

Министерство здравоохранения Российской Федерации
государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования

**ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ имени И.М.СЕЧЕНОВА**
Факультет высшего сестринского образования и психолого-социальной работы
Кафедра Общественного здоровья и Здравоохранения

Выпускная квалификационная работа (бакалаврская работа) на тему:

**ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОТДЕЛЕНИИ
ОПЕРАЦИОННЫЙ БЛОК**

Направление подготовки 060500 Сестринское дело

«Допущена к защите»
Протокол № _____ от _____

Исполнитель:
Григорьева Марина Александровна
(гр. 06-03, заочная форма обучения)

Заведующий кафедрой:
Косимовская Н. А.

Научный руководитель:
Полещук Илья Анатольевич

«Прошла защиту»
Оценка _____

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА	7
1.1. Организация работы операционного блока	7
1.2. Организация работы операционной медсестры в операционном блоке	12
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА	22
2.1. Цели и задачи исследования	22
2.2. Анализ деятельности операционного блока.....	24
2.3. Анализ деятельности медицинских сестер операционного блока.....	27
ВЫВОДЫ.....	50
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	53
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	54
Приложение 1 Анкета для медицинских сестер. Блок А.....	58
Приложение 2 Анкета для медицинских сестер. Блок Б.....	60

ВВЕДЕНИЕ

Операция – это важнейшее событие в жизни каждого хирургического больного и, чтобы ее эффект был максимальным, необходима соответствующая периоперативная подготовка. Основными этапами лечения хирургического больного, являются: предоперационная подготовка; хирургическая операция; лечение в послеоперационном периоде.

Основным положительным моментом периоперативной практики является преемственность между постовой, анестезиологической, операционной медицинской сестрой и медицинским персоналом отделения реанимации и интенсивной терапии.

Операционные сестра несут ответственность моральную и юридическую за обеспечение сестринской помощи хирургическому пациенту на всех этапах лечения хирургического больного.

Актуальность исследования заключается в том, что хирургическая медсестра во время операции в первую очередь занята непосредственно ходом операции и выполняет функции ассистента хирурга. Необходимость постоянно концентрироваться на задачах, требующих быстрых действий, существенно снижает ее возможность участвовать в сестринском уходе. Кроме того, на хирургической медсестре лежит ответственность за оборудование и оснащение операционного блока, не связанные с анестезией. Хирургическая медсестра ассистирует хирургу, отвечает за инфекционную безопасность, за инструментарий и неанестезиологическую аппаратуру, за наличие и учет медикаментов, всех перевязочных, шовных материалов и инструментов, которые использовались во время операции. Таким образом, четкая организация деятельности медицинской сестры обеспечивает качественную работу операционного блока.

Вопросы организации деятельности медицинской сестры операционного блока изложены в работах И.С. Котова (2013), Н.В. Филиппова (2009), Л.Ф.

Солонинкина (2007), С.В. Иващенко (2012), О.В. Локтионова (2009), И.В. Алмазова, В.Г. Крыжановский, Н.В. Лебедева, Вакулов В.М. (2013).

Цель исследования – рекомендации по совершенствованию работы медицинской сестры в отделении операционный блок.

Таблица 1. Задачи и методы исследования.

Задачи исследования	Единица исследования	Предмет исследования	Методы сбора информации	Методы исследования
1.Провести литературный обзор по теме	Статьи, книги, интернет-сайты	Литературные источники		Аналитический
2.Проанализировать деятельность операционного блока	Средний медицинский персонал операционного блока	Должностная инструкция операционной медсестры, анкета для операционных медицинских сестёр	Анкета	Аналитический Социологический Графологический
3.Проанализировать деятельность медицинской сестры	Анкета	Результаты анкетирования	Анкетирование	Статистический, социологический, аналитический, графический
Разработать практические рекомендации по совершенствованию работы медицинской сестры	Деятельность медицинской сестры операционного блока	Должностные инструкции операционной медицинской сестры	Анкетирование	Статистический, социологический, аналитический, графический
5.Обосновать рекомендации по совершенствованию работы	Результат исследования	Мероприятия, направленные на усовершенствование работы в отделении		Аналитический

Задачи исследования:

- 1) Провести литературный обзор по вопросам организации работы операционного блока;
- 2) Проанализировать деятельность операционного блока;
- 3) Провести анализ деятельности медсестры операционного блока,
- 4) Разработать практические рекомендации по совершенствованию работы медицинской сестры в отделении операционного блока
- 5) Обосновать рекомендации по совершенствованию деятельности медицинской сестры.

База исследования: операционный блок №1 Детской Городской Клинической Больницы имени Н.Ф. Филатова № 13.

Предмет исследования: работа медицинского персонала операционного блока.

Объект исследования: деятельность медицинских сестер.

Единица наблюдения: медицинские сестры операционного блока.

Объем наблюдения: 20 медицинских сестер.

Источники информации: литературные источники, отчетные статистические данные отделения, анкеты для медицинских сестер.

Метод сбора информации: анализ официальной медицинской документации, анкетирование медицинского персонала, наблюдение, интервью.

Структура работы. Работа состоит из введения, двух глав, выводов, заключения, списка литературы и приложений.

В первой главе рассмотрены теоретические основы организации операционного блока и организация работы медицинских сестер в операционном блоке.

Во второй главе проведен анализ деятельности операционного блока, проведен анализ деятельности операционных медсестер, разработаны практические рекомендации.

Практическая значимость работы заключается в том, что разработанные практические рекомендации можно использовать в любых отделениях

медицинских организаций для улучшения деятельности медицинских сестер и отделений в целом.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА

1.1. Организация работы операционного блока

В состав любого хирургического стационара входит операционный блок или соответствующее специализированное отделение, где выполняют оперативные вмешательства, без которых немислима работа хирурга. Вся организация этого важнейшего подразделения подчинена созданию условий, позволяющих успешно провести операцию. Среди них на первом месте стоит соблюдение основного закона хирургии – асептики, т.е. всё, что соприкасается с раной должно быть стерильным, свободным от микробов и их вегетативных форм. Другим условием благополучного завершения оперативного пособия является обеспечение адекватного обезболивания. Именно поэтому операционный блок, по сути, есть центр священнодействия работников двух специальностей – хирургии и анестезиологии. Для реализации этих условий предусматривают мероприятия организационного и санитарно-гигиенического плана, которые составляют содержание клинической гигиены операционного блока.

Согласно принципу зонирования оперблока в нём выделяют:

1. Зона стерильности:

- операционный зал;
- стерилизационная.

2. Зона строгого режима:

- предоперационная;
- моечная;
- наркозная
- аппаратная.

3. Зона ограниченного режима:

- инструментально-материальная;

- раздевалка;
- комната хирурга;
- комната операционных медсестёр;
- протокольная;
- комната анестезистов;
- зал пробуждения больных;
- экспресс-лаборатория.

4. Зона общего режима:

- кабинет заведующего отделением;
- комната старшей операционной медсестры;
- помещение для грязного белья;
- душевая;
- санитарный узел.

Операционный блок должен располагаться отдельно от остальных помещений — это может быть отдельный этаж, а в некоторых случаях он выносится даже в специальные пристройки, соединённые переходом с основным больничным комплексом.

Требования к внутренней отделке

Помещения оперблока должны быть отделаны водостойкими материалами:

- потолки покрашены масляной краской;
- стены и полы отделаны кафелем;
- радиаторы отопления должны быть встроены в стены.

Требования к отоплению:

- температура в операционной должна быть 22-25 °С;
- слишком высокая температура в операционной ведёт к усилению потоотделения и неблагоприятно отражается на состоянии больного, а также ведёт к нарушению асептики;
- низкая температура способствует переохлаждению больного и возникновению осложнений (пневмония) в послеоперационном периоде.

Требования к освещению:

- освещение операционной — естественное с окнами на север;
- искусственное освещение — потолочные светильники;
- специальное освещение — бестеневые лампы над операционными столами;
- на случай отключения электричества в операционной должна быть аварийная лампа, питающаяся от аккумулятора.

Требования к вентиляции:

- вентиляция в операционных осуществляется кондиционерами, фильтры которых задерживают микроорганизмы (со сменой воздуха 8-10 раз в час).

Требования к уборке:

- уборка операционной проводится с применением дезсредств согласно действующим инструкциям;
- персонал работает в перчатках;
- при производстве генеральной уборки персонал работает в защитных очках и респираторах.

Предварительная уборка проводится перед началом рабочего дня: протирают влажным способом горизонтальные поверхности — пол, подоконники, оборудование.

Текущая уборка проводится во время операции: подбирают с пола случайно упавшие салфетки, шарики и вытирают запачканный кровью пол.

Уборка операционной после каждой операции: вынос всех отработанных материалов, обработка операционного стола, смена белья на операционном столе, при необходимости — мытьё полов, горизонтальных поверхностей, подготовка инструментов для следующих операций.

Заключительная уборка проводится в конце рабочего дня: моют полы, горизонтальные поверхности, выносят использованный перевязочный материал и операционное бельё, включают бактерицидные лампы.

Генеральная уборка проводится один раз в неделю: моют всю операционную (потолок, пол, стены) с применением моющих и дезинфицирующих средств согласно действующим инструкциям.

Основопологающим принципом организации работы в операционной является строжайшее соблюдение правил асептики. Соблюдение режима начинается с планирования операционного дня. В соответствии со степенью инфицированности операции определяют операционные, где будет выполняться оперативное вмешательство и его очередность. Операции выполняют, соблюдая очерёдность от менее инфицированной к более инфицированной. Режим работы операционного блока предусматривает ограничение посещений его. Во внерабочее время в операционной никто не должен находиться. В операционную допускаются работники операционной, операционные бригады, анестезиологические бригады. Входить в операционную без необходимости запрещается. Персонал перед операцией проходит санпропускник, переодевается в специальное бельё, отличающиеся по цвету от одежды сотрудников других отделений, надевает бахилы или специальную обувь, шапочки, маски. В настоящее время вместо масок появились специальные пластиковые колпаки на лицо, из-под которых выдыхаемый воздух отсасывается специальной системой. Больные также готовятся к операции, производится мытье, смена белья, сбривание волос в области операционного поля, на голову одевается колпак. Доступ посторонних лиц (студенты, наблюдатели) максимально сокращается. Для наблюдения за операцией в современных операционных применяется телевидение. Во время операции передвижение персонала по операционному залу должно быть ограничено. Необходимо ограничить разговоры. Человек за 1 час в покое при дыхании выделяет 10-100 тысяч микробных тел, а при разговоре – до 1 миллиона.

Для выполнения любой операции существенное значение имеет организационная сторона дела. В операционном блоке это – его общее состояние, надежное обеспечение всеми материалами, медикаментами,

специальной аппаратурой и оборудованием для проведения срочных лабораторных исследований, а также хорошо обученный средний медицинский персонал.

Старшая операционная медсестра отвечает за организацию всей работы в операционном блоке. Здесь должно быть предусмотрено все необходимое для трансфузии крови; нужно иметь лекарственные растворы, средства реанимации больной, если во время операции в этом возникает необходимость, а также противоопухолевые препараты, если удаляемая опухоль окажется злокачественной.

В современных операционных часто используется множество аппаратов, систем и специальных блоков, применяемых непосредственно хирургами и анестезиологами. Поэтому не должно быть свободного допуска в операционную лиц, не участвующих в операции или не обеспечивающих ее другими средствами.

Особенно опасно перемещение персонала из «гнилой» операционной в «чистую». Не следует разрешать пребывание в операционной персонала в масках, которые использовались в других отделениях. Маски должны быть получены здесь же, в предоперационной. Важно также не допускать пребывания в операционной лиц в обуви, которой пользовались в других отделениях. Если же обувь не меняется в предоперационной, на нее следует надевать полотняные чулки (бахилы). Необходимо использовать халаты только операционного отделения и наглухо их застегивать. Хирурги не должны работать в шелковом нательном белье или шерстяной одежде. Перед операцией следует переодеться в специальное полотняное белье, полученное в операционном отделении.

Руки хирурга требуют особенно тщательного ухода; с поверхности рук удалить микробы сравнительно легко, но значительно труднее – из глубины пор или складок кожи. На руках в наибольшем количестве микробы скапливаются обычно в трещинах и естественных углублениях, например, в корнях волос, потовых и сальных железах, причем и у здоровых людей до 10% этих

микроорганизмов – патогенные, особенно при наличии кожных заболеваний. Поэтому хирург и любой другой член операционной бригады с кожными заболеваниями не имеет права принимать участие в операции.

1.2. Организация работы операционной медсестры в операционном блоке

На должность операционной медицинской сестры назначается лицо, имеющее среднее медицинское образование и соответствующую подготовку по специальности "Операционное дело".

В подготовке к операции и послеоперационном уходе участвуют палатные и операционные медсестры. Операционные медсестры несут ответственность за обеспечение сестринской помощи пациентам на всех этапах: перед операцией, во время операции и после нее. Знакомство пациентов с операционной медсестрой накануне операции, осведомленность об условиях, в которые она попадает, положительно влияют на ее психологическое состояние, что не может не сказаться на результате операции. Беседа перед операцией между пациентом и операционной медсестрой способствует достижению доверия между ними, поднимает авторитет медсестры.

Операционная медсестра руководит процессом подготовки операционной аппаратуры, расходных материалов, следит за соблюдением правил асептики и антисептики всей операционной бригады. Знание диагноза, состояния пациентки, сопутствующих заболеваний и плана предстоящей операции дает возможность операционной медсестре подготовиться к любым экстремальным ситуациям, помочь хирургической бригаде принять правильные решения. От взаимоотношений между медсестрой и пациентом нередко зависит результат операции и лечения.

Для систематизации сестринской деятельности используют стандартные формы медицинской документации.

Целью предоперационной подготовки является снижение риска развития осложнений, как во время операции, так и в послеоперационном периоде.

Предоперационный период включает два основных блока: диагностический и собственно подготовительный. Указанные блоки могут реализовываться последовательно или параллельно.

Во время предоперационного периода решаются следующие задачи:

- устанавливается диагноз и определяются показания к операции, срочность ее выполнения и объем;
- оценивается состояние всех систем организма, выявляется сопутствующая патология;
- осуществляется психологическая, соматическая и, по показаниям, специальная подготовка больного к предстоящему оперативному вмешательству.

Объем непосредственной подготовки больного к операции в значительной степени определяется срочностью выполнения вмешательства.

Общие принципы подготовки больного к плановой операции включают:

- опорожнение желудка;
- опорожнение кишечника;
- опорожнение мочевого пузыря;
- подготовку операционного поля;
- премедикацию.

Опорожнение желудка

При наполненном желудке после введения больного в наркоз возможно попадание содержимого в пищевод, глотку, ротовую полость, а затем в дыхательные пути с развитием асфиксии, которая может привести к летальному исходу или развитию в послеоперационном периоде аспирационной пневмонии. С целью профилактики указанных осложнений достаточно, чтобы больной не принимал пищу в течение 12 часов до операции.

Опорожнение кишечника

Накануне операции больному назначается очистительная клизма.

Целью опорожнения кишечника является профилактика непровольной дефекации на операционном столе. Кроме того, после ряда оперативных вмешательств развивается послеоперационный парез кишечника, и наличие большого количества содержимого будет способствовать его усугублению.

Опорожнение мочевого пузыря

Больной или самостоятельно мочится перед операцией, или, по показаниям, выполняется катетеризация мочевого пузыря.

Предварительная подготовка операционного поля

Подготовка операционного поля является одним из важных элементов профилактики контактной инфекции. Перед плановой операцией осуществляется полная санитарно-гигиеническая обработка больного. Утром в день операции медицинская сестра сухим способом сбривает волосяной покров в области операционного доступа, так как наличие волос затрудняет обработку кожи антисептиками и может послужить одним из факторов развития инфекционных осложнений.

Бритье области операционного поля производится только в день операции, но не ранее. Это связано с тем, что при бритье возникают незначительные повреждения кожи (ссадины), которые могут инфицироваться.

Премедикация

Основные задачи премедикации: снижение эмоционального возбуждения; снижение реакций на внешние раздражители и нейровегетативная стабилизация; создание оптимальных условий для действия анестетиков; профилактика аллергических реакций на лекарственные средства, используемые для наркоза; снижение секреции желез.

Для проведения премедикации используют снотворные средства, транквилизаторы, нейролептики, антигистаминные средства, наркотические анальгетики, холинолитические препараты.

Особенности непосредственной предоперационной подготовки больного при экстренной операции:

- Если пациент принимал пищу ранее 6 часов до предстоящей операции, то необходимо промыть желудок с помощью желудочного зонда.

- Очистительные клизмы с целью опорожнения кишечника не выполняются (при острых заболеваниях органов брюшной полости клизмы противопоказаны, так как повышение внутрикишечного давления может привести к разрыву стенки кишки).

- Подготовка операционного поля заключается в бритье волосяного покрова сухим способом; полная санитарно-гигиеническая обработка больного не проводится.

Эпидемиологическая безопасность в операционном блоке

По данным Локтионова О.В. стоявшихся в 2001 году, 3% медицинских работников были инфицированы вирусными гепатитами во время исполнения ими своих профессиональных обязанностей. Первую группу с наивысшими показателями инфицирования составили сотрудники гемодиализных и гематологических отделений (19,0-22,7%), вторую – работники операционных блоков, хирургических, реанимационных отделений и лабораторий (8,3-14,5 %), третью – медицинский персонал терапевтических отделений (5,0 %).

Инфицированию медицинского персонала способствует ухудшение эпидемиологической обстановки в стране, своеобразие экологических условий ЛПУ и наличие большого числа источников инфекции (больных и носителей) среди пациентов, концентрация ослабленных лиц на ограниченной площади, технизация медицины и увеличение числа сложных инвазивных процедур, большое психоэмоциональное напряжение, увеличение нагрузки и интенсивности труда в условиях «кадрового голода», отсутствие корпоративной культуры безопасности в медицинской среде [5, 6].

Кроме того, эпидемиологические риски для персонала в российских больницах обусловлены несовершенством организации безопасных условий труда, ограниченной эффективностью, недоступностью или отсутствием средств специфической профилактики, недостаточной обеспеченностью лечебно-профилактических учреждений страны современными средствами

индивидуальной защиты персонала, препаратами и оборудованием для дезинфекции и стерилизации, неудовлетворительной работой госпитальных эпидемиологов и отсутствием контроля за этой работой со стороны руководителей органов здравоохранения [7].

Данные свидетельствуют о широком распространении гемоконтактных вирусных инфекций среди пациентов стационаров, уровень которых существенно превышает уровень заболеваемости среди населения страны в целом.

Особую категорию риска представляет медицинский персонал операционных блоков и хирургических отделений. При обследованиях выявляется, что носителями маркеров гемоконтактных вирусных гепатитов являются до 15-62% персонала, работающего в этих отделениях (Локтионов О.В.).

Система периоперационной эпидемиологической безопасности должна включать:

- скрининг персонала на наличие инфекций при приеме на работу и в период работы;
- вакцинацию медицинского персонала против гепатита В;
- обучение персонала, определение процедур, связанных с повышенным риском заражения, и овладение стандартной технологией выполнения диагностических и лечебных процедур;
- безопасность рабочего места и обеспечение персонала средствами индивидуальной защиты;
- внедрение новых технологий;
- механическую обработку медицинского инструментария;
- регистрацию аварийных ситуаций и проведение комплекса неотложных профилактических мероприятий после травмы;
- безопасную транспортировку биоматериалов на морфологические, бактериологические и другие исследования;
- обезвреживание медицинских отходов.

Система должна включать в себя как специфические подходы (вакцинация против гепатита В, постконтактная профилактика антиретровирусными препаратами, которые в случае своевременного назначения после аварийных ситуаций снижают риск профессионального заражения медиков на 80%, использование пегиллированного интерферона, позволяющего значительно улучшить прогноз и увеличить вероятность полного исцеления медработника в случае инфицирования гепатитом С), эффективные лишь в отношении определенных возбудителей, так и неспецифические методы, которые направлены на сокращение вероятности травматизации сотрудников в процессе оказания медицинской помощи. Они способны защитить персонал сразу от всех возбудителей гемоконтактных инфекций (предотвращение контакта с инфекционным агентом). Неспецифические методы первичной профилактики травматизма являются основой защиты медработников и позволяют устранить экономические затраты на постконтактную профилактику и лечение.

Скрининг медицинского персонала на наличие инфекции включает исследование крови на сифилис, гепатит В, гепатит С, ВИЧ-инфекцию, которую проводят:

- при приеме на работу;
- в плановом порядке (1 раз в год);
- по эпидемиологическим показаниям под наблюдением профпатолога.

В целях профилактики ВБИ должны неукоснительно соблюдаться меры индивидуальной защиты при проведении предоперационных манипуляций, оперативных вмешательств, послеоперационной дезинфекции, предстерилизационной очистки хирургического инструментария при всех операциях. При выполнении операций у инфицированных больных бригады состоят из опытных, «сработавшихся» сотрудников. Не участвуют в таких операциях ординаторы и аспиранты, обучающиеся в клинике.

При передаче острого колюще-режущего инструментария строго соблюдается бесконтактный принцип: не «из рук в руки», а «положил – взял».

По возможности, используются одноразовые инструменты, лезвие скальпеля с ручки снимается только специальным приспособлением, а не вручную. Иглы заряжаются и удаляются из иглодержателя только пинцетом. Упавшие иглы собираются с пола инструментом или магнитом, сбрасываются в непромокаемый и непрокаляемый контейнер.

На операциях должны применяться современные системы ретракторов, позволяющие создать адекватный обзор и свободный доступ к операционному полю. При формировании анастомозов и резекции органов преимущественно используются сшивающие аппараты разовые или многоразовые с разовыми кассетами. Начато применение игл ETHIGUARD с закругленным острием, которые позволяют осуществлять вкол с минимальными усилиями при прошивании мягких тканей. При вколе иглы образует отверстие небольшого диаметра, ткани дополнительно не травмируются, а кровотечение минимально. Уникальное закругленное острие иглы практически полностью устраняет риск перфорации хирургических перчаток.

Зона оперативного вмешательства постоянно осушается с помощью мощного хирургического аспиратора. На протяжении всей операции активно используются современные электрокоагуляторы с широким спектром возможностей, что позволяет значительно уменьшить кровотечение и вероятность контакта с инфицированной кровью.

При порезах и проколах барьерные средства механически очищают повреждающую поверхность, что снижает количество патогена, попадающего в рану, и позволяет значительно снизить риск заражения [6, 7].

Все члены операционной бригады в обязательном порядке надевают разовые непромокаемые костюмы, шапочки или шлемы, разовые непромокаемые маски с защитой от брызг, очки, фартук, халат и нарукавники при работе в полостях или халаты с дополнительной защитой, специальную непромокаемую обувь. Адекватно защищать лицо и область шеи особенно необходимо сотрудникам мужского пола: после ежедневного утреннего бритья

у них всегда есть повреждения кожи, а при разбрызгивании крови во время операции она чаще всего попадает именно на эти части тела.

Для хирургической обработки рук выбирают средства с широким спектром противомикробного действия и обязательным вирулицидным свойством, не раздражающие кожу и сохраняющие антимикробную активность в течение 3-4 часов (например, олсепт, октениман, гибитан).

Желательно использовать двойные перчатки с индикацией прокола. С одной стороны, они повышают уровень защиты, уменьшая количество сквозных проколов, а с другой – позволяют вовремя обнаружить повреждение и своевременно принять необходимые меры.

Принцип действия такой системы достаточно прост и очень эффективен: нижняя перчатка отличается от верхней по цвету. Жидкость (кровь, промывные воды и пр.) при повреждении проникает между перчатками, в результате, в области прокола образуется контрастное пятно, которое сигнализирует о перфорации. Многочисленные исследования по субъективному восприятию цвета позволили создать оптимальное соотношение насыщенности цвета нижней перчатки и прозрачности верхней, что очень важно для визуального определения места повреждения.

Использование двойных перчаток с цветовой индикацией прокола выявляет до 97% проколов в сравнении с использованием одной пары перчаток, когда выявляется всего лишь 8% проколов. Результатом применения двойных перчаток является снижение контаминации рук хирурга с 13% до 2% [29, 30,31].

Обеззараживание медицинского инструментария

Колюще-режущие инструменты после использования во время операции помещают в отдельные емкости с моюще-дезинфицирующим средством. Весь инструментарий после операций у инфицированных пациентов должен проходить механическую дезинфекцию и предстерилизационную очистку в моечно-дезинфекционных машинах или ультразвуковых мойках. Загрузку

инструментария в машины осуществляют в специальных перчатках с укрепленными кончиками пальцев.

Регистрация аварийных ситуаций и проведение комплекса неотложных профилактических мероприятий после травмы

Регистрации подлежат все, без исключения, аварийные ситуации в специальном журнале, где указываются данные о пострадавшем и об операции, время, возможные причины, механизм и характер травмы. Анализ этих данных позволяет выявить закономерности и предпосылки, устранить возможные причины травм в последующем. Кроме того, заполняется протокол оперативного вмешательства у инфицированного пациента и акт об аварии с риском профессионального заражения при оказании медицинской помощи по форме, утвержденной главным врачом клиники. При реальной угрозе заражения проводится экстренная профилактика или превентивное лечение. При вирусных гепатитах важно начать экстренную профилактику в первые 24 часа после инцидента, а при ВИЧ-инфекции – в первые 2 часа.

Цель экстренной профилактики – прервать инфекционный процесс в инкубационном периоде до появления первых признаков болезни. При внештатной ситуации по гепатиту В вводим иммуноглобулин или вакцину по ускоренной схеме, по гепатиту С используем пегиллированный интерферон. В случае попадания заразного материала от ВИЧ-инфицированного больного на слизистые оболочки при порезе, проколе зараженной иглой проводится превентивное лечение одним или двумя-тремя антиретровирусными препаратами.

Безопасная транспортировка биоматериалов на морфологические, бактериологические и другие исследования

Транспортировка осуществляется в закрытых контейнерах. Сам материал упаковывается в пластиковый контейнер и пакет с отдельными карманами для направляющих документов и самого препарата. На пакете и направлении обязательно должна быть маркировка, предупреждающая о наличии инфекционного агента.

Обезвреживание медицинских отходов

Все медицинские отходы операционного блока подлежат обезвреживанию. Все жидкости, которые активно удаляются из зоны операции, собирают в емкости, содержащие дезсредство Аспирматик, или в специальные разовые емкости, содержащие дезинфектант и вещество, превращающее жидкость в нетекучий гель.

При обычных операциях все отходы собирают в пластиковые пакеты с желтой полосой, контаминированный материал при гепатитах, сифилисе, ВИЧ - в пакеты с красной полосой. Все отходы проходят обработку в СВЧ-печи.

Итак, операционная медсестра должна знать новые технологии дезинфекции и стерилизации, основные этапы оперативных вмешательств – как стандартных, так и эксклюзивных, их обеспечение, иметь представление о внутрибольничных инфекциях.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА

2.1. Цели и задачи исследования

Целью исследования были рекомендации по совершенствованию работы медицинской сестры в отделении операционный блок.

Перед нами были поставлены следующие задачи исследования:

1. Провести литературный обзор по вопросам организации работы операционного блока;
2. Проанализировать деятельность операционного блока;
3. Провести анализ деятельности медсестры операционного блока,
4. Разработать практические рекомендации по совершенствованию деятельности медицинской сестры в отделении операционный блок
5. Обосновать рекомендации по совершенствованию деятельности медицинской сестры.

База исследования – Детская Городская Клиническая Больница имени Н.Ф. Филатова № 13.

Адрес: г. Москва, ул. Садовая-Кудринская, дом 15.

Отделения Детской Клинической Больницы им. Н.Ф. Филатова № 13 представлены в таблице 1.

ГБУЗ "ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ" оказывает высокотехнологичную медицинскую помощи (далее - ВМП) в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2014 г. N1273.

В рамках обязательного медицинского страхования ГБУЗ "ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ" оказывает виды ВМП жителям города Москвы и иногородним гражданам по профилям неонатология, педиатрия, травматология

и ортопедия, включенным в Раздел I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2014 г. N1273.

Таблица 1. Отделения детской ГКБ Н.Ф. Филатова

Приемное отделение	Физиотерапевтическое отделение
Отделение урологии и плановой хирургии	Отделение организации диагностических исследований
Отделение травматологии и ортопедии	Отделение ЭКГ
Отделение абдоминальной и гнойной хирургии	Отделение радиоизотопной диагностики
Отделение торакальной хирургии	Нефроурологический центр
Отделение хирургии новорожденных	Отделение функциональной диагностики
Отделение пластической и реконструктивной микрохирургии	Кабинет катamnестического наблюдения
Приемное отделение ЛОР	Отделение эндоскопии
Гипербарическая оксигенация	Консультативно-диагностическое отделение КДЦ
Анестезиологическое отделение	Отделение ультразвуковой диагностики
Лор	Отделение анестезиологии и реанимации КДЦ
Отделение искусственной почки	Кардиохирургия
Отделение токсикологии	Центр амбулаторной хирургии
Реанимация новорожденных	Отделение для медицинского наблюдения усыновленных детей
Отделение стоматологии	Детская поликлиника
Отделение нефрологии (1т/о)	Отделение реанимации и интенсивной терапии
Педиатрическое отделение старшего возраста (2т/о)	Лабораторная служба
Рентгенологическое отделение	Городской пункт неотложной травматологической помощи
Отделение ангиографии	

Для жителей города Москвы также оказываются виды ВМП по профилям: сердечно-сосудистая хирургия, травматология и ортопедия и детская хирургия в период новорожденности, включенным в Раздел II Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2014 г. N1273.

2.2. Анализ деятельности операционного блока

Операционный блок включает в себя шесть операционных залов, один из которых на два операционных стола - это плановый урологический, а также травматолого-ортопедические операционные. Имеются также четыре децентрализованные операционные абдоминальная, торокальная экстренная и операционная новорожденных.

В операционном блоке проводятся оперативные вмешательства на органы брюшной и грудной полостях; при аномалиях развития у детей, пластические операции на половых органах; в экстренной операционной - лапороскопические диагностические аппендэктомии, холицистэктомии и торокоскопические операции.

Операционные оснащены современным хирургическим и наркозным оборудованием, которое позволяет проводить операции различного уровня сложности. Используются новые электрохирургические инструменты, эндоскопическая аппаратура последнего поколения, автоматические сшивающие аппараты, современный шовный материал, полипропиленовые протезы для пластики грыж. В распоряжении хирургов имеется мощный микроскоп, мобильные рентгеновские установки для интраоперационного контроля. Все это дает возможность более качественно проводить операции, сокращая их травматичность и продолжительность, а также время нахождения пациентов в лечебном учреждении.

В состав операционного блока, кроме операционных комнат, входят следующие подсобные помещения: предоперационная, стерилизационная, материальная операционного блока, комната для подготовки больной к операции и обезболиванию.

Предоперационная предназначена для мытья рук операционной медсестры, хирурга и его помощников, а также для мытья загрязненных инструментов. В этом помещении, расположенном перед операционной, имеются раковины с кранами горячей и холодной воды, оснащенные смесителем, над раковинами – зеркало. На отдельном столике в специальных емкостях лежат стерильные щетки для мытья рук, мыло, ножницы для ногтей и корнцанг для взятия щеток.

Стерилизационная операционного блока служит для стерилизации инструментария и растворов. Помещение должно быть достаточно большим, чтобы в нем разместились все необходимые аппараты и приборы для стерилизации указанных материалов.

Материальная операционного блока изолирована от остальных его помещений. В ней хранятся инструменты, марля, вата, белье и другие материалы, предназначенные для операции; все это подается через особое окно.

Проход через материальную в остальную часть операционного блока не разрешается.

Помещение для подготовки больных к операции позволяет избавить пациента от созерцания обстановки операционной, что может вызвать отрицательные эмоции и чувство страха. В этом помещении осуществляют подготовку больного к операции и обезболиванию.

В операционном блоке имеется особое помещение для хирурга и операционных медсестер, где они могут переодеться в предназначенные для операции костюмы. При этой комнате имеется душ.

Для выполнения любой операции существенное значение имеет организационная сторона дела. В операционном блоке это – его общее состояние, надежное обеспечение всеми материалами, медикаментами,

специальной аппаратурой и оборудованием для проведения срочных лабораторных исследований, а также хорошо обученный средний медицинский персонал.

Старшая операционная медсестра отвечает за организацию всей работы в операционном блоке. Здесь предусмотрено все необходимое для трансфузии крови; имеются лекарственные растворы, средства реанимации, если во время операции в этом возникает необходимость, а также противоопухолевые препараты, если удаляемая опухоль окажется злокачественной.

В операционных используется множество аппаратов, систем и специальных блоков, применяемых непосредственно хирургами и анестезиологами. Поэтому нет свободных допусков в операционную лиц, не участвующих в операции или не обеспечивающих ее другими средствами.

Особенно опасно перемещение персонала из «гноющей» операционной в «чистую». Не разрешается пребывание в операционной персонала в масках, которые использовались в других отделениях. Маски получают здесь же, в предоперационной. Не допускается пребывание в операционной лиц в обуви, которой пользовались в других отделениях. Если же обувь не меняется в предоперационной, на нее надевают полотняные чулки (бахилы). Используются халаты только операционного отделения и наглухо их застегивают. Хирурги не работают в шелковом нательном белье или шерстяной одежде. Перед операцией переодеваются в специальное полотняное белье, полученное в операционном отделении.

Руки хирурга требуют особенно тщательного ухода; с поверхности рук удалить микробы сравнительно легко, но значительно труднее – из глубины пор или складок кожи. На руках в наибольшем количестве микробы скапливаются обычно в трещинах и естественных углублениях, например, в корнях волос, потовых и сальных железах, причем и у здоровых людей до 10% этих микроорганизмов – патогенные, особенно при наличии кожных заболеваний. Поэтому хирург и любой другой член операционной бригады с кожными заболеваниями не имеет права принимать участие в операции.

Штат отделения укомплектован высококвалифицированными операционными медицинскими сестрами, прошедших специализацию и имеющими сертификат специалиста. Многие медицинские сестры имеют высшую квалификационную категорию. Кадровый состав представлен в таблице 2.

Таблица 2 – Кадровый состав отделения

Должность	Кол-во Штатных единиц	Кол-во Физич. лиц	% укомплектованности
Средний мед. персонал	25,5	18	74
Младший мед. персонал	25,75	12	46
Прочие	5	4	80

Как видим из приведенной табл. 2, укомплектованность медицинскими сестрами составляет 74%, а младшего медицинского персонала 46%. Несмотря на низкую укомплектованность в отделении всегда поддерживается чистота и порядок, согласно санитарно-противоэпидемического режима.

Аттестовано всего 41% медицинских сестер.

Высшую квалификационную категорию имеют 13,3%;

Первую квалификационную категорию имеют 3,3%;

Вторую квалификационную категорию имеют 10%.

Готовятся сдать на 2 категорию 7 человек. Повысить квалификационную категорию 3 человека.

Средний возраст сестринского медицинского персонала составил 30–40 лет.

2.3. Анализ деятельности медицинских сестер операционного блока

Медицинская сестра операционного блока:

1. Осуществляет подготовку операционной к операции.
2. Осуществляет контроль за своевременной доставкой больного в операционную.

3. Организовывает и контролирует работу младшего медицинского персонала.

4. Обеспечивает соблюдение норм санитарно-эпидемиологического режима.

При поступлении пациентов на оперативное лечение палатная медсестра знакомится с ней, собирает, оценивает, обобщает и анализирует полученную информацию.

В подготовке к операции и послеоперационном уходе участвуют палатные и операционные медсестры. Операционные медсестры несут ответственность за обеспечение сестринской помощи пациентам на всех этапах: перед операцией, во время операции и после нее. Знакомство пациентов с операционной медсестрой накануне операции, осведомленность об условиях, в которые она попадает, положительно влияют на психологическое состояние пациентов. Беседа перед операцией между пациентом или его родителями и операционной медсестрой способствует достижению доверия между ними, поднимает авторитет медсестры.

Операционная медсестра руководит процессом подготовки операционной аппаратуры, расходных материалов, следит за соблюдением правил асептики и антисептики всей операционной бригады. Знание диагноза, состояния пациентов, сопутствующих заболеваний и плана предстоящей операции дает возможность операционной медсестре подготовиться к любым экстремальным ситуациям, помочь хирургической бригаде принять правильные решения.

Для систематизации сестринской деятельности в отделении используют стандартные формы медицинской документации: лист осмотра пациентов при поступлении на операцию; лист сестринского ухода и наблюдения за пациентами в послеоперационном периоде; документирование оперативного процесса (для операционной медсестры); проблемы пациентов и операционной медсестры в операционной (табл. 3).

Таблица 3 – Организация ухода

Проблемы пациентов	Действия медсестры	Цель ухода	Критерии оценки
Риск операционного стресса	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сократить лишние перемещения по операционной 2. Обращаться к пациентам нежно и ласково с учетом возраста детей. 5. Убедиться, что пациент занял правильное положение и чувствует себя по возможности комфортно 	Снижение риска стресса	Поведение пациентов
Риск операционных осложнений	<ol style="list-style-type: none"> 1. Уточнить личность пациента, направленного в операционную. 2. Еще раз уточнить аллергологический анамнез. 4. Проверить работу электросети и электрического оборудования, заземление. 5. Предупредить возможность ожогов при работе с ЭКГ. 6. Установить в операционной необходимую температуру и влажность. 7. Убедиться в отсутствии ожогов при переводе из операционной 	Отсутствие осложнений в ходе операции	Отсутствие травмы в результате химического, физического, электрического воздействия. Температура – в пределах нормальных цифр. Нормальное дыхание и цвет кожных покровов
Риск инфицирования пациента и медперсонала	<ol style="list-style-type: none"> 1. Убедиться в наличии необходимого оборудования, инструментов и расходных материалов. 2. Провести оперативный контроль стерильности оснащения во время приготовления инструментов, шовного и перевязочного материала, белья. 3. Строго соблюдать правила асептики и антисептики с момента подготовки до окончания операции. 	Максимальное снижение риска	Строгое выполнение требований санитарного режима

В связи с внедрением в практику специфических операций операционные медсестры наряду с хирургами совершенствуют свои знания и умения. Работа с новым оборудованием, инструментарием предъявляет дополнительные требования к операционным медсестрам. Грамотная, квалифицированная и отлаженная работа коллектива оперблока способствует успешному проведению периоперативной подготовки.

Операции в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова отличаются обширностью вмешательств, длительностью, эмоциональной напряженностью, значительной

трудоемкостью. Непременное условие благоприятного исхода оперативного лечения – рациональная организация периоперативного процесса, которая предусматривает адекватную инфекционную безопасность пациентов и членов операционной бригады, высокий уровень профессиональных специальных сестринских технологий и бесперебойное вспомогательно-техническое обеспечение операции.

Нами изучены затраты рабочего времени медсестер операционного блока. Установлено, что 60 % рабочего времени затрачивается на непосредственное участие в операции, 15 % времени требуется на заполнение медицинской документации (табл. 4).

Таблица 4 – Затраты рабочего времени операционной медсестры

Вид	На 100 опрошенных
Санитарно-противоэпидемические мероприятия	13
Вспомогательно-технические мероприятия	12
Операция	60
Заполнение медицинской документации	15
Всего	100

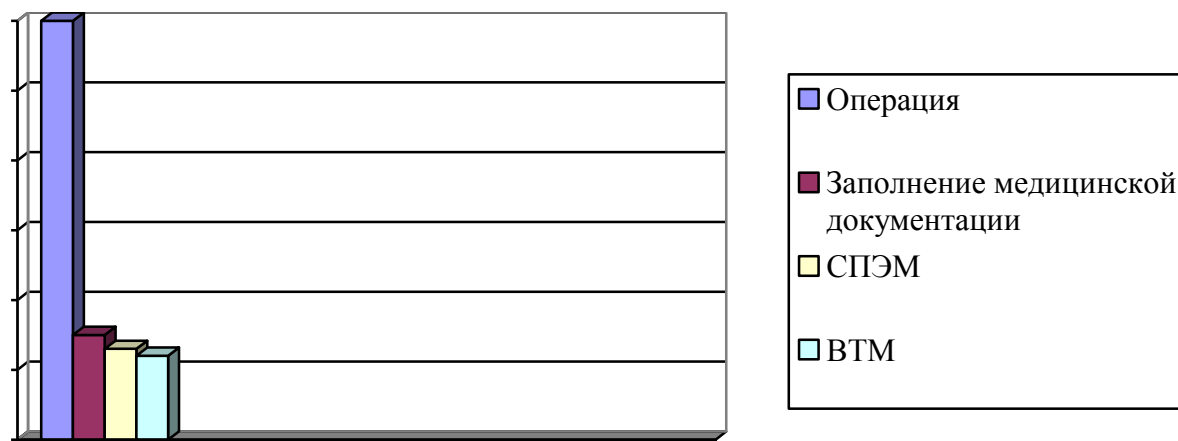


Рис. 1. Затраты рабочего времени операционных медсестер, СПЭМ – санитарно-противоэпидемические мероприятия, ВТМ – вспомогательно-технические мероприятия, заполнение документации на 100 опрошенных

Это свидетельствует о очень высокой востребованности сестринской профессиональной квалификации. Операционные медсестры работают во время операции непосредственно с хирургами, в периоперативный период выполняют санитарно-противоэпидемические и вспомогательно-технические мероприятия, что требует соответственно 12-13% от общего времени.

Подготовка инструментов также осуществляется в периоперативный период. Чтобы их подготовить, медсестра должна знать основные этапы операции, функциональное значение инструмента, его устройство.

Много времени занимает приготовление перевязочного материала. При исследовании затрат перевязочного материала, расходуемого во время операции, установлено, что 70% его составляют салфетки (табл. 5).

Таблица 5 – Структура затрат перевязочного материала во время операции

Вид	На 100 опрошенных
Салфетки	70
Шовный материал	10
Шарики	10
Бинты	5
Всего	100

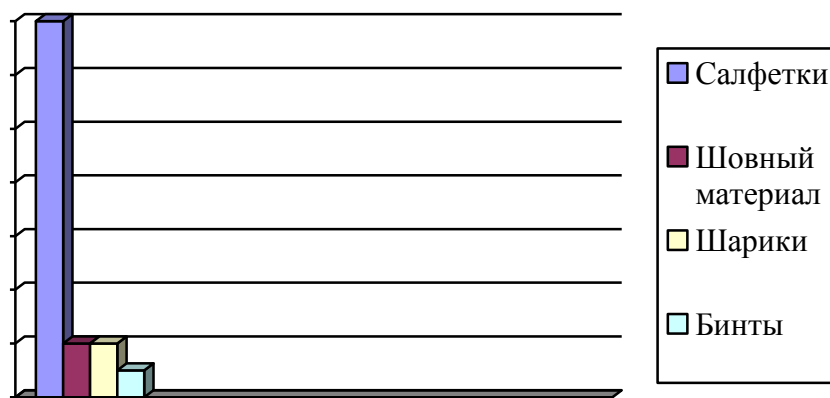


Рис. 2. Структура затрат перевязочного материала во время операции на 100 опрошенных

Количество перевязочного материала определяется обширностью оперативного вмешательства. Разница в расходе перевязочного материала даже при однотипных оперативных вмешательствах может быть значительной из-за осложнений.

Для работы в операционной необходимы высокая профессиональная дисциплина, хорошая реакция, физическая выносливость, психоэмоциональная устойчивость.

К сожалению, в настоящее время в оперблоках наблюдается значительная текучесть сестринского персонала. Особенно это заметно в крупных ЛПУ со значительным объемом оперативной деятельности. Мы считаем это следствием больших физических и психоэмоциональных нагрузок и низкой оплаты труда.

В рамках выпускной квалификационной работы было проведено анкетирование операционных медицинских сестер. Целью опроса было исследовать организацию работы операционного блока.

В опросе участвовали 50 респондентов. Стаж работы медицинских сестер представлен в таблице 6

Таблица 6 – Стаж работы медицинских сестер

Стаж	Абс.	В % к итогу
До 5 лет	12	24
От 5 до 10 лет	22	44
От 11 до 20 лет	14	28
Более 20 лет	2	4
Всего	50	100

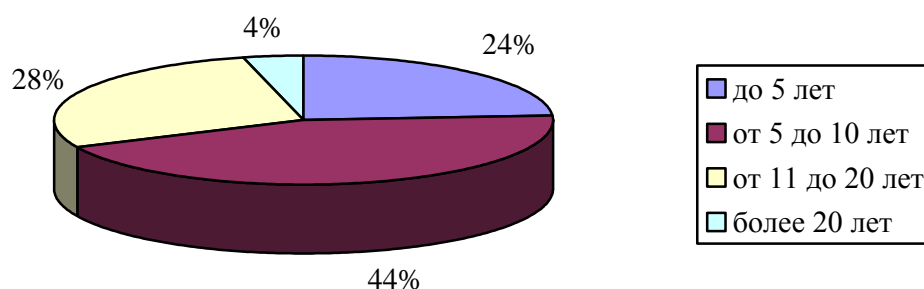


Рис. 3. Стаж работы медицинских сестер, в % к итогу

По диаграмме видно, что стаж работы медицинских сестер в основном составляет от 5 до 10 лет (44 %). 28 % медсестер имеют стаж работы от 11 до 20

лет. Достаточно высокий процент медсестер с маленьким стажем работы до 5 лет – 24 %, 4 % респондентов имеют стаж работы более 20 лет.

Возраст медицинских сестер представлен в таблице 7.

Таблица 7 – Возраст медицинских сестер

Стаж	Абс.	В % к итогу
До 25 лет	5	10
От 26 до 45 лет	35	70
От 46 до 55 лет	8	16
Более 55 лет	2	4
Всего	50	100

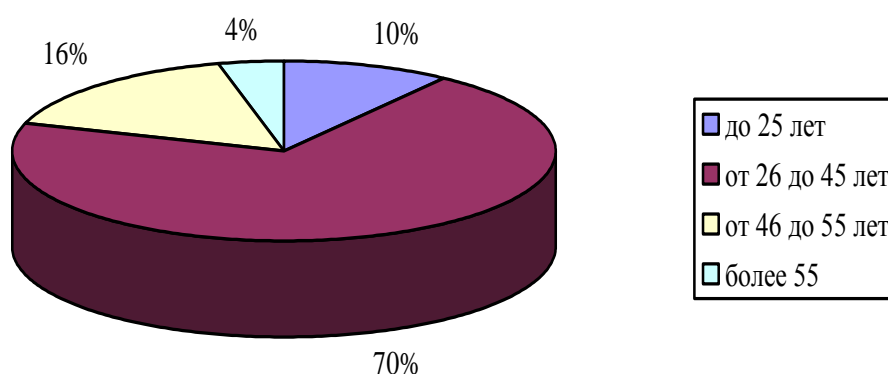


Рис. 4. Возрастной состав медицинских сестер, в % к итогу

Согласно представленным данным, основную часть (70%) составляют медицинские сестры в возрасте от 26 до 45 лет. Медперсонала в возрасте до 25 лет – 10%, в возрасте от 46 до 55 лет – 17% и более 55 лет – 3%.

От подготовки, квалификации, профессионализма, компетентности медицинских сестер зависит работа отделения и положение в здравоохранении в целом.

В исследуемом нами операционном блоке медицинские сестры имеют следующую квалификацию (табл. 8).

Таблица 8 – Квалификация медицинских сестер

Квалификация	Абс.	В % к итогу
Высшая квалификация	12	24
Первая категория	10	20
Вторая категория	4	8
Не имеют категории	24	48
Всего	50	100

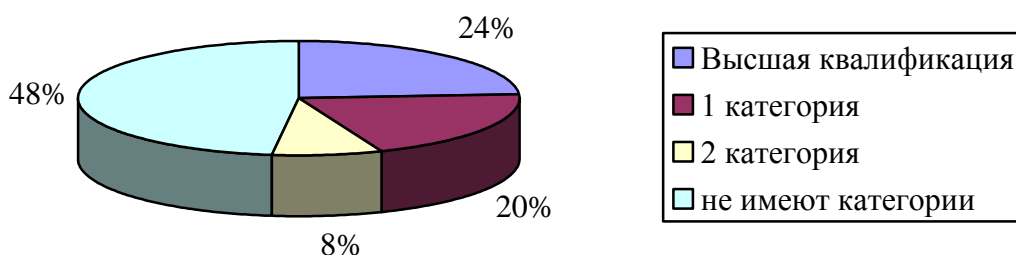


Рис. 5. Распределение медицинских сестер по квалификационной категории, в % к итогу

По данным диаграммы видно, что большая часть респондентов не имеют квалификационной категории (48%), высшую квалификацию имеют 24 % респондентов, первую категорию – 20 % респондентов и вторую категорию – 8%.

Большинство опрошенных (90%) занимают на основном месте работы полторы ставки, и только 10% работают на одну ставку (табл. 9).

Таблица 9 – Ставки медицинских сестер

Ставки	Абс.	В % к итогу
Полторы ставки	45	90
Одна ставка	5	10
Всего	50	100

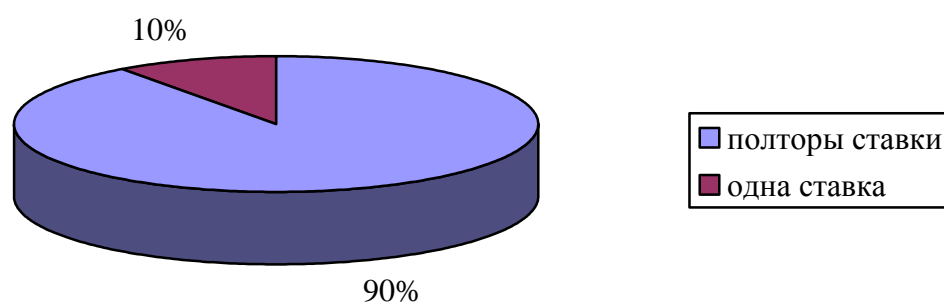


Рис. 6. Ставки медицинских сестер, в % к итогу

Коэффициент совместительства составляет 1,45 и оценивается как высокий.

Кроме того, 20% медсестер имеют, кроме основной, и дополнительную работу по специальности (табл. 10).

Таблица 10 – Наличие дополнительной работы медицинских сестер

Ответ	Абс.	В % к итогу
Нет	40	80
Да	10	20
Всего	50	100

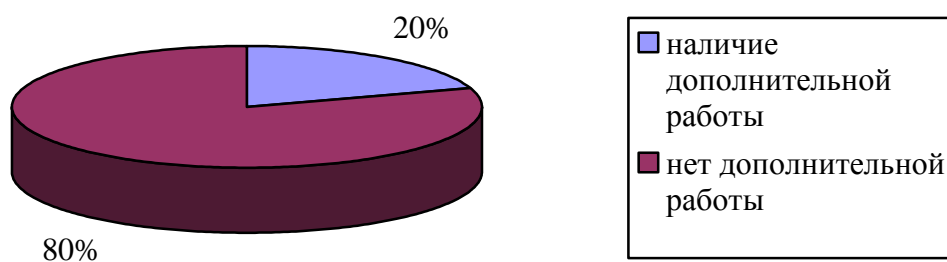


Рис. 7. Наличие дополнительной работы медицинских сестер, в % к итогу

Установлено, что 20% медсестер удовлетворены своей работой не в полной мере, а 80% не удовлетворены ею совсем; также все опрошенные считают профессию медсестры непрестижной на сегодняшний день (табл. 11).

Таблица 11 – Удовлетворенность работой медицинских сестер

Ответ	Абс.	В %
Не удовлетворены	40	80
Удовлетворены	10	20
Всего	50	100

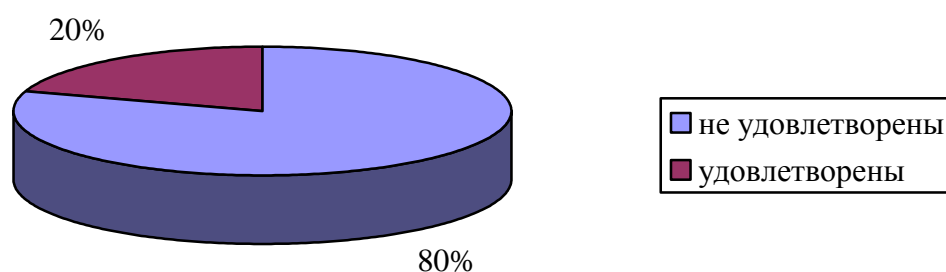


Рис. 8. Удовлетворенность работой медицинских сестер, в % к итогу

Неудовлетворенность местом работы возникает, прежде всего, из-за низкой заработной платы и недостаточного уровня организации труда (табл. 12).

Таблица 12 – Причины неудовлетворенности работой медицинских сестер

Причины	Абс.	На 100 опрошенных
Низкая ЗП	27	54
Неукомплектованность кадрами	4	8
Конфликты в коллективе	2	4
Потеря интереса к данной специальности	4	8
Недостаточный уровень организации труда	13	26
Всего	50	100

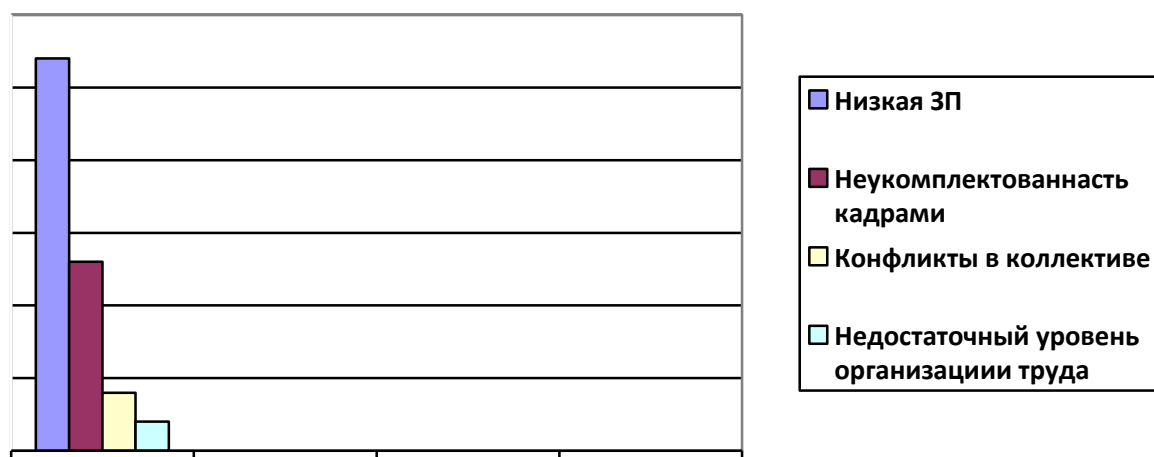


Рис. 9. Причины неудовлетворенности работой медицинских сестер на 100 опрошенных

На низкую заработную плату указали 54% респондентов и на недостаточный уровень организации труда – 26%. 8% респондентов указали на неукомплектованность кадрами и 8% на потери интереса к данной специальности. Конфликтные ситуации имели 4% медицинских сестер.

Основные причины неудовлетворенности организацией труда показаны в табл.13.

Таблица 13 – Причины неудовлетворенности организации труда медицинских сестер

Причины	Абс.	На 100 опрошенных
Большая нагрузка	38	76
Высокий риск заражения инфекционными заболеваниями	5	10
Повышенная ответственность	7	14
Всего	50	100

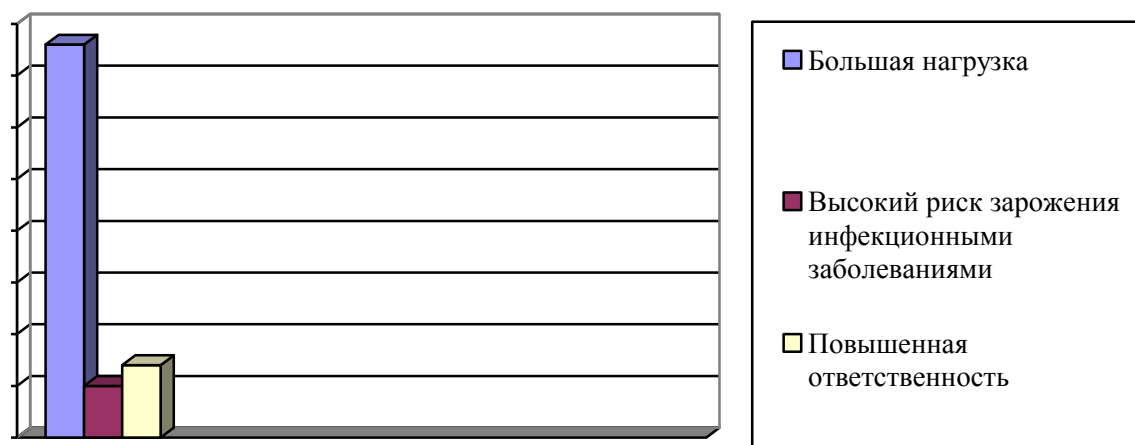


Рис. 10. Причины неудовлетворенности организации труда медицинских сестер, в % к итогу

Основными причинами неудовлетворенности организацией труда медсестры назвали следующие: большая нагрузка и ее неравномерность (76%), высокий риск заражения инфекционными заболеваниями (10%), повышенная ответственность (14%).

В организации своей работы медицинские сестры отметили ряд проблем (табл. 14): неумение рационально использовать время (36,7%), трудная адаптация к нововведениям (30%), склонность избегать конфликтных ситуаций (20%), неумение бороться со стрессами (13,3%).

Таблица 14 – Проблемы в организации своей работы

Проблемы	Абс.	В % к итогу
Неумение рационально использовать время	18	36
Трудная адаптация к нововведениям	15	30
Склонность избегать конфликтных ситуаций	10	20
Неумение бороться со стрессами	7	14
Всего	50	100

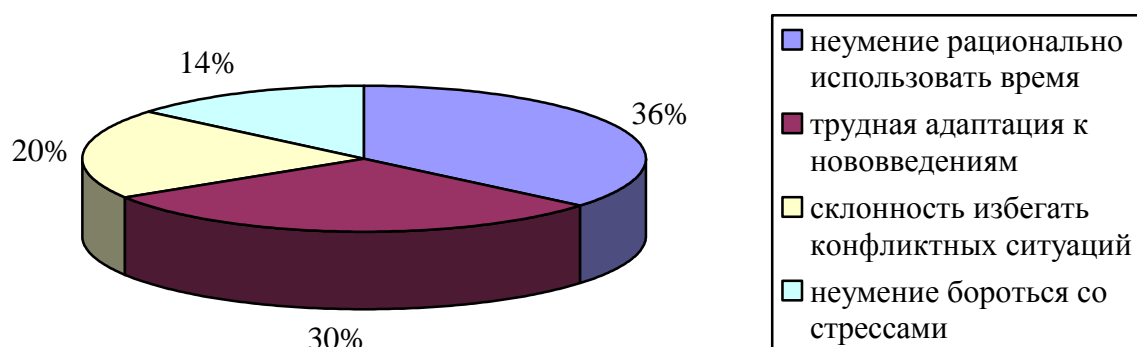


Рис. 11. Проблемы в организации своей работы, в % к итогу

Большая часть респондентов указали на неумение рационально использовать свое время (36 %) и на трудную адаптацию к нововведениям (30 %).

Трудности адаптации к нововведениям испытывают в основном медсестры в возрасте старше 40 лет, неумение рационально использовать время наблюдается чаще у медсестер 30–39 лет, а неумение бороться со стрессами отметили работники, которым нет еще 30 лет.

Медицинские сестры оценили работу своих коллег следующим образом (табл. 15).

Таблица 15 – Оценка работы медицинских сестер

Ответ	Абс.	В % к итогу
Хорошая	22	44
Хотелось бы лучше	13	26
Плохая	2	4
Затрудняюсь ответить	13	26
Всего	50	100

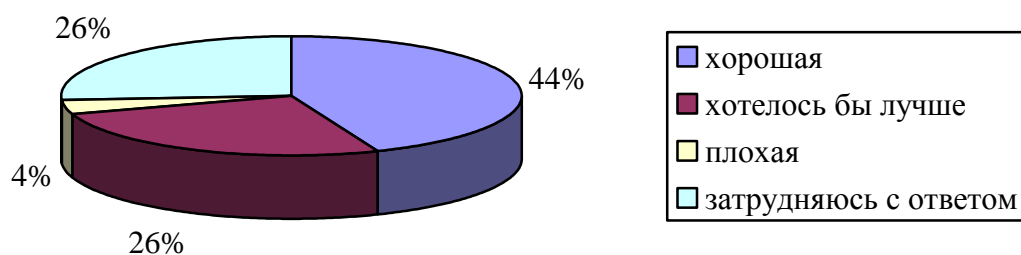


Рис. 12. Оценка работы медработников, по мнению медсестер, в % к итогу

Большая часть медицинских сестер (44 %) оценивают работу своих коллег как хорошую, 26% хотят лучше, и всего 4% отметили как плохую. 26% медсестер затруднились с ответом.

Работу отделения в целом медицинские сестры оценили следующим образом (табл. 16).

Таблица 16 – Оценка работы отделения в целом

Ответ	Абс.	В % к итогу
Хорошая	35	70
Хотелось бы лучше	5	10
Плохая	0	0
Затрудняюсь ответить	10	20
Всего	50	100

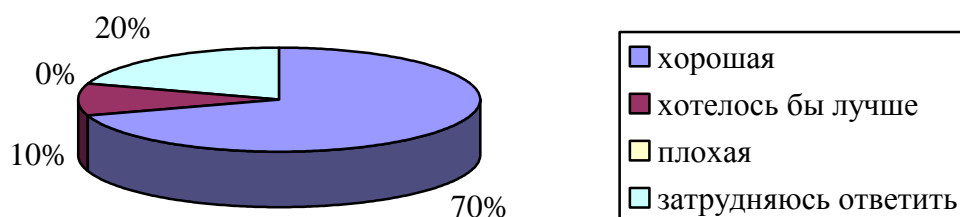


Рис. 13. Оценка работы отделения в целом, по мнению медицинских сестер, в % к итогу

В целом работу отделения медицинские сестры оценили хорошо (70%). 10% респондентов ответили хотелось бы лучше и затруднились с ответом 20% медсестер. Оценку плохо никто не дал.

Итак, в исследовании мы проводили социологический опрос медицинских сестер, с целью выявить основные проблемы, которые влияют на эффективность и качество их работы. Нами были выявлены следующие проблемы: неукомплектованность кадрами, низкая квалификация работников, выполнение работ сверх нормы. В связи с этим нами были разработаны практические рекомендации, представленные далее в работе.

Также в рамках работы были исследованы вопросы организации профилактики ВБИ в операционном блоке.

Ежегодно в больнице выполняется большое количество операций, и каждая из них требует тщательной подготовки пациента, операционной среды и членов операционной бригады, находящихся в зоне стерильного режима.

Источниками возбудителей ВБИ могут быть больные или носители патогенных микроорганизмов (пациент или персонал).

Для профилактики ВБИ и обеспечения безопасной больничной среды создана единая технологическая линия профилактики ВБИ, начиная с прибытия

машины «скорой помощи», доставки пациента в приемное отделение и на всех остальных этапах (см. схему на рис. 15).

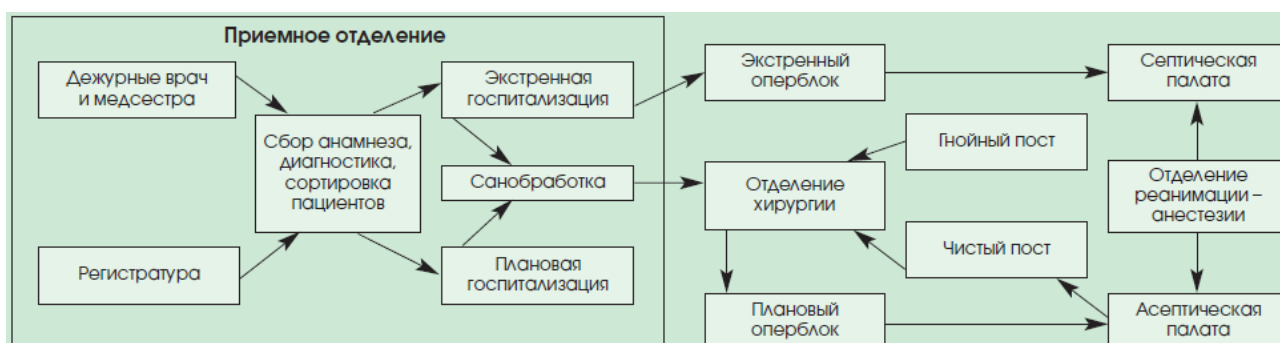


Рис. 14. Единая технологическая линия по профилактике ВБИ в оперблоке

Профилактика ВБИ в операционном блоке включает следующие этапы, которые представлены в табл. 17.

Таблица 17 – Профилактика ВБИ в операционном блоке

Отделение	Ответственное лицо	Мероприятия	Оценка
Операционный блок, предоперационных холл	Операционная медсестра периоперативной практики	Идентификация пациента; осмотр кожных покровов	Профилактика контактного инфицирования
Предоперационная комната	Операционная медсестра периоперативной практики	Контроль за обработкой рук всех участников операционной бригады облачение в стерильную шапочку, маску для лица, очки для глаз; переход в операционный зал	Профилактика контактного и аэрогенного инфицирования
Операционный зал	Операционная медсестра периоперативной и технической практики	Обеспечение асептического состояния воздушной среды, стерильных объектов современная методика облачения хирургической бригады в стерильные халаты и перчатки новая методика обработки операционного поля драпировки операционного поля бельем из ткани «Спон-лейс» с влагоотталкивающим эффектом с применением атравматических зажимов для белья;	Снижение концентрации в воздухе микроорганизмов в снижение риска инфицирования в имплантационной хирургии;

Также в рамках работы было проведено социологическое исследование. Респондентам предлагалось ответить на второй блок вопросов. Анкета представлена в Приложении 2.

Одной из задач исследования была оценка уровня информированности среднего медицинского персонала о способах профилактики гемоконтактных инфекций. По результатам исследования, лишь половина (52,0%) медсестер имеют четкие знания о механизмах и условиях инфицирования гемоконтактными инфекциями (табл.18).

Таблица 18 – Информированность среднего медицинского персонала о способах профилактики гемоконтактных инфекций

Ответ	Абс.	В % к итогу
Знают	26	52
Не знают	17	34
Затрудняюсь ответить	7	14
Всего	50	100

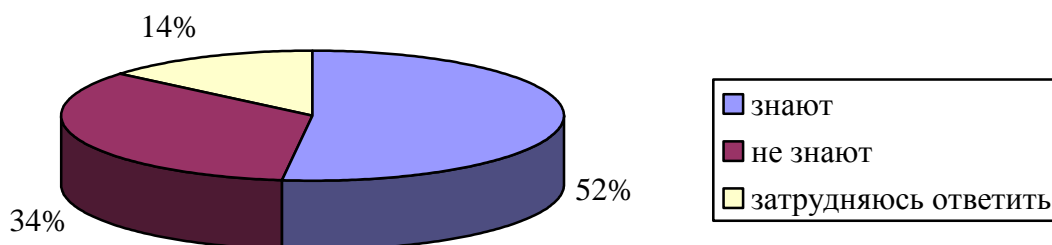


Рис. 15. Информированность среднего медицинского персонала о способах профилактики гемоконтактных инфекций, в % к итогу

34 % медицинских сестер отметили, что не знают и 14% затруднились с ответом.

Следующей задачей явился анализ соблюдения правил профилактики профессионального инфицирования при осуществлении лечебных манипуляций. По данным исследования, уровень знаний медсестер об алгоритме действий при возникновении аварийных ситуаций, обусловленных прямым контактом с биологическими жидкостями, недостаточен (62,0% правильных ответов), причем установлены статистически значимые различия числа правильных ответов у лиц с разной квалификационной категорией (табл.19).

Таблица 19 – Информированность среднего медицинского персонала об алгоритме действий при возникновении аварийных ситуаций

Ответ	Абс.	В % к итогу
Знают	31	62
Не знают	19	38
Всего	50	100

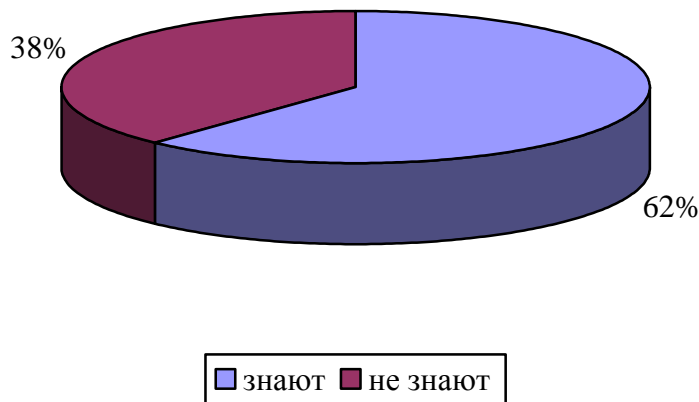


Рис. 16. Информированность среднего медицинского персонала об алгоритме действий при возникновении аварийных ситуаций, в % к итогу

Так, максимальной (74%) была доля правильных ответов у медсестер с I категорией; у лиц с высшей категорией она составила 66%, со II – 50,0%, в отсутствие категории – 40,0% (табл.20).

Таблица 20 – Зависимость уровня знаний об алгоритме действий при возникновении аварийных ситуаций от квалификационной категории

Ответ	Абс.	В % к итогу
Высшая категория	33	66
Первая категория	37	74
Вторая категория	25	50
Нет категории	20	40
Всего	50	100

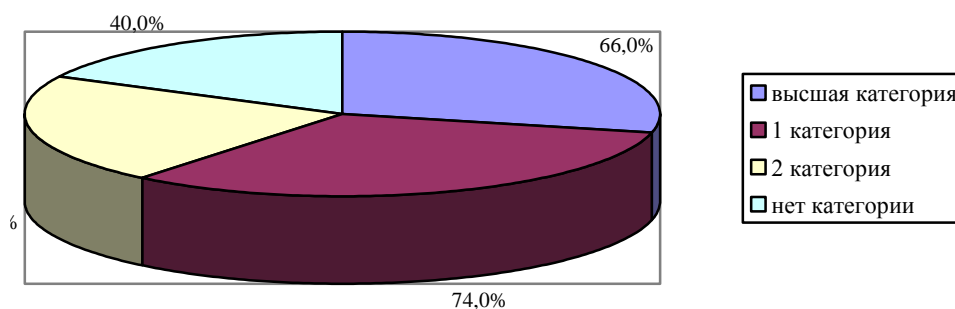


Рис. 17. Зависимость уровня знаний об алгоритме действий при возникновении аварийных ситуаций от квалификационной категории, в % к итогу

Представленные данные на рис. 18 позволяет сделать вывод: скорее всего, на уровень знаний медсестер влияет давность обучения на курсах переподготовки.

Статистически значимых различий, связанных с возрастом, стажем работы и уровнем образования, нами не отмечено.

Недостаток знаний приводит к тому, что медсестры недооценивают риск профессионального инфицирования гемоконтактными инфекциями, что влияет на соблюдение профилактических мероприятий при проведении инвазивных манипуляций.

Возникновение аварийных ситуаций увеличивает риск профессионального инфицирования. По результатам исследования, 44,0% медсестер отметили случаи повреждения перчаток при контакте с

биологическими жидкостями, 36,0% – травмы при выполнении инъекций и работе с внутривенной системой, 28,0% – укол хирургической иглой, 24,0% – травмы при надевании колпачка на иглу, 22,0% – попадание крови на слизистые оболочки глаз (табл. 21).

Таблица 21 – Частота разных травм, возникающих в процессе медицинской деятельности

Ответ	На 100 опрошенных
Попадание крови на слизистые оболочки глаз	22
Травмы при надевании колпачка на иглу	24
Укол хирургической иглой	28
Травмы при выполнении инъекций с внутренней системой	36
Случаи повреждения перчаток при контакте с БЖ	44

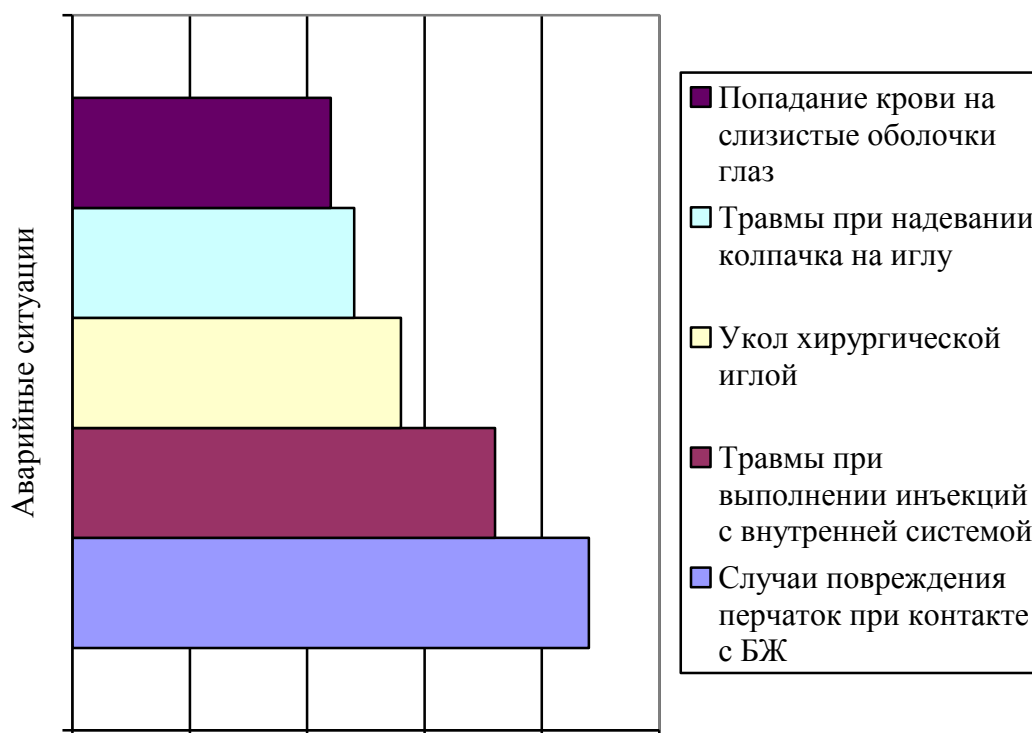


Рис. 18. Частота разных травм, возникающих в процессе медицинской деятельности, на 100 опрошенных

На 1 медсестру, участвующую в исследовании, за год приходится в среднем 3,5 травмы.

Обработку повреждений медицинские сестры проводят в большинстве случаев сразу после травмы табл. 22.

Таблица 22 – Сроки обработки повреждений

Ответ	Абс.	На 100 опрошенных
Сразу после получения травм	34	68
Как только позволяют интересы пациента	8	16
По окончании манипуляции	5	10
При появлении свободного времени	1	2
Всего	50	100

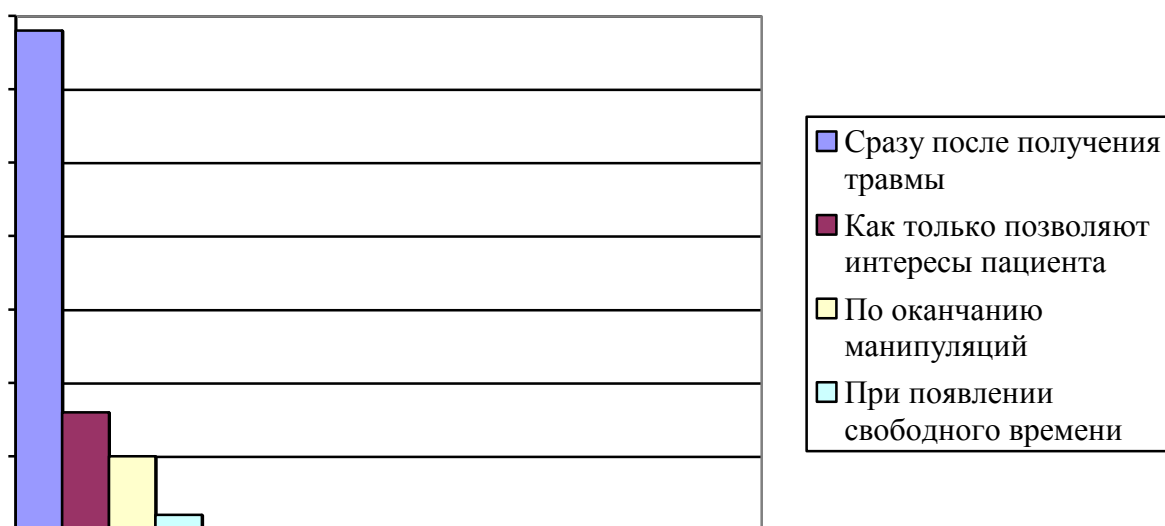


Рис. 19. Сроки обработки повреждений, на 100 опрошенных

Только 68,0% медсестер обрабатывают рану при травме сразу же после ее получения, 16,0% – как только позволяют интересы пациента, 10,0% – по окончании манипуляции и 2,0% – при появлении свободного времени. То есть 29,0% ставят интересы пациента выше собственной безопасности.

Учитывая, что 36,0% медсестер замечают наличие микротравм уже после окончания манипуляции, можно утверждать, что риск профессионального инфицирования у них выше, чем у других. К тому же, только половина (56%) медсестер регистрируют факт травмы в журнале табл. 23.

Таблица 23 – Регистрация травм в журнале

Ответ	Абс.	В % к итогу
Всегда	28	56
Не всегда	16	32
Не регистрирую	6	12
Всего	50	100

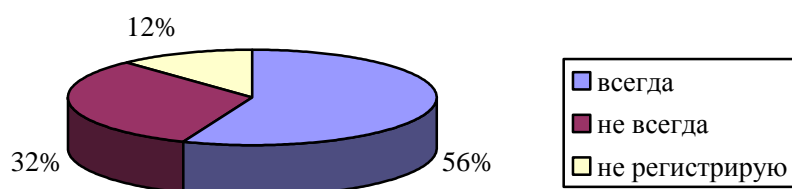


Рис. 20. Регистрация травм в журнале, в % к итогу

1/3 (32 %) регистрируют не всегда, а 12,0 % вообще не регистрируют. В целом можем отметить 88% положительных ответов.

Причину возникновения гемоконтактной инфекции как профессионального заболевания установить невозможно. Нами специально были изучены мнения медсестер о причинах возникновения аварийных ситуаций. Результаты представлены

в табл. 24.

Таблица 24 – Причины возникновения аварийных ситуаций

Ответ	Абс.	На 100 опрошенных
Экстренная манипуляция	34	68
Большие нагрузки	26	52
Неисправный инструмент	23	46
Ночная смена	12	24
Беспокойные больные	9	18
Плохое освещение	1	2
Невнимательность	8	16
Отсутствие ИСЗ	1	2

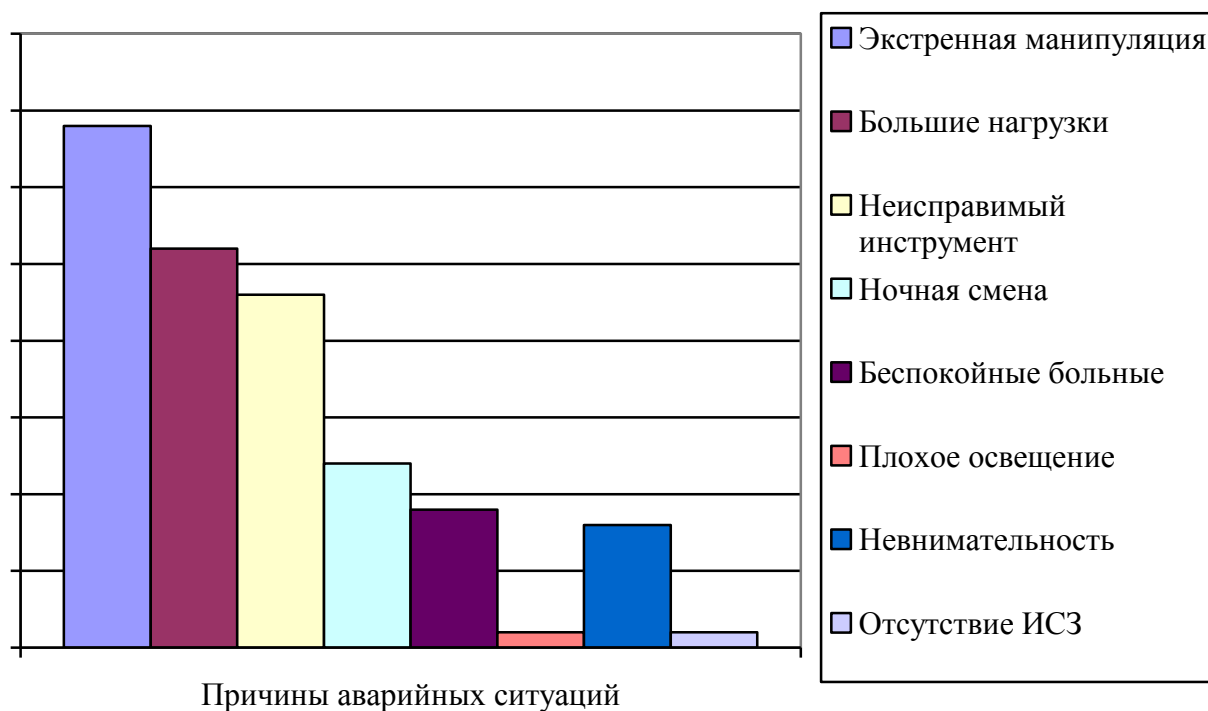


Рис. 21. Причины возникновения аварийных ситуаций, на 100 опрошенных

По данным диаграммы 68 % медсестер считают, что к травмам приводит необходимость срочного выполнения лечебно-диагностических манипуляций, на 2-м месте (52,0%) – работа с беспокойными больными, на 3-м – большая нагрузка (46,0%).

Обращает на себя внимание то, что отсутствие индивидуальных средств защиты (ИСЗ) занимает последнее место среди всех причин травм. Это позволяет сделать следующий вывод: не уровень обеспеченности ИСЗ, а четкая отработка алгоритма действий сестринского персонала при контакте с биологическими жидкостями позволит снизить частоту аварийных ситуаций и риск профессионального инфицирования в любых, даже самых экстренных и непредвиденных обстоятельствах.

В целом можно сделать вывод о недостаточной информированности медсестер и неустойчивости сформированного алгоритма их действий по профилактике гемоконтактных инфекций, что, в свою очередь, ведет к недооценке важности правил самозащиты и их несоблюдению

ВЫВОДЫ

В итоге нашего исследования можем сделать следующие выводы:

1) Исследование проводилось в операционном блоке детской клинической больницы им. Н.Ф. Филатова. Проводился анализ деятельности операционных медсестер.

В результате проведенного исследования установлено, что работа в операционном блоке организована в соответствии с нормативными требованиями, применяется современное оборудование, работа персонала отлажена.

2) Проведенный социологический опрос позволил установить, что в операционном блоке работают медицинские сестры с невысоким стажем работы и не имеющими квалификационной категории. В итоге анкетирования установлено, что медицинские сестры в той или иной степени не удовлетворены своей работой, в первую очередь заработной платой и организацией труда. Основными негативными факторами в работе медсестер являются неумение рационально использовать время, трудная адаптация к нововведениям, склонность избегать конфликтных ситуаций, неумение бороться со стрессами. Операционные медсестры имеют психотравмирующие факторы, которые могут приводить к развитию синдрома эмоционального выгорания.

В работе операционного блока особо уделяется внимание профилактике распространения ВБИ.

Проведенное социологическое исследование позволило установить недостаточную информированность медицинских сестер. В частности, установлено, что с повышением квалификационной категории увеличивается уровень знаний медсестер о методах профилактики заражения ВИЧ, об алгоритме действий при возникновении аварийной ситуации. Некоторые медицинские сестры не всегда надевают перчатки при выполнении парентеральных манипуляций, защитные очки надевают лишь при работе с пациентами с уже известным инфекционным статусом. Установлено, что чаще

всего возникают такие аварийные ситуации у медицинских сестер, как повреждение перчаток при контакте с биологическими жидкостями (43 %) и травмы при выполнении инъекций и работе с внутривенной системой. 68,0% медсестер обрабатывают рану при травме сразу же после ее получения. 36,0% медсестер замечают наличие микротравм уже после окончания манипуляции. В 67,0 % медсестер считают, что к травмам приводит необходимость срочного выполнения лечебно-диагностических манипуляций. Отсутствие индивидуальных средств защиты (ИСЗ) занимает последнее место среди всех причин травм.

3) В результате проведенного исследования разработаны практические рекомендации для руководства медицинской организации с целью повышения эффективности организации работы медицинских сестер.

Итак, в результате проведения исследования деятельности медицинских сестер операционного блока были выявлены проблемы в их организации.

В операционном блоке имеются вакантные места, соответственно у медицинских сестер имеются высокие нагрузки. Большая часть медицинских сестер работают на полторы ставки. Проведенное исследование показало, что медицинские сестры в той или иной степени не удовлетворены своей работой, в первую очередь заработной платой и организацией труда. Выявлен ряд факторов, препятствующих успешной работе медицинских сестер: неумение рационально использовать время, трудная адаптация к нововведениям, склонность избегать конфликтных ситуаций, неумение бороться со стрессами.

В профессиональной деятельности медицинских сестер операционного блока имеется большое количество психотравмирующих факторов, что может приводить к развитию синдрома «эмоционального выгорания». Этот синдром рассматривают как следствие производственных стрессов, процесса дезадаптации к рабочему месту или профессиональным обязанностям. В связи с этим необходимо более рационально организовывать работу операционных медсестер, проводить психологические тренинги.

Профессиональному росту способствует обучение на циклах повышения квалификации средних медицинских работников. В результате исследования установлено, что многие медицинские сестры операционного блока не имеют квалификационной категории.

Важную роль в профилактике ВБИ играет средний медицинский персонал, правильность действий которых зависит от знаний и практических навыков. Проведенное социологическое исследование позволило установить недостаточную информированность медицинских сестер.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

С целью оптимизации работы сестринского персонала рекомендуется администрации больницы:

1. Укомплектовать штат сотрудников и в связи с этим снизить нагрузки на медицинских работников.

2. Разработать алгоритмы деятельности медицинских сестер операционного блока.

3. Разработать программу увеличения мотивации сотрудников, включающую постоянное профессиональное обучение на рабочем месте, материальное стимулирование медицинских сестер, достигших наивысших результатов в своей деятельности и т. д.

4. Подготовить план обучения сестринского персонала по вопросам сестринской педагогики и психологии, формирования корпоративной этики и имиджа учреждения, а также этики взаимоотношений в коллективе.

5. Создать для медицинского персонала комнату психологической разгрузки, организовать консультации психолога и проведение групповых тренингов, целью которых является самосовершенствование личности, развитие чувства собственного достоинства, что сделает участников тренингов более спокойными, уверенными в себе, восприимчивыми к чувствам и потребностям пациентов; поможет наладить адекватные межличностные отношения, повысить свою коммуникабельность, способность эмпатически идентифицироваться с пациентами и их родственниками. Обращаясь к психологу за помощью сотрудникам рекомендовать проводить аутотренинги.

6. Проводить постоянный мониторинг аварийных ситуаций, причин и условий их возникновения, создавать базы данных о заболеваемости персонала и мероприятиях, проведенных с целью определения профессиональных факторов риска и групп риска среди медицинских работников.

7. Проводить практические занятия по отработке алгоритмов действий при аварийных ситуациях, связанных с риском инфицирования гемоконтактными инфекциями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акимкин В. Г. Эпидемиология и профилактика внутрибольничного инфицирования медицинского персонала вирусами гепатитов В и С // ЖМЭИ, 2005. - № 1. - С. 21-25.
2. Алтунин Д.В. Операционный блок: непрерывный процесс совершенствования // Экспериментальная и клиническая урология. - 2009. - № 1. - С. 83.
3. Андреева О. Гигиеническое и эпидемиологическое обоснование профилактики внутрибольничных гепатитов В и С: авто-реф. дисс....канд.мед.наук. СПб. 2004. – 18 с.
4. Балыбина О. А. Инфекционная заболеваемость медицинского персонала в ЛПУ // Сборник материалов международного конгресса «Стратегия и тактика борьбы с внутрибольничными инфекциями на современном этапе развития медицины». 2006.
5. Барыкина Н.В. Сестринское дело в хирургии / Н.В. Барыкина, В.Г. Зарянская. – Ростов н/Д: Феникс, 2011. – 448с.
6. Бобрик А. В., Васильева Н. В., Мельникова А. А., Михеева И. В., Корнышева Е. А., Ерошина К. М. Инфекционная безопасность пациентов и медицинских работников в российских ЛПУ: оценка существующей практики. М.: УКНЦ ОИЗ. 2007. - 44 с.
7. Болехан В. Н., Буланьков Ю. И., Новиков А. Л. и др. Анализ травматизма, риска заражения медработников гемоконтактными инфекциями//Эпидемиология, лабораторная диагностика и профилактика вирусных инфекций. СПб., 2005. – 294 с.
8. Гладилина Е. Г., Хворостухина А. И., Хлебожарова О. А., Ряби-нин Н. В. Факторы , влияющие на инфицированность ВИЧ медицинских работников//Сборник тезисов USRP. 2005.
9. Голубкова А. А., Ершова О. А., Сисин Е. И. Специфический иммунитет к вирусному гепатиту В (ВГВ) и факторы профессионального риска инфицирования//Сборник материалов международного конгресса «Стратегия и

тактика борьбы с внутрибольничными инфекциями на современном этапе развития медицины». М., 2006. - 205 с.

10. Григорьев К. И. Внутрибольничные инфекции: эволюция проблем и задачи медицинского персонала // Медицинская сестра. - 2007. - №6. - С. 7-10.

11. Евсеев, М. А. Уход за больными в хирургической клинике: учеб. пособие / М. А. Евсеев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 192 с.

12. Ильинская Н. В. Инфекционная безопасность: критерии выбора хирургического белья // Главная медицинская сестра. – 2006. - № 12. – С. 115-117.

13. Котова И.С. Медсестра гинекологического отделения с общим операционным блоком в многопрофильном стационаре // Медицинская сестра. - 2013. - № 3. - С. 21-25.

14. Локтионова О.В. Система эпидемиологической безопасности в операционном блоке // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2010. - № 1. - С. 125-131.

15. Лопатин А. В., Ясонов А. В. Риск перфорации хирургических перчаток при проведении мягкотканых и костных реконструкций черепно-лицевой области у детей // Хирург. - 2006. - №2 . - С. 51-54.

16. Лычев В.Г. Основы сестринского дела в терапии. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. – 507с.

17. Маколкин В.И. Сестринское дело в терапии / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, Н.Н.Семенов. – М.: МИА, 2008. – 544с.

18. Мариевский В. Ф. Эпидемиологическая характеристика внутрибольничных гепатитов В и С и стратегия их профилактики в современных условиях: автореф. дисс.... докт. мед. наук. Киев. 2006. - 33 с.

19. Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: Гэотар-Медиа, 2010. – 288с.

20. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Общественное здоровье. – М.: Медицина, 2003. – 368 с.

21. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М.: Гэотар-Медиа, 2012. – 608с.
22. Найговзина Н. Б. Специализированная медицинская помощь // Менеджер здравоохранения. – 2006.– № 12.
23. Онищенко Г. Г. 2.2.9. Состояние здоровья работающих в связи с состоянием производственной среды. Гигиенические и эпидемиологические требования к условиям труда медицинских работников, выполняющих работы, связанные с риском возникновения инфекционных заболеваний//Методические рекомендации. 2007. N МР 2.2.9.2242-07.
24. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению / Под ред. чл.-корр. РАМН проф. В.З. Кучеренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 560 с.
25. Панфилова С.В. Организация операционного блока // Российский ветеринарный журнал. Мелкие домашние и дикие животные. - 2006. - № 3. - С. 40-42.
26. Петров С.В. Общая хирургия. – СПб.: Питер, 2002. – 672с.
27. Платошина О. В., Шляхтецкий Н. С, Дровнина С. П., Эпидемиологическая и гигиеническая характеристика факторов риска профессиональных гемоконтактных вирусных инфекций у медицинских работников/ Сибирь-Восток. - 2005. - №4 (88). - С. 3-7.
28. Позднякова О.Г. Старшая медсестра операционного блока // Медицинская сестра. - 2009. - № 2. - С. 8-9.
29. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения // Под ред. чл.-корр.РАМН проф. В.З. Кучеренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 245 с.
30. Рычагов И. П., Брусина Е. Б. Управление эпидемическим процессом внутрибольничных инфекций в хирургических стационарах // Стерилизация и госпитальные инфекции. - 2007. - №3. - С. 11-13.
31. Сёмина Н. А., Ковалёва Е. П., Акимкин В. Г., Селькова Е. П., Храпунова И. А. Профилактика внутрибольничного инфицирования

медицинских работников. Практическое руководство. М.: Издательство РАМН, 2006. - 50 с.

32. Ульянова В.П. Периоперативный процесс – новое качество сестринской помощи // Медицинская сестра. 2012. - № 2. - С. 3.

33. Филатов Н. Н., Храпунова И. А., Филиппов В. Ю. Основные факторы профессионального заражения медицинских работников гемоконтактными инфекциями//Эпидемиология и вакцинопрофилактика. - 2005. - Т.21, №2. - С. 41-45.

34. Филатов Н. Н. Главный государственный врач по городу Москве. Организация санитарно-эпидемиологического надзора за внутрибольничными инфекциями медицинского персонала в г.Москве. Меры профилактики //Методическое пособие. МосМП 2.1.3.007-04 /разработчики Храпунова И. А., Филиппов В. Ю., Тарасова Л. А., Комлева Л. М., Соркина Н. С., Мишишников В. В., Королева Е. П. Москва,. 2004

35. Филиппова Н.В. Некоторые аспекты организации периоперативного процесса в операционном блоке отделения эндопротезирования / Филиппова Н.В., Данилина Т.Ю., Ротмирова О.А. // Медицинская сестра. - 2009. - № 2. - С. 10-12.

36. Храпунова И. А. Риск заражения ВИЧ-инфекцией у медицинских работников среднего звена. Меры профилактики профессионального заражения//Стерилизация и госпитальные инфекции. - 2008. - №2. - С. 17-19.

37. Шаш Н.Н. Управление персоналом: Пособие для сдачи экзамена. – М.: Юрайт – Издат, 2005. – 175с.

38. Шевченко А.А. Клинический уход за хирургическими больными. «Уроки доброты»: учеб. пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 416 с.

39. Яромич И.В. Сестринское дело: Учебное пособие/ И.В. Яромич – 5-е изд., испр. – М.: ООО «Издательский дом «Оникс 21 век, 2005. – 464с.

Анкета

Для медицинских сестер. Блок А

Уважаемые медицинские сестры просим Вас ответить на несколько вопросов анкеты.

Цель опроса – исследование организации труда медицинских сестер операционного блока.

Опрос производится анонимно.

Отметьте или подчеркните необходимый ответ на каждый вопрос.

1. Укажите стаж работы в операционном блоке:

- 1) до 5 лет;
- 2) от 5 до 10 лет;
- 3) от 11 до 20 лет
- 4) более 20 лет

2. Укажите Ваш возраст:

- 1) до 25 лет;
- 2) от 26 до 45 лет
- 3) от 46 лет до 55 лет;
- 4) более 55 лет.

3. Укажите, пожалуйста, Вашу квалификационную категорию:

- 1) Нет категории;
- 2) вторая;
- 3) первая;
- 4) высшая.

4. На сколько ставок Вы работаете?

- 1) полторы ставки;
- 2) одна ставка.

5. Укажите Ваш коэффициент совместительства:

- 1) наличие дополнительной работы;
- 2) нет дополнительной работы.

6. Имеете ли Вы дополнительную работу?

- 1) Да
- 2) Нет

7. Вы удовлетворены своей работой?

- 1) Да
- 2) Нет

8. Отметьте причины неудовлетворенности работой:

- 1) Низкая заработная плата
- 2) Неукомплектованность кадрами
- 3) Конфликты в коллективе
- 4) Потеря интереса к данной специальности
- 5) Недостаточный уровень организации труда

9. Назовите причины неудовлетворенности организацией труда медсестры

- 1) Большие нагрузки и ее неравномерность
- 2) Большие нагрузки и ее неравномерность
- 3) Повышенная ответственность

10. Укажите проблемы в организации Вашей работы:

- 1) Неумение рационально использовать время
- 2) Трудная адаптация к нововведениям
- 3) Склонность избегать конфликтных ситуаций
- 4) Неумение бороться со стрессами

11. Ваша оценка работы сестринского персонала:

- 1) Хорошая
- 2) Хотелось бы лучше
- 3) Плохая
- 4) Затрудняюсь с ответом

12. Ваша оценка работы отделения в целом:

- 1) Хорошая
- 2) Хотелось бы лучше
- 3) Плохая
- 4) Затрудняюсь с ответом

Спасибо за внимание!

Анкета № 2

Для медицинских сестер. Блок Б

Уважаемые респонденты, просим Вас ответить на ряд вопросов анкеты.

Цель опроса – исследование информированности медицинского персонала о мерах профилактики распространения ВБИ

Опрос проводится анонимно

1. Вам известны методы профилактики профессионального инфицирования?

- 1) Знаю
- 2) Не знаю
- 3) Затрудняюсь ответить

2. Укажите Ваш алгоритм действий при возникновении аварийной ситуации: _____

3. Укажите, какие у Вас возникали аварийные ситуации:

- 1) повреждение перчаток при контакте с биологическими жидкостями
- 2) травмы при выполнении инъекций и работе с внутривенной системой
- 3) укол хирургической иглой
- 4) травмы при надевании колпачка на иглу,
- 5) попадание крови на слизистые оболочки глаз.

4. Когда Вы обрабатываете рану?

- 1) сразу после получения травмы
- 2) как только позволяют интересы пациента
- 3) по окончании манипуляции
- 4) при появлении свободного времени.

5. Регистрируете ли Вы аварийные ситуации в журнале?

- 1) Всегда
- 2) Не всегда

3) Не регистрирую

6. Укажите причины возникновения аварийных ситуаций, по Вашему мнению: _____

Спасибо за внимание!