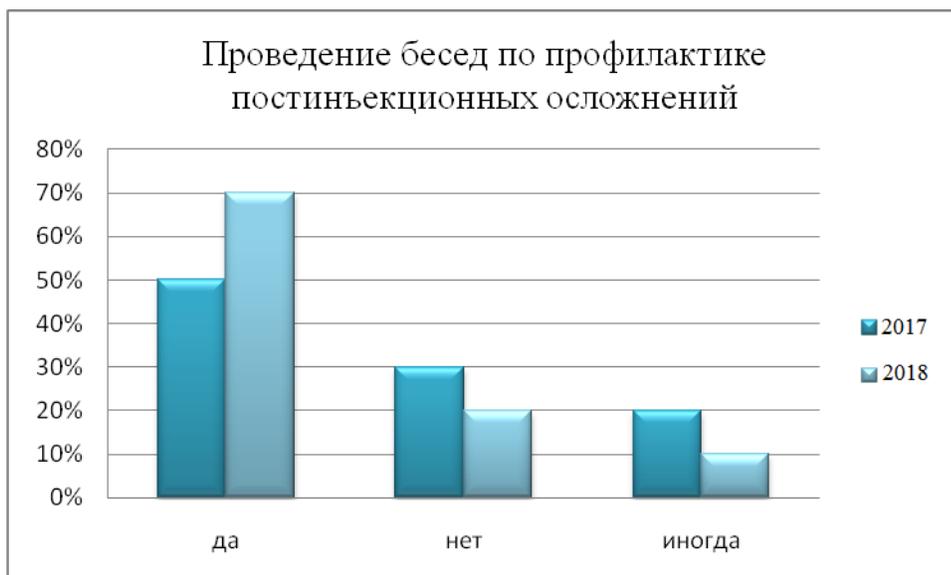
«Рис.4».

« Были ли у Вас постинъекционные осложнения?»



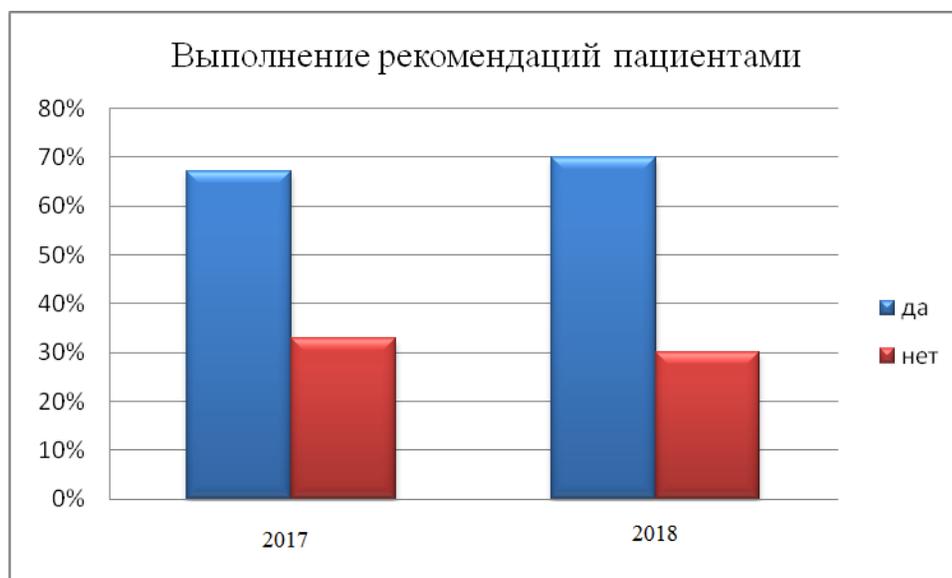
«Рис.5».

Данные о проведении медсестрами бесед по профилактике осложнений:



«Рис.6».

Выполнение рекомендаций пациентами:



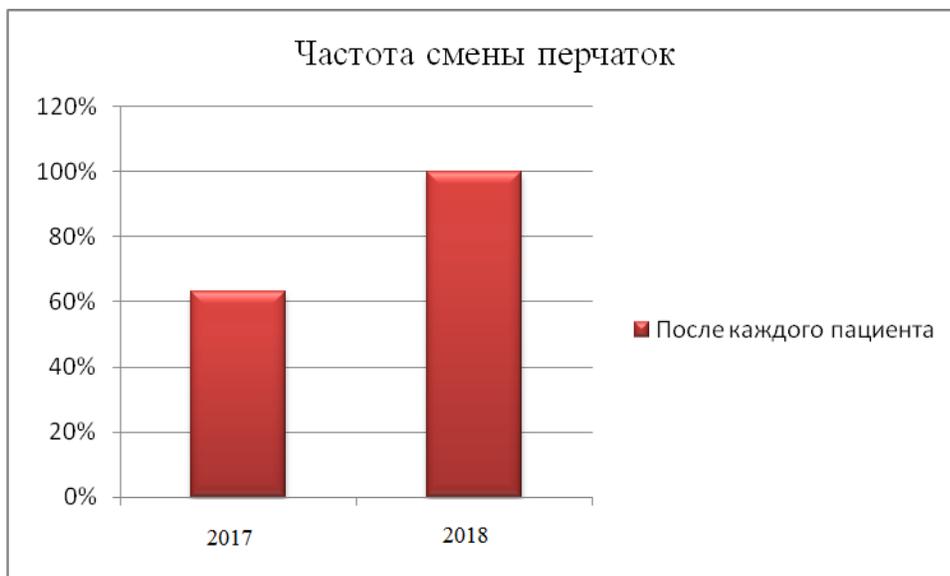
«Рис.7».

Использование перчаток при постановке инъекции:



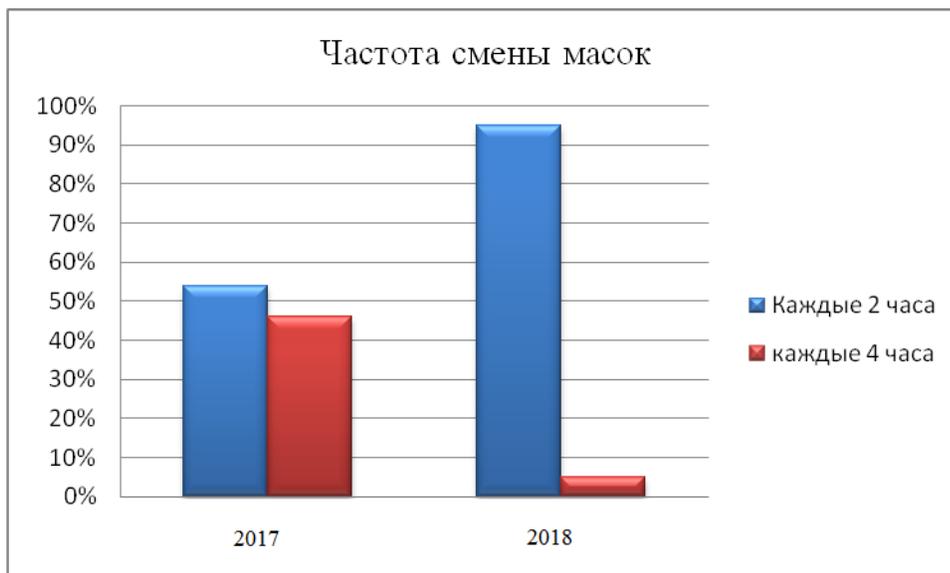
«Рис.8».

Частота смены перчаток:



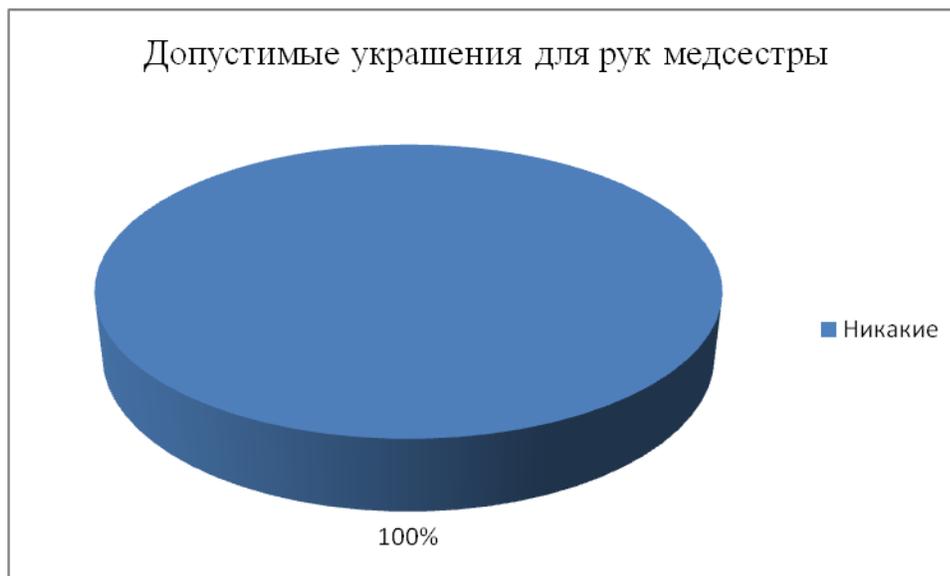
«Рис.9».

Частота смены маски в течение рабочего дня



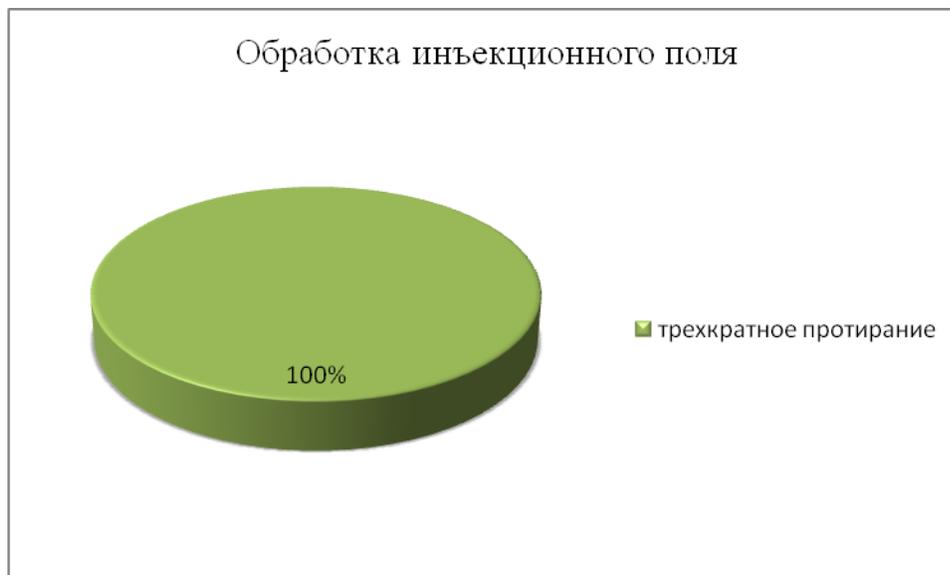
«Рис.10».

Допустимые украшения для рук медсестры.



«Рис.11».

Обработка инъекционного поля.



«Рис.12».

Роль медсестры в профилактике постинъекционных осложнений.



«Рис.13».

Должностная инструкция медицинской сестры процедурного кабинета.

Общие положения.

На должность медицинской сестры процедурного кабинета принимаются лица, имеющие законченное среднее образование, а также стаж работы в данном отделении не менее трёх лет.

Принимаются и увольняются главным врачом больницы по представлению главной медицинской сестры. Перед поступлением на работу проходят обязательно медицинское обследование.

Процедурная медицинская сестра находится в непосредственном подчинении у заведующего отделением и старшей медицинской сестры отделения. Процедурная медицинская сестра работает по графику, составленному старшей медицинской сестрой, утвержденному заведующим, главным врачом. Изменения графика работы допускается с согласия старшей медицинской сестры и заведующего отделением.

Замена процедурной медицинской сестры в период её отсутствия проводится заведующим отделением и старшей медицинской сестрой путём перевода на эту должность одной из медицинских сестер отделения, хорошо освоивших эту работу.

Обязанности.

Выполнять манипуляции по назначению врача.

Начинать работу только после подготовки кабинета к выполнению процедур, тщательной подготовки инструментария.

Соблюдать последовательность проведения процедур в соответствии с графиком работы.

Строго соблюдать правила асептики и антисептики при проведении

процедур.

В течение работы поддерживать необходимый порядок, соответствующую культуру работы и санитарное состояние.

Строго соблюдать технологию проведения процедур и манипуляций.

Немедленно ставить в известность врача об осложнениях, владеть методиками оказания доврачебной помощи. Готовить необходимый набор инструментов и материалов и ассистирует врачу при проведении манипуляций в данном кабинете.

Качественно вести документацию процедурного кабинета.

Ежедневно делать отметки в выполненных процедурах.

Строго соблюдать санитарно-эпидемиологический режим кабинета, носить спецодежду, соответствующую требованиям процедурного кабинета.

Владеть технологией постановки проб на скрытую кровь.

Осуществлять контроль за работой санитарки кабинета..

Соблюдать правила внутреннего распорядка, техники безопасности на своем рабочем месте.

Постоянно совершенствовать свои медицинские знания, участвовать в Обще больничных сестринских конференциях, не реже одного раза в пять лет проходить циклы специализации и усовершенствования на курсах повышения квалификации.

Права.

Имеет право получать необходимую для своей работы информацию.

Вносить предложения по совершенствованию кабинета.

Проходить аттестацию для получения квалификационной категории.

Знакомиться с актами проверки кабинета и в случае не согласия вносить в них свои замечания и предложения.

Ответственность.

Процедурная медсестра несет ответственность за:

Своевременное выполнение назначений врача по проведению процедур.

Выполнение санитарно-эпидемиологического режима на своем рабочем месте, соблюдать правила асептики и антисептики.

Обеспечение кабинета в течение суток необходимым количеством инструментов, лекарственных препаратов, растворов, стерильных материалов для выполнения процедур.

Соблюдение условий и правил хранения лекарственных препаратов и инструментов оборудования кабинета.

Качественное ведение документации кабинета.

Правильную организацию работы санитарки.

Алгоритм генеральной уборки процедурного кабинета

Надеваем чистый халат, колпак, маску, перчатки.

В процессе уборки важно соблюдать определённую последовательность: вначале протирают потолок и стены, затем стекла, подоконники, трубы отопительной системы, аппаратуру и заканчивают уборку мытьём пола.

При применении дезинфицирующего средства в комплексе с моющим средством процессы мытья и дезинфекции объединяются (п. 1 и п. 2 объединяются).

Алгоритм.

- 1.Обработка поверхностей (мытьё) с моющим 0,5% раствором.
 - 2.Обработка дезинфицирующим средством.
 - 3.Экспозиция 1 час с кварцеванием. Надеваем стерильный халат, колпак, маску, перчатки
 - 4.Смываем со стерильной ветошью теплой водой
 - 5.Кварцевание 1 час.
 - 6.Проветривание 30 минут.
- Моющий 0,5% раствор (50 г порошка Лотос на 10 литров воды).

АНКЕТА

Уважаемые сотрудники, просим Вас ответить на следующие вопросы (отметив нужное). Результаты опроса будут целенаправленно использованы в курсовой работе.

Мы гарантируем соблюдение конфиденциальности Ваших ответов.

1. Всегда ли вы используете перчатки при постановке инъекций?

.....

2. Как часто вы меняете перчатки?

- а) после каждого пациента
- б) по мере загрязнения
- в) В конце смены

3. Как часто вы меняете маску?

- а) каждые 2 часа
- б) каждые 4 часа
- в) В конце смены

4. Допустимы ли украшения на руках медсестры?

- а) да
- б) нет

5. Как правильно обрабатывать инъекционное поле?

- а) однократно
- б) двукратно
- в) трехкратное протирание

6. Материал используемый для обработки инъекционного поля.....

7. Роль медсестры в профилактике постинъекционных осложнений?

- а) Соблюдение правил асептики и антисептики
- б) Выбор правильного места постановки инъекций
- в) Выбор иглы правильной длины
- г).....

Спасибо!

Анкета

Уважаемые пациенты, просим Вас ответить на следующие вопросы (отметив нужное). Результаты опроса будут целенаправленно использованы в курсовой работе. Мы гарантируем соблюдение конфиденциальности Ваших ответов.

1) Как Вы думаете, лекарство эффективнее принимать:

- а) через рот
- б) через прямую кишку
- в) внутримышечно
- г) внутривенно

2) Как вы предпочитаете принимать лекарство?

- а) через рот
- б) через прямую кишку
- в) внутримышечно
- г) внутривенно

3) После внутримышечной инъекции Вы держите ватный шарик:

- а) несколько секунд
- б) несколько минут массируя
- в) не помню
- г) другое.....

4) Какие Вы знаете постинъекционные осложнения?.....

5) Были ли у Вас постинъекционные осложнения?.....

6) Проводят медсестры беседы по профилактике постинъекционных осложнениях?.....

7) Вы выполняете эти рекомендации?.....

Спасибо!