

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 управления сестринской деятельностью и социальной работы

**Выпускная квалификационная работа (бакалаврская работа) на тему:**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ  
СЕСТРЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Направление подготовки 34.03.01 Сестринское дело

«Допущена к защите»  
Протокол № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

**Исполнитель:**  
Дворникова Ольга Александровна  
(гр. 06-03, заочная форма обучения)

**Заведующий кафедрой:**  
Касимовская Н.А.

**Научный руководитель:**  
Гажева Анастасия Викторовна,  
к.мед.н., доцент

«Прошла защиту»

Оценка \_\_\_\_\_

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Глава 1 Литературный обзор по вопросам организации деятельности хирургического отделения, в частности работы процедурного кабинета и по вопросам стандартизации деятельности медицинских сестер	6
1.1 Организация деятельности хирургического отделения, в частности процедурного кабинета	6
1.2 Стандартизация в здравоохранении	8
1.3 Стандартизация в деятельности медицинских сестер	11
1.4 Выводы	15
Глава 2 Разработка алгоритмов манипуляций, выполняемых медицинской сестрой в процедурном кабинете	17
2.1 Организация исследования. Выявление наиболее актуальных для работы алгоритмов сестринских манипуляций	17
2.2 Анализ результатов исследования	19
2.3 Интерпретация результатов исследования	26
2.4 Проведение сравнительного анализа алгоритмов манипуляций, выбранных для разработки	27
2.5 Разработка алгоритмов манипуляций	29
2.6 Внедрение в работу разработанных алгоритмов постановки периферического венозного катетера (ПВК) и ухода за ПВК	36
2.7 Обсуждение результатов исследования	41
2.8 Выводы	42
Заключение	43
Список использованных источников	45
Приложение А: Анкета «Совершенствование деятельности	48

медицинской сестры хирургического профиля»

Приложение Б: Анкета «Мнение медицинских сестер 50  
хирургического профиля о разработанных и предложенных к  
использованию алгоритмов сестринских манипуляций»

## **ВВЕДЕНИЕ**

Основными направлениями инновационного процесса в сфере сестринской деятельности на настоящий момент являются: разработка и внедрение системы управления качеством сестринской помощи, внедрение новых сестринских технологий, разработка и внедрение стандартов качества оказания сестринской помощи, повышение культуры обслуживания пациентов, проведение научно-исследовательской работы в сфере сестринской деятельности, подготовка кадрового состава, повышение профессионального уровня медицинских сестер.

Медицинская сестра занимает ведущую роль в оказании качественной медицинской помощи пациенту, она проводит наблюдение за состоянием больных и осуществляет за ними уход, а также выполняет назначения лечащего врача. Высококвалифицированная своевременная сестринская помощь способствует уменьшению сроков выздоровления пациента, снижает время пребывания в стационаре, повышает качество жизни пациентов.

Деятельность современной медицинской сестры предполагает ежедневное использование различных стандартов (норм) правильного, четкого и последовательного выполнения основных сестринских манипуляций, методика которых представлена в виде алгоритма последовательных действий.

Применение стандартов облегчает работу медсестер, сокращает неоправданные расходы средств, времени, обеспечивает преемственность, улучшает качество обслуживания пациентов и результаты лечения.

В настоящее время разработаны стандарты и протоколы деятельности медсестер по основным номенклатурам специальностей, что дает возможность унифицировать учетно-отчетную документацию по работе с пациентами и их семьями, обеспечить преемственность в работе медицинской бригады (палатная м/с, процедурная м/с, участковая м/с, семейная м/с, старшая м/с, социальная м/с). Внедрены единые подходы к выполнению манипуляций, подготовке к исследованиям, оказанию неотложной доврачебной помощи, ведению

протоколов наблюдения за пациентом и решением его проблем общими усилиями - это позволит существенно улучшить качество оказания медицинской помощи, даже не меняя организационную структуру сестринской деятельности.

Все вышеизложенное позволило сформулировать **цель** данного исследования, которая заключается в разработке алгоритмов манипуляций, выполняемых медицинской сестрой в процедурном кабинете.

Для достижения этой цели были поставлены следующие **задачи**:

1. Провести литературный обзор по вопросам организации деятельности хирургического отделения, в частности работы процедурного кабинета и по вопросам стандартизации деятельности медицинских сестер

2. Провести сравнительный анализ существующих алгоритмов некоторых конкретных манипуляций медицинской сестры процедурного кабинета.

3. Разработать алгоритмы выполнения некоторых манипуляций в процедурном кабинете.

4. Выяснить мнение медсестер о предложенных алгоритмах манипуляций.

**Объект исследования:** методическое оснащение процедурного кабинета

**Предмет исследования:** оснащенность процедурного кабинета алгоритмами сестринских манипуляций.

**Практическая значимость:** оптимизация и совершенствование работы медсестры процедурного кабинета

**Место исследования:** Филиал № 3 ФГКУ «422 военного госпиталя» Минобороны России.

# **ГЛАВА 1. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР ПО ВОПРОСАМ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ, В ЧАСТНОСТИ РАБОТЫ ПРОЦЕДУРНОГО КАБИНЕТА И ПО ВОПРОСАМ СТАНДАРТИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР**

## **1.1 ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ, В ЧАСТНОСТИ ПРОЦЕДУРНОГО КАБИНЕТА**

Гарнизонные госпитали являются самыми многочисленными военно-медицинскими учреждениями, где осуществляется оказание обслуживаемым контингентам стационарной медицинской помощи при ранениях и заболеваниях, требующих комплексного подхода в применении различных методов обследования и лечения, в том числе и оперативного вмешательства, постоянного врачебного наблюдения и интенсивного ухода за больными.

Лечение хирургических больных производится в специально оборудованных и оснащенных хирургических отделениях. Одной из главных задач развертывания отделения является обеспечение профилактики возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП).

Хирургическое отделение состоит из палат для пациентов, операционного блока, «чистой» и «гнойной» перевязочных, процедурного кабинета, санитарного узла (ванна, душ, туалет, гигиеническая комната для женщин), кабинета заведующего отделением, ординаторской, бельевой и пр.

В основу профилирования хирургических отделений должен быть положен медицинский принцип, т.е. особенности контингента больных, диагностики лечения заболеваний и оборудования палат. Обычно выделяются чистое и «гнойное» отделения. Могут быть выделены специализированные

хирургические отделения (онкологическое, кардиологическое, урологическое и т.д.).

Процедурный кабинет является неотъемлемой частью любой медицинской организации. Здесь процедурная сестра выполняет врачебные назначения, осуществляет лечебно-диагностические манипуляции в рамках своих функциональных обязанностей. Оснащение процедурного кабинета, поддержание его в надлежащем санитарно-гигиеническом состоянии, как и квалификация медсестры процедурного кабинета, играют немаловажную роль в обеспечении качества медицинского обслуживания пациента.

В процессе организации процедурного кабинета в медицинской организации следует опираться на положения СанПиН 2.1.3.2630-10 и документы, регулирующие деятельность специализированных лечебных учреждений. По общим правилам в процедурном кабинете необходимо наличие шкафа для хранения инструментария и медикаментов, набора одноразовых шприцев, термометров. В кабинете должен быть тонометр для измерения артериального давления, электроотсос. Все бактериологические препараты, которые могут быть использованы для оказания помощи пациентам, должны храниться в холодильнике с маркировкой на полках. Обязательным является наличие в процедурном кабинете шкафа с полным набором средств противошоковой терапии.

Мебель кабинета представлена медицинской кушеткой, рабочим столом медицинской сестры и шкафом для хранения документации. Все перевязочные материалы и многоразовые инструменты хранятся в биксах, обеспечивающих их стерильность. Для замачивания использованных инструментов и выполнения первичных дезинфицирующих манипуляций в процедурном кабинете необходимо наличие емкостей с дезинфицирующими растворами. Обеззараживание воздуха и поверхностей предметов в перевязочной осуществляется с помощью бактерицидных ламп.

Учитывая особое внимание к проблемам качества оказания медицинской помощи пациентам, внедрение новых форм и методов организации лечебного

процесса в клиническую практику медицинского учреждения приобретает приоритетное медико-социальное значение. Повышение уровня и качества оказания медицинской помощи населению стало основной целью при разработке модели реформирования сестринского дела. Реформа сестринского дела охватывает широкий круг проблем: организация и осуществление сестринского процесса, разработка нормативной базы деятельности сестринского персонала, сестринское образование, научные исследования в этой области и т.д. Основными направлениями инновационного процесса в сфере сестринской деятельности на настоящий момент являются: разработка и внедрение системы управления качеством сестринской помощи, внедрение новых сестринских технологий, разработка и внедрение стандартов качества оказания сестринской помощи, повышение культуры обслуживания пациентов, проведение научно-исследовательской работы в сфере сестринской деятельности, подготовка кадрового состава, повышение профессионального уровня медицинских сестер.

## **1.2. СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Стандартизация в здравоохранении – это деятельность, направленная на достижение оптимальной степени упорядочения в здравоохранении путем разработки и установления требований, норм, правил, характеристик условий, продукции, технологий, работ, услуг, применяемых в здравоохранении.

Вершиной треугольника норм контроля является стандарт медицинской помощи, который вбирает в себя все приведенные в основании треугольника составляющие:

- перечень медицинских консультационных услуг для оказания медицинской помощи при конкретной нозологии (состоянии);
- перечень медицинских услуг для оказания медицинской помощи при конкретной нозологии (состоянии);



- перечень фармакологических препаратов, формируемый из клинических рекомендаций (протокола лечения);

- перечень медицинских изделий, формируемый из клинических рекомендаций (протокола лечения) с учетом требований оснащения, утвержденных порядком оказания медицинской помощи.

Почему стандарт является вершиной треугольника норм контроля?

Во-первых, потому что стандарт – это нормативный документ, посвященный конкретной нозологии, составленный из требований клинического протокола диагностики и лечения конкретной нозологии, но с учетом этапов оказания медицинской помощи, оснащения и квалификационных требований к специалистам, предъявляемых порядком оказания медицинской помощи.

Во-вторых, потому что стандарт посредством обязательности его исполнения «заставит» под угрозой наказания медицинского чиновника – руководителя органа управления здравоохранением и главного врача:

- финансировать медицинскую организацию;
- закупать необходимое оснащение и медицинские изделия;
- закупать лекарственные препараты; принимать на работу медицинских специалистов (в т. ч. по совместительству и др.), консультативные услуги которых предусмотрены стандартом.

Отказ от выполнения требований стандарта должен сурово наказываться экспертами страховых компаний, ТФОМС, Росздравнадзора.

Таким образом, стандарт медицинской помощи – это еще и мера защиты. Судебная практика рассмотрения исков пациентов и уголовных дел в отношении медицинских работников показывает, что руководители медицинских организаций, как правило, переносят все бремя ответственности с должностных лиц (в т. ч. с себя) на лечащего врача. Обвиняют его в отсутствии информирования должностных лиц об отсутствии медицинских изделий и лекарств для оказания медицинской помощи. В этих случаях стандарт медицинской помощи и институт обязательности его исполнения – тот

единственный инструмент, который должен перенести ответственность с лечащего врача на должностное лицо, не обеспечившее лечащего врача требуемыми стандартом ресурсами.

В настоящее время одной из ключевых задач в здравоохранении является повышение качества предоставляемых медицинских услуг. Для этого в ряде стран были приняты стандарты оказания медицинской помощи, которые призваны упорядочить и унифицировать предоставление лечебной помощи населению, повысить прозрачность затрат на здравоохранение, а также имеют важное значение в определении области ответственности пациентов и врачей. В основе системы стандартизации в России лежат три документа: ФЗ N 184-ФЗ от 27.12.2002 г «О техническом регулировании», ФЗ N 323-ФЗ от 21.11.2011 г «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и ФЗ N 326-ФЗ от 29.11.2010 г «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В настоящее время единственным стандартом в сестринской деятельности является национальный стандарт «Клинические рекомендации (протоколы лечения) пролежни». Следующим стандартом, с которым уже провели часть работы некоммерческое партнерство «Ассоциация специалистов с высшим сестринским образованием» при поддержке Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и компании 3М, является проект национального стандарта «Технология выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода: Уход за сосудистым катетером».

К нормативным документам системы стандартизации в здравоохранении относятся:

а) стандарты отраслевые, административно-территориальной единицы, ассоциаций, объединений, научных обществ, иных общественных организаций, медицинских учреждений и предприятий;

б) классификаторы отраслевые, административно-территориальной единицы, ассоциаций, объединений, научных обществ, иных общественных организаций, учреждений и предприятий, осуществляющих медицинскую,

фармацевтическую деятельность и деятельность, связанную с медицинской техникой;

в) руководящие документы отраслевые, административно-территориальной единицы, ассоциаций, объединений, научных обществ, иных общественных организаций, учреждений и предприятий, осуществляющих медицинскую, фармацевтическую деятельность и деятельность, связанную с медицинской техникой;

г) правила и нормы отраслевые, административно-территориальной единицы, ассоциаций, объединений, научных обществ, иных общественных организаций, учреждений и предприятий, осуществляющих медицинскую, фармацевтическую деятельность и деятельность, связанную с медицинской техникой;

д) рекомендации отраслевые, административно-территориальной единицы, ассоциаций, объединений, научных обществ, иных общественных организаций, учреждений и предприятий, осуществляющих медицинскую, фармацевтическую деятельность и деятельность, связанную с медицинской техникой.

Разработка и внедрение стандартов медицинской деятельности является важным шагом на пути совершенствования системы здравоохранения в РФ.

### **1.3. СТАНДАРТИЗАЦИЯ В СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Качество сестринской помощи определяется стандартами. Проблеме стандартизации медицинской деятельности в настоящее время уделяется достаточно много внимания. Значительное число документов, утвержденных на уровне Министерства здравоохранения и социального развития РФ, посвящено протоколам лечения пациентов с различными нозологическими формами. Однако документов, регламентирующих деятельность сестринского персонала, основу которой составляют простые медицинские услуги, пока еще не достаточно. На территории РФ Приказом Росстандарта от 31 марта 2015 года N

199-ст был утвержден и введен в действие с 1 марта 2016 года ГОСТ Р 52623.3-2015 "Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода". Стандарт устанавливает требования к технологии выполнения простых медицинских услуг манипуляций сестринского ухода.

Сестринские стандарты – это общие принципы, отражающие основные критерии сестринской профессии, которые служат ориентиром для медицинских сестер при принятии профессиональных решений. Сестринские стандарты информируют общественность и других медицинских работников относительно профессиональной деятельности медицинских сестер. Медицинская сестра несет личную ответственность за то, чтобы ее работа всегда соответствовала стандартам сестринской практики.

Медицинская сестра должна непрерывно осваивать новые знания и умения для оказания эффективной помощи, основанной на доказательствах в рамках своей компетенции.

В работе медицинской сестры можно выделить профессиональные и этические стандарты. Этические стандарты деятельности медсестры - это стандарт поведения среднего медицинского персонала, выстраивание поведения с больным, его близким окружением и своими коллегами. Основой этического стандарта является «Этический кодекс медицинской сестры», принципы медицинской этики и деонтологии, философии современного сестринского дела.

**Профессиональные стандарты** разрабатываются с учетом деятельности ЛПУ и его возможностей. При разработке стандартов учитываются рекомендации надзорных органов — местных, территориальных, национальных.

Группы профессиональных стандартов:

1. стандарты манипуляций, или процедур, которые содержат цели процедур, показания и противопоказания к ним, оснащение и условия для выполнения манипуляций, описание процедуры: подготовка, выполнение, завершение;

2. стандарты плана ухода за пациентом - отражают базовый уровень высококачественного сестринского ухода в конкретной клинической ситуации;

3. стандарты оказания неотложной помощи на доврачебном, догоспитальном этапе - перечень алгоритмов, применяемых в типичных клинических ситуациях.

Обязательные условия применения стандартов:

- выбор стандарта определяет клиническая ситуация;
- уровень оказываемой медицинской помощи должен соответствовать возможностям лечебного учреждения и квалификации медперсонала;

- медицинская сестра должна знать и понимать все положения стандарта, уметь реализовать стандарт на практике и обосновывать все свои действия;

- стандарты деятельности медсестры — основа для составления индивидуального плана ухода за пациентом;

- стандарт предполагает осуществление ухода в минимально достаточном объеме и в максимально короткие временные сроки;

Неотъемлемое условие стандарта — своевременный вызов врачей и организация врачебных консультаций

В соответствии с "Принципами медицинской этики", принятыми Генеральной ассамблеей ВОЗ (резолюция 37/194, декабрь 1982 года), медицинский персонал, действующий в сфере медицинской помощи, обязан качественно осуществлять уход за пациентами, грамотно выполнять назначенное лечение, а также защищать их физическое и душевное здоровье.

Применение стандартов облегчает работу медсестер, сокращает неоправданные расходы средств, времени, обеспечивает преемственность, улучшает качество обслуживания пациентов и результаты лечения.

Разработка стандартов и протоколов деятельности медсестер по основным номенклатурам специальностей, унификация учетно-отчетной документации по работе с пациентами и их семьями, обеспечение

преимущества в работе медицинской бригады (палатная м/с, процедурная м/с, участковая м/с, семейная м/с, старшая м/с, социальная м/с), внедрение единых подходов к выполнению манипуляций, подготовке к исследованиям, оказанию неотложной до врачебной помощи, ведению протоколов наблюдения за пациентом и решением его проблем общими усилиями позволит существенно улучшить качество оказания медицинской помощи, даже не меняя организационную структуру сестринской деятельности.

Вооружив медсестру подобными знаниями, несмотря на кажущуюся дополнительную нагрузку (ведение протоколов наблюдения, сестринской истории болезни), мы наоборот облегчим выполнение своих обязанностей, так как:

1. Зная согласно стандарту рамки своей компетенции и объем оказываемой помощи пациентам, медсестре не надо всякий раз бегать к врачу с вопросом, что делать в той или иной ситуации;

2. При ведении протоколов наблюдения легче заметить начальные изменения в состоянии пациента и заранее предпринять меры по устранению их последствий, чем тратить больше усилий на устранение осложнений;

3. Легче ориентироваться в состоянии пациентов при приеме-сдаче дежурств;

4. Появляется возможность проконтролировать работу, что повысит ответственность к выполняемым обязанностям;

5. Имея всегда под рукой стандарты деятельности, медсестре легче найти и вспомнить алгоритм подготовки пациентов к исследованиям или выполнения манипуляции (не надо искать где-то дополнительно или идти спрашивать у врача, отвлекая и его от своих обязанностей);

6. Работая с родственниками и обучив их элементарным навыкам ухода или пациента самоуходу, м/с также освобождается от выполнения этой работы, ей необходимо будет только проконтролировать или дать совет;

Таким образом, мы сможем освободить врача от выполнения несущественной, рутинной работы (зачастую относящейся к компетенции

медсестры), что позволит ему в свою очередь более качественно выполнять функциональные обязанности

Деятельность современной медицинской сестры предполагает ежедневное использование различных стандартов (норм) правильного, четкого и последовательного выполнения основных сестринских манипуляций, методика которых представлена в виде алгоритма последовательных действий.

## **1.4 ВЫВОДЫ**

Проведя анализ литературы по вопросам организации деятельности хирургического отделения, стандартизации в здравоохранении и конкретно в сестринской деятельности можно сделать следующие выводы:

1. Процедурный кабинет является неотъемлемой частью любой медицинской организации. Оснащение процедурного кабинета (в том числе и методическими пособиями – алгоритмами, инструкциями), как и поддержание его в надлежащем санитарно-гигиеническом состоянии, квалификация медсестры процедурного кабинета, играют немаловажную роль в обеспечении качества медицинского обслуживания пациента.

2. Повышение уровня и качества оказания медицинской помощи населению стало основной целью при разработке модели реформирования сестринского дела. Реформа сестринского дела охватывает широкий круг проблем: организация и осуществление сестринского процесса, разработка нормативной базы деятельности сестринского персонала, сестринское образование, научные исследования в этой области и т.д.

3. С целью повысить качество предоставляемых медицинских услуг в ряде стран были приняты стандарты оказания медицинской помощи, которые призваны упорядочить и унифицировать предоставление лечебной помощи населению, повысить прозрачность затрат на здравоохранение, определить области ответственности пациентов и врачей.

4. Применение стандартов в сестринской деятельности облегчает работу медсестер, сокращает неоправданные расходы средств, времени, обеспечивает преемственность, улучшает качество обслуживания пациентов и результаты лечения, но на данный момент документов, регламентирующих деятельность сестринского персонала, основу которой составляют простые медицинские услуги, пока еще не достаточно.



## **ГЛАВА 2. РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМОВ МАНИПУЛЯЦИЙ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ В ПРОЦЕДУРНОМ КАБИНЕТЕ**

### **2.1. ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ - ВЫЯВЛЕНИЕ НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНЫХ ДЛЯ РАБОТЫ АЛГОРИТМОВ СЕСТРИНСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ**

Исследование по выявлению наиболее актуальных для работы медицинских сестер в процедурном кабинете алгоритмов манипуляций проводилось среди медицинских сестер хирургического отделения на 40 коек (с палатами гнойной хирургии) военного госпиталя г. Костромы.

Отделение оказывает квалифицированную и специализированную хирургическую помощь военнослужащим, членам их семей и другим категориям лиц, которые имеют право на медицинскую помощь в военно-медицинских учреждениях в соответствии с законодательством Российской Федерации. В связи с тем, что лечебное учреждение имеет свою специфику (военный госпиталь) в отделении очень много алгоритмов, связанных с антитеррористическими мероприятиями, приведением отделения в высшие степени боевой готовности, противопожарной безопасностью. В высокой степени оснащено отделение инструкциями по оказанию неотложной помощи, но практически отсутствуют алгоритмы выполнения многих сестринских манипуляций.

Манипуляции, выполняемые в процедурном кабинете хирургического отделения

- забор крови из вены на различные исследования
- определение группы крови
- внутривенные инфузии
- различные виды инъекций (внутримышечные, подкожные, внутривенные, введение растворов поднадкостнично)

- постановка проб на чувствительность к антибиотикам
- разведение антибиотиков
- постановка сосудистого катетера
- уход за сосудистым катетером
- надевание и снятие перчаток
- обработка рук
- подготовка к стерилизации биксов
- разведение дез.растворов
- дезинфекция изделий медицинского назначения
- проведение различных видов дезинфекции
- ведение документации.

На данный момент в процедурном кабинете полностью отсутствуют какие-либо алгоритмы выполнения сестринских манипуляций. Работа медсестры осуществляется только на основании знаний, полученных ею в учебном заведении при получении среднего профессионального образования, справочника процедурной медсестры и существующих инструкций:

- инструкция по безопасной работе с отходами;
- инструкция по безопасности проведения дезинфекции и утилизации одноразовых шприцев и систем;
- инструкция по правилам эксплуатации бактерицидных установок;
- инструкция по применению цоликлонов;
- инструкция по экстренной профилактике парентеральных вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции;
- инструкция по уборке процедурных, перевязочных кабинетов и опер.блока;
- инструкция по забору клинического материала для исследования в клиничко-диагностическую лабораторию;
- инструкции по использованию различных дез.растворов;
- инструкций по оказанию неотложной помощи.

В штате отделения из сестринского персонала – старшая медсестра,

палатные медсестры, процедурная и две перевязочных медсестры. Все медсестры взаимозаменяемы. Поэтому наличие алгоритмов в процедурном кабинете актуально для всех медсестер отделения.

Для проведения исследования была разработана анкета из 13 вопросов, которая направлена на выявление необходимости наличия алгоритмов выполнения сестринских манипуляций в процедурном кабинете хирургического отделения и выявление наиболее актуальных, для работы медсестер алгоритмов, с целью их разработки. (Приложение А). В исследовании приняли участие 15 медицинских сестер разных возрастных групп. Им было предложено ответить на вопросы составленной анкеты. Далее проводилась статистическая обработка результатов, и на ее основе производился анализ показателей.

## **2.2. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В исследовании принимали участие 15 медицинских сестер в возрасте от 34 до 55 лет.

Респондентам было предложено ответить на вопросы составленной анкеты. Проанализируем данные, полученные в результате анкетирования.

Среди опрошенных сотрудников почти все медицинские сестры имеют высшую квалификационную категорию, за исключением одной медсестры, что свидетельствует о высокой квалификации медперсонала отделения.

Интересуясь, знают ли медицинские сестры о существовании стандартов, регламентирующих деятельность медицинских сестер, от всех сотрудников был получен стопроцентный положительный ответ (Рис.1).

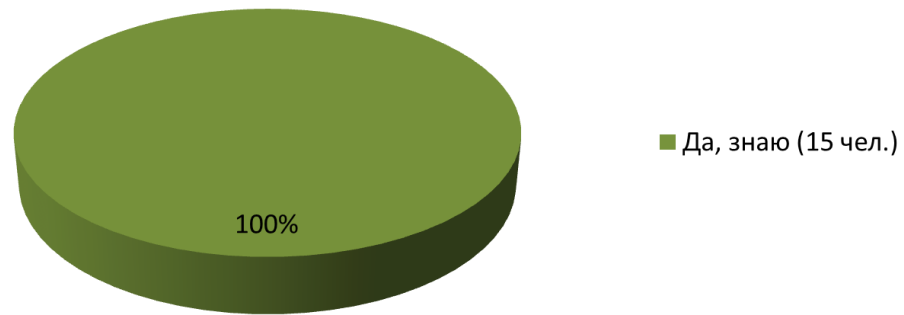


Рис. 1 – Знание медицинских сестер о существовании стандартов, регламентирующих их деятельность.

На вопрос знают ли медсестры о том, что все сестринские манипуляции осуществляются на основании алгоритмов, также все ответили утвердительно (Рис.2).

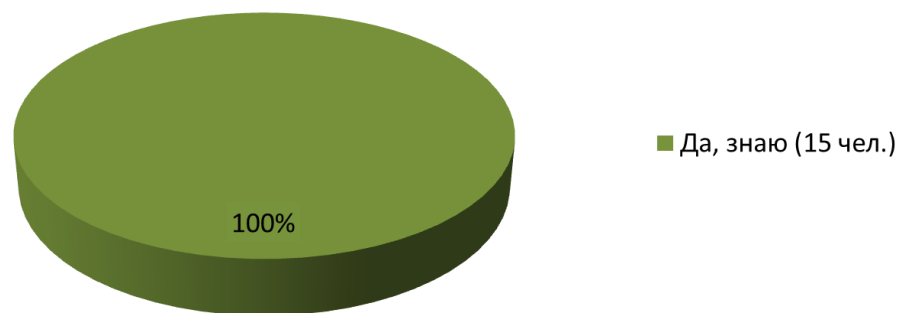


Рис. 2 – Знание медицинских сестер о необходимости алгоритмов в их деятельности.

По результатам ответов на вопрос о том, какие виды деятельности медицинские сестры осуществляют на своём рабочем месте, выяснилось, что почти все респонденты выполняют все возможные виды деятельности медицинских сестер (Рис.3).

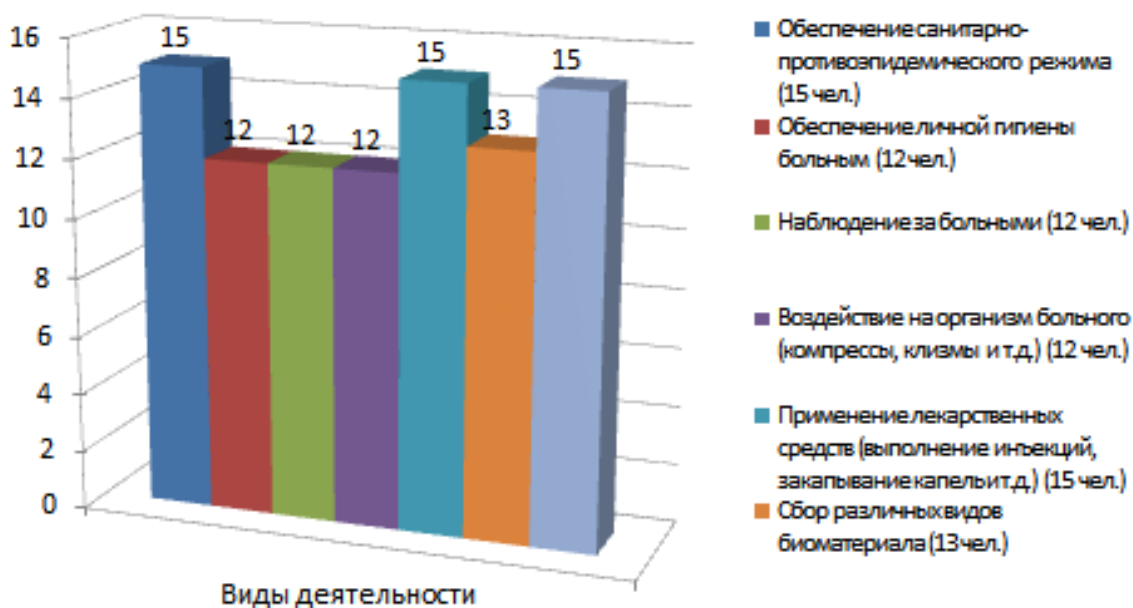


Рис. 3 – Виды деятельности, осуществляемые медицинскими сестрами на своих рабочих местах

При оценке по 10-ти бальной шкале оснащенности алгоритмами рабочего места медицинских сестер были выявлены следующие результаты (Рис. 4): все респонденты оценили оснащенность алгоритмами своего рабочего места на невысокий балл. 1 человек (6,6%) – оценили оснащенность на 6 баллов, 5 медицинских сестер (33,3%) – на 5 баллов, 2 человека (13,3%) – на 4 балла, 4 человека (26,7%) – на 3 балла, и 3 медсестры (20%) – поставили только 2 балла.

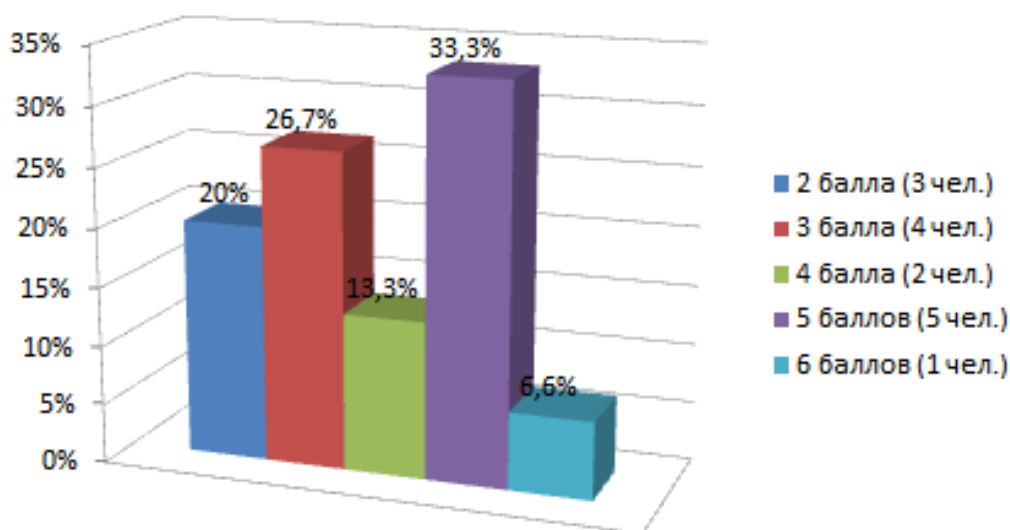


Рис. 4 – Оснащенность алгоритмами рабочего места медицинских сестер.

Оценивая по 10-ти бальной шкале оснащенность алгоритмами процедурного кабинета хирургического отделения, медсестрами был поставлен еще более низкий балл. По три человека (по 20%) – оценили оснащенность алгоритмами процедурного кабинета на 5, 4 и 3 балла, большинство медсестер – 5 человек (33,3%) – поставили 2 балла, и одна медсестра оценила даже в 0 баллов (Рис. 5).

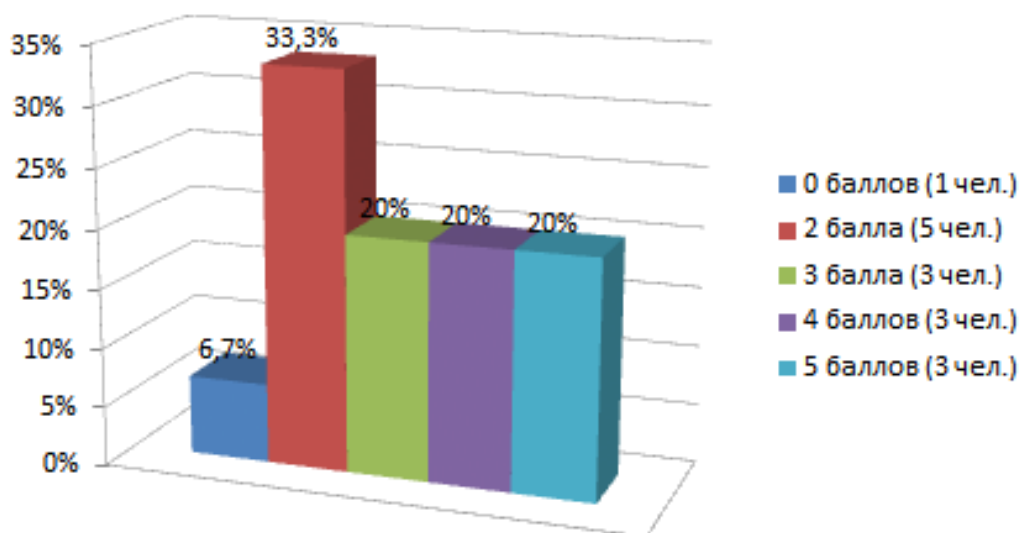


Рис. 5 – Оснащенность алгоритмами процедурного кабинета.

На вопрос выполняют ли медсестры сестринские манипуляции в процедурном кабинете согласно каких-либо алгоритмов были получены следующие результаты (Рис.6). Большинство – 7 человек (46,7%) работают согласно каких-либо существующих алгоритмов, 6 человек (40%) – только некоторые манипуляции выполняют по алгоритмам, и 2 человека (13,3%) – работают, основываясь на свои знания.

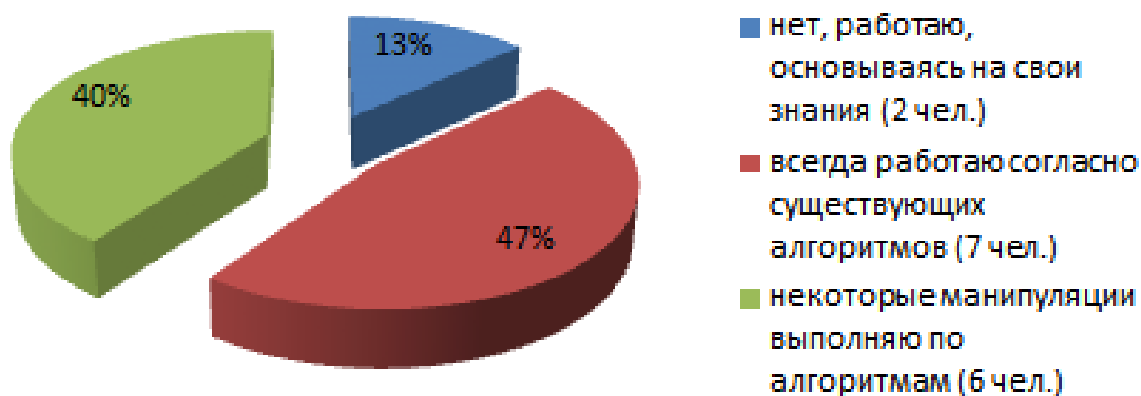


Рис. 6 – Выполнение сестринских манипуляций согласно алгоритмов.

Интересуясь, достаточно ли в наличии в процедурном кабинете алгоритмов по выполнению манипуляций, большинство медсестер – 11 человек (73,3%) – ответили, нет, хотелось бы больше, 4 человека (26,7%) – ответили, что алгоритмы не все, но мне хватает, ни одного человека не ответило, что алгоритмов достаточно (Рис. 7).

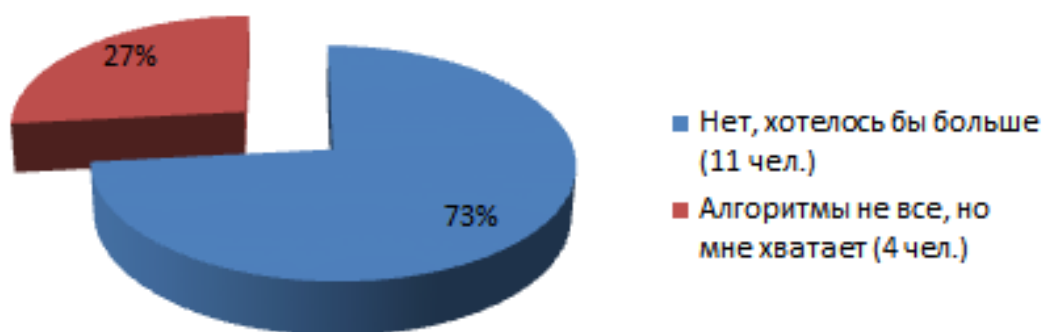


Рис. 7 – Оснащенность алгоритмами процедурного кабинета

Н вопрос: «Существуют ли такие алгоритмы, с которыми Вы не согласны и хотели бы внести изменения?» ответы распределились следующим образом: 5 человек (33,3%) согласны со всеми существующими алгоритмами, 1 человек (6,7%) - со многим не согласен и хотел бы внести изменения, 9 человек (60%), возможно, внесли бы изменения в некоторые из существующих алгоритмов. (Рис.8)

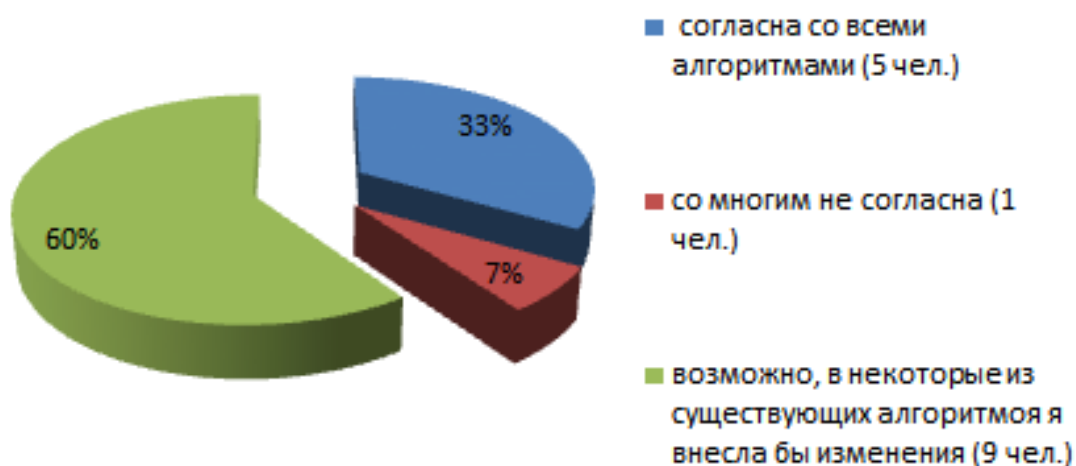


Рис. 8 – Удовлетворенность медсестер содержанием существующих алгоритмов

Интересуясь, насколько помогают в работе медсестрам существующие алгоритмы, были получены следующие ответы: Несомненно, помогают – ответили 12 человек (75%), иногда заглядывают в них 2 медсестры (13,3%), и никогда не пользуется алгоритмами 1 медсестра (6,7%) (Рис. 9).

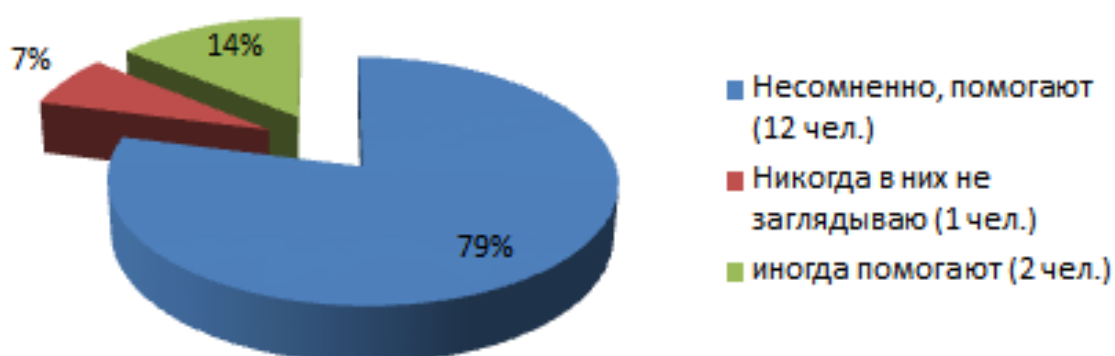


Рис. 9 – Помощь в работе медсестер существующих алгоритмов

Интересно было узнать оказывает ли отсутствие алгоритмов каких-либо манипуляций на профессиональную грамотность медсестер. В результате 10 человек (66,7%) признались, что иногда не хватает информации, и 5 человек (33,3%) сказали, что знают наизусть все алгоритмы. Результаты представлены на диаграмме (Рис. 10).



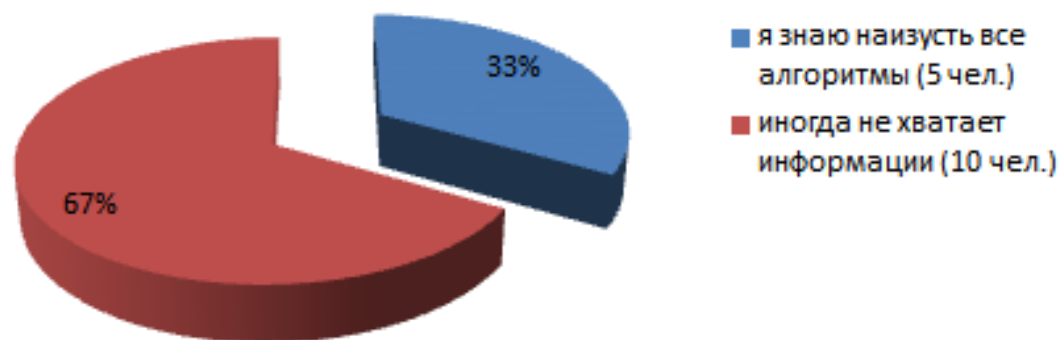


Рис. 10 – Влияние отсутствия алгоритмов манипуляций на профессиональную грамотность медсестер

Ну и, наконец, медсестрам было предложено выбрать: наличие каких алгоритмов наиболее актуально для них в процедурном кабинете. По результатам опроса наиболее актуальными оказались следующие манипуляции:

- постановка сосудистого катетера – 10 человек
- уход за сосудистым катетером – 7 человек
- определение группы крови – 6 человек
- забор крови из вены на различные исследования – 4 человека
- выполнение внутривенных инфузий – 6 человек

Результаты представлены на диаграмме (Рис.11)

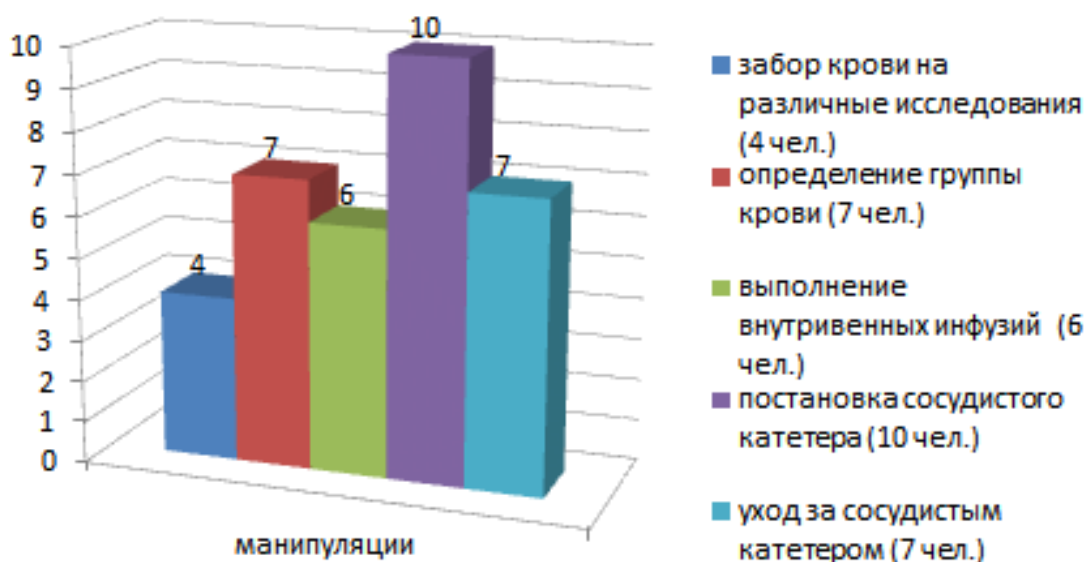


Рис. 11 – Наиболее актуальные алгоритмы манипуляций в процедурном кабинете

## 2.3 ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ результатов анкетирования медсестер хирургического отделения военного госпиталя показал, что медицинским сестрам для работы в отделении, в частности в процедурном кабинете недостаточно существующих алгоритмов выполнения сестринских манипуляций, что требует разработки и внедрения некоторых алгоритмов.

Возраст опрошенных респондентов – от 34 до 55, то есть у всех медсестер достаточно большой опыт работы. Почти все опрошенные медсестры, за исключением одной имеют высшую квалификационную категорию, что говорит о высоком уровне подготовки медсестер.

Знание медсестрами о существовании стандартов и алгоритмов на выполнение сестринских манипуляций так же говорит о том, что персонал обладает теоретическими знаниями и достаточно квалифицирован.

Большинство опрошенных медсестер (80%) выполняют на своих рабочих местах различные виды деятельности, что свидетельствует о необходимости знания большого количества алгоритмов сестринских манипуляций.

Но, судя по результатам исследования, рабочие места медсестер, в том числе процедурный кабинет практически не оснащены алгоритмами манипуляций, или оснащены достаточно слабо.

Тем не менее, почти 50% медсестер при работе в процедурном кабинете пользуются в работе хотя бы теми алгоритмами, которые есть в наличии. Почти 75% опрошенных сказали, что алгоритмов для работы не хватает и хотелось бы чтобы улучшить оснащение ими процедурной.

2/3 респондентов хотели бы внести изменения в те немногие алгоритмы которые есть в наличии. Это говорит о том, что по всей вероятности, имеющиеся в наличии алгоритмы, давно не пересматривались руководителями, а опытные медицинские сестры, каждый день, работая в процедурном кабинете, и учитывая нововведения, сталкиваются с несоответствиями в алгоритмах.

Несомненно, подавляющему большинству медсестер (93,3%) помогают в работе даже те немногие алгоритмы, которые есть в наличии. И не смотря на высокую квалификацию медсестер отделения, многим не хватает существующей информации.

Сопоставив оснащение процедурного кабинета алгоритмами и инструкциями с ответами медицинских сестер можно сделать вывод о том, что многие медсестры не знают что такое алгоритмы, и ошибочно принимают за него существующие инструкции.

В связи с этим сотрудникам было предложено выбрать - наличие каких алгоритмов наиболее актуально для них в процедурном кабинете с целью их разработки.

По результатам исследования большинство медсестер интересуется алгоритм постановки периферического катетера, так же интересно наличие алгоритма ухода за периферическим катетером, разработка которых и будет проведена в рамках данной дипломной работы с последующим внедрением их в работу процедурного кабинета хирургического отделения.

## **2.4 ПРОВЕДЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА АЛГОРИТМОВ МАНИПУЛЯЦИЙ, ВЫБРАННЫХ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ**

Для разработки были выбраны следующие алгоритмы:

- 1. Постановка периферического венозного катетера (ПВК)**
- 2. Уход за периферическим венозным катетером**

Периферический внутривенный (венозный) катетер - это устройство, введенное в периферическую вену и обеспечивающее доступ в кровяное русло.

Несмотря на то, что катетеризация периферических вен значительно менее опасная процедура по сравнению с катетеризацией центральных вен, она также несет в себе риск осложнений, как и любая процедура, нарушающая целостность кожного покрова. Наиболее частыми причинами неудач и возникновения осложнений при катетеризации периферических вен являются

отсутствие практических навыков у медицинского персонала, а также нарушение методики постановки венозного катетера и ухода за ним. Следовательно, благодаря хорошей манипуляционной технике медсестры, строгому соблюдению правил асептики и антисептики и правильному уходу за катетером большинства осложнений можно избежать.

К сожалению, в России еще нет общепринятых стандартов катетеризации периферических вен и ухода за катетером, данная манипуляция не внесена в ГОС СПО медицинских учебных заведений, поэтому выпускники медицинских училищ и колледжей приступают к работе, не владея этой техникой. На рабочем месте более опытные сотрудники (медсестры первой и высшей квалификационной категории) проводят обучение методом наставничества "из рук в руки".

Проведение внутривенной терапии через периферический венозный катетер имеет ряд преимуществ, как для медицинских работников, так и для пациентов. Метод предполагает надежный и доступный венозный доступ, способствует быстрому эффективному введению точной дозы лекарственных препаратов, позволяет экономить время медицинского персонала, затрачиваемое на венепункции при частых внутривенных инъекциях, что также минимизирует психологическую нагрузку на больного, обеспечивает двигательную активность и комфорт пациента. Кроме того, эта простая манипуляция связана с минимальным количеством тяжелых жизнеугрожающих осложнений при соблюдении основных условий: метод должен стать постоянным и привычным в практике и, как и при любой инвазивной медицинской манипуляции, необходимо обеспечение безупречного ухода.

Катетеризация венозного доступа является безопасным и надежным способом, который способствует снижению случаев травм при уколе иглой, что напрямую связано с безопасностью медицинского персонала на рабочем месте.

Приказом Росстандарта от 31 марта 2015 года N 199-ст утвержден ГОСТ Р 52623.3-2015 "Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода", в котором из выбранных для анализа

манипуляций присутствует только уход за ПВК. Алгоритма постановки ПВК в данном документе нет. Проведя анализ алгоритмов **постановки ПВК** из нескольких источников, было выявлено следующее:

- алгоритмы схожи практически во всем, но все-таки есть небольшие различия;

- почти во всех алгоритмах, за исключением двух из рассмотренных – перед тем, как выбрать катетер медсестра накладывает жгут и выбирает вену для пункции, причем в половине случаев, согласно алгоритма - она делает это без перчаток, во второй половине случаев – соответственно, в перчатках;

- в большинстве алгоритмов угол введения иглы составляет  $15^{\circ}$ . Исключение составили два алгоритма из рассмотренных – в одном угол введения указан  $25-30^{\circ}$ , в другом –  $30-45^{\circ}$ , с последующим уменьшением угла наклона иглы после появления крови в контрольной камере;

- в одном из рассмотренных алгоритмов перед постановкой ПВК одним из пунктов является: - на область пункции наложить пластырь/крем ЭМЛА на 10-20 минут; с последующим его удалением перед постановкой ПВК. Вероятно, данный пункт и целесообразен с точки зрения гуманности, но, во-первых – данные крема и пластыри достаточно дорогостоящие, а во-вторых - иногда бывают ситуации, когда помощь надо оказывать немедленно, и просто нет этих 10-20 минут. Возможно, выполнение данного пункта необходимо при постановке катетеров больших диаметров или при выполнении манипуляции детям.

## **2.5 РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМОВ МАНИПУЛЯЦИЙ**

Учитывая все проанализированные алгоритмы, специфику работы и оснащение катетерами конкретного отделения, был разработан алгоритм постановки ПВК по методике «на игле» для процедурного кабинета хирургического отделения военного госпиталя. Процедурный кабинет оснащен катетерами внутривенными периферическими с дополнительным портом,

инъекционный порт для болюсного введения медикаментов и промывания катетера обеспечивает возможность введения лекарств в процессе инфузии, крылья катетера позволяют надежно фиксировать катетер, и устраняют возможность несанкционированного извлечения.

### **Алгоритм постановки периферического венозного катетера**

**Цель:** Периферический венозный катетер вводится в периферическую вену и обеспечивает доступ в кровяное русло, дает возможность длительной инфузионной терапии, снижает частоту психологических травм (особенно у детей), связанных с многочисленными пункциями периферических вен.

**Показания:** Необходимость длительных вливаний лекарственных средств, неотложные состояния, с целью парентерального питания, массивной инфузионной терапии.

**Перечень необходимого оснащения:** стерильный лоток, шприц с 2 мл гепаринизированного раствора, лейкопластырь, спирт этиловый 70%, стерильные салфетки, жгут, периферические катетеры разных размеров, стерильные перчатки, лоток для мусора.

### **Порядок выполнения:**

1. Проведите идентификацию больного
2. Объясните пациенту цель и ход предстоящей процедуры и получите его согласие
3. Обработайте руки гигиеническим способом
4. Соберите стандартный набор для катетеризации периферических вен, проверив целостность упаковки и сроки хранения
5. Приготовьте в зоне легкой досягаемости контейнер для утилизации острых предметов
6. Обеспечьте хорошее освещение, помогите пациенту занять удобное положение
7. Наложите жгут на 10-15 см выше места предполагаемой катетеризации
8. Попросите пациента сжать кулак несколько раз
9. Выберите вену для постановки катетера

10. Снимите жгут
11. Подберите наименьший катетер, учитывая: размер вены, необходимую скорость введения, график проведения внутривенной терапии, вязкость инфузата
12. Обработайте руки гигиеническим способом
13. Наденьте стерильные перчатки
14. Наложите жгут на 10-15 см выше выбранной зоны катетеризации
15. Обработайте место постановки катетера кожным антисептиком в течение 30-60 секунд и дайте высохнуть самостоятельно. НЕ ПАЛЬПИРУЙТЕ ВЕНУ ПОВТОРНО
16. Вскройте упаковку катетера выбранного диаметра
15. Снимите заглушку, положите ее на стерильную поверхность упаковки или стерильную салфетку
16. Снимите защитный чехол с катетера
17. Зафиксируйте вену, прижав ее пальцем ниже предполагаемого места введения катетера
18. Убедитесь, что срез иглы ПВК находится в верхнем положении
19. Введите катетер на игле под углом к коже 15 градусов, наблюдая за появлением крови в индикаторной камере
20. При появлении крови в индикаторной камере дальнейшее продвижение иглы необходимо остановить
21. Зафиксируйте иглу-стиллет, а канюлю медленно до конца сдвигайте с иглы в вену (игла-стиллет полностью из катетера пока не удаляется)
22. Снимите жгут
- НЕ ВВОДИТЕ ИГЛУ В КАТЕТЕР ПОСЛЕ СМЕЩЕНИЯ ЕГО С ИГЛЫ В ВЕНУ – этим можно обрезать конец катетера и вызвать эмболию катетером
23. Пережмите вену на протяжении для снижения кровотечения и окончательно удалите иглу из катетера
24. Утилизируйте иглу с учетом правил безопасности

25. Закройте катетер заглушкой и промойте через порт раствором гепарина (0,2 мл гепарина на 2 мл 0,9% физиологического раствора) или присоедините инфузионную систему

26. Подложите стерильную салфетку под канюлю катетера

27. Зафиксируйте катетер на конечности

28. Утилизируйте отходы в соответствии с правилами техники безопасности и санитарно-эпидемиологического режима

29. Снимите перчатки и сбросьте в емкость для использованного материала

30. Обработайте руки гигиеническим способом

31. Зарегистрируйте процедуру катетеризации вены согласно требований лечебного учреждения.

#### **Возможные осложнения:**

1. *Воздушная эмболия.* Необходимо удалить полностью воздух из всех заглушек, дополнительных элементов и «капельницы» перед присоединением к ПВК, а также прекратить вливания до того, как флакон или пакет с раствором лекарственного средства опустеет; применять устройства для внутривенного введения соответствующей длины, чтобы можно было опустить конец ниже места установки, таким образом предупредить поступление воздуха в инфузионную систему. Важную роль играет надежная герметизация всей системы. Риск возникновения воздушной эмболии при периферийной канюлизации ограничивается положительным периферийным венозным давлением (3–5 мм вод. ст.). Отрицательное давление в периферийных венах может образоваться при выборе места установки ПВК выше уровня сердца.

2. *Тромбоэмболия.* Следует избегать венепункций нижних конечностей, а также применять минимально возможный диаметр ПВК, обеспечивающий непрерывное обмывание кровью кончика находящегося в сосуде катетера.

3. *Флебит.* Следует использовать асептическую технику установки ПВК, выбирать минимально возможный его размер для достижения объемов,



необходимых для внутривенной терапии; надежно фиксировать катетер для предупреждения его движения в вене; обеспечить адекватное растворение лекарственных средств и их введение с соответствующей скоростью; проводить замену ПВК каждые 48–72 часа или раньше (в зависимости от условий) и по очереди менять сторону тела для места установки катетера.

При проведении внутривенной терапии через периферический венозный катетер (ПВК) осложнения исключаются при соблюдении следующих основных условий: метод должен применяться не от случая к случаю (стать постоянным и привычным в практике), за катетером должен быть обеспечен безупречный уход. Хорошо выбранный венозный доступ является существенным моментом успешной внутривенной терапии.

Катетеризация периферических вен является несложной процедурой и может выполняться квалифицированными медицинскими сестрами, имеющими соответствующие профессиональные навыки.

Необходимо помнить, что максимум внимания к выбору катетера, процессу его постановки и качественный уход за ним являются главными условиями успешности лечения и профилактики осложнений.

Цель ухода за установленным периферическим венозным катетером — обеспечение его функционирования и профилактика вероятных осложнений. Для достижения успеха необходимо соблюдать все пункты качественной эксплуатации канюли.

Проанализировав несколько источников с информацией по уходу за ПВК, были получены следующие результаты:

- достаточно много источников описывают процедуру ухода за ПВК без четко структурированного алгоритма;
- часто алгоритмы ухода за ПВК представлены в тесном переплетении с уходом за центральным венозным катетером (ЦВК); данный недостаток характерен и для вступившего в силу с 1 марта 2016 года ГОСТа Р 52623.3 – 2015;

- рассмотренные алгоритмы ухода за ПВК в основном однотипны, и заключаются в описании последовательности промывания катетера и смены повязки, но нигде нет конкретных данных о частоте ухода за катетером.

Базируясь на рассмотренных алгоритмах из нескольких источников, практическом опыте своем и своих коллег, а так же особенностях работы и характеристике патологий, характерных для хирургического отделения военного госпиталя был разработан алгоритм ухода за ПВК.

Уход за ПВК должен производиться до и после каждой внутривенной инфузии, но не реже 1 раза в сутки.

### **Алгоритм ухода за ПВК**

**Цель:** обеспечение его функционирования и профилактика вероятных осложнений.

**Показания:** Наличие у пациента установленного периферического катетера.

**Перечень необходимого оснащения:** стерильный лоток, шприц с 2 мл гепаринизированного раствора, лейкопластырь, спирт этиловый 70%, стерильные салфетки, стерильные перчатки, лоток для мусора.

#### ***1. Уход перед инфузией***

1. Идентифицировать пациента, представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры.

2. Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение

3. Подготовить систему для инфузии, а так же все необходимое для обработки катетера (стерильные салфетки, стерильные шарики, стерильный пинцет, антисептик, пластырь)

4. Освободить от одежды место постановки катетера

5. Обработать руки гигиеническим способом

6. Надеть стерильные перчатки

7. Аккуратно снять повязку, защищающую и фиксирующую катетер и положить в непромокаемый пакет/контейнер

8. Осмотреть кожу вокруг катетера и по ходу вены на предмет возникновения осложнений (при появлении отека, покраснении, местном повышении температуры катетер необходимо удалить)

9. Обработать кожу вокруг катетера кожным антисептиком: стерильным шариком с помощью стерильного пинцета от центра к периферии

10. Обработать все части (соединения), включая канюлю, и сам катетер антисептиком: стерильной салфеткой

11. Подложить под канюлю катетера стерильную салфетку

12. Зафиксировать катетер пластырем

13. Снять заглушку с катетера

14. Промыть катетер 10,0 мл 0,9% раствором NaCl

15. Подсоединить систему для внутривенных инфузий к катетеру

16. При необходимости закрепить систему пластырем

17. Уточнить у пациента его самочувствие

II. Уход за ПВК после инфузии

1. Подготовить все необходимое для обработки катетера (стерильные салфетки, стерильные шарики, стерильный пинцет, антисептик, пластырь)

2. Обработать руки гигиеническим способом

3. Надеть стерильные перчатки

4. Отсоединить систему от канюли катетера и закрыть катетер стерильной заглушкой

5. Через порт катетера ввести 10,0мл 0,9% .раствора NaCl

6. Через порт катетера ввести 2,0 мл гепаринизированного раствора (02,мл гепарина на 2 мл 0,9% NaCl) – «гепариновый замок»

7. Убрать салфетку из-под канюли катетера

8. Обработать кожу вокруг катетера антисептиком

9. Подложить под канюлю катетера стерильную салфетку

10. При необходимости закрепить линии катетера

11. Наложить защитную повязку

12. Использованный материал и систему для внутривенных инфузий утилизировать в отходы класса Б
13. Снять использованные перчатки и утилизировать их в отходы класса Б
14. Обработать руки гигиеническим способом
15. Уточнить у пациента его самочувствие
16. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

**Возможные осложнения:**

- локальная воспалительная реакция при недостаточном уходе за ПВК;
- при уходе за ПВК **категорически запрещено использование ножниц!** так как существует опасность для катетера быть отрезанным, что приведет к попаданию катетера в кровеносную систему.

Каждое соединение катетера - это ворота для проникновения инфекции. При уходе за катетером необходимо строго соблюдать правила асептики, работать только в стерильных перчатках. Необходимо чаще менять стерильные заглушки, никогда не пользоваться заглушками, внутренняя поверхность которых могла быть инфицирована.

## **2.6 ВНЕДРЕНИЕ В РАБОТУ РАЗРАБОТАННЫХ АЛГОРИТМОВ ПОСТАНОВКИ ПВК И УХОДА ЗА ПВК**

После разработки алгоритмов постановки и ухода за ПВК, данные последовательности были предложены для использования в работе процедурного кабинета хирургического отделения военного госпиталя. Для оценки качества полученных алгоритмов была разработана анкета (приложение Б) для медицинских сестер отделения. В результате ответов на вопросы анкеты были получены следующие результаты:

Интересуясь, ознакомились ли медсестры с разработанными алгоритмами, мы выяснили, что все заинтересовались и ознакомились.

Было интересно выяснить, узнали ли что-либо новое для себя медсестры из представленных алгоритмов. Больше половины опрошенных (53,3%) сказали, что выяснили для себя некоторые моменты. 7 человек (44,7%) ответили, что ничего нового для себя не узнали. Результаты представлены на диаграмме (Рис.12).

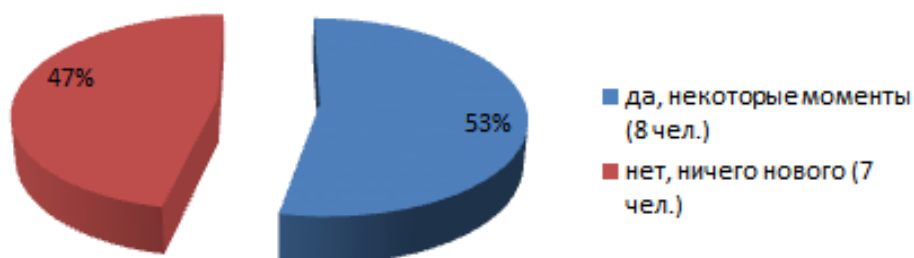


Рис. 12 – Новизна для медсестер в разработанных алгоритмах.

При ответе на вопрос: упростят ли Вашу работу разработанные алгоритмы – 12 человек (80%) ответили утвердительно, и только 3 человека (20%) сказали, что знают все и без алгоритмов (Рис.13).

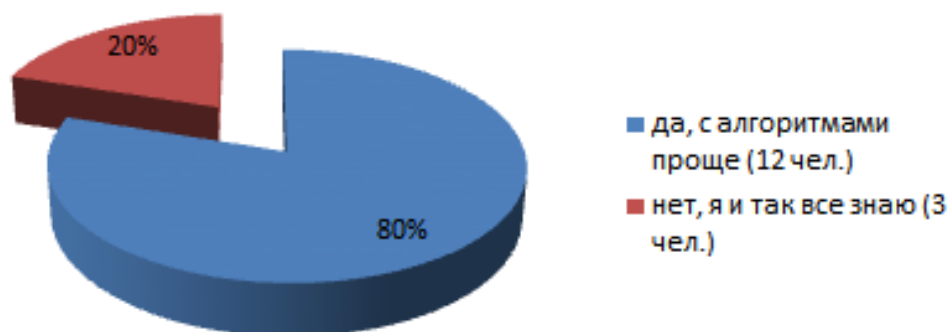


Рис. 13 – Мнение медсестер по упрощению работы с помощью алгоритмов.

Интересуясь, необходимы ли все-таки в работе медсестер разработанные алгоритмы – 13 человек (86,7%) ответили, что алгоритмы необходимы, так как медсестра чувствует себя с ними более защищенной в правовом аспекте, и 2 человека (13,3%) – возможно, иногда воспользуются предложенными алгоритмами (Рис.14).

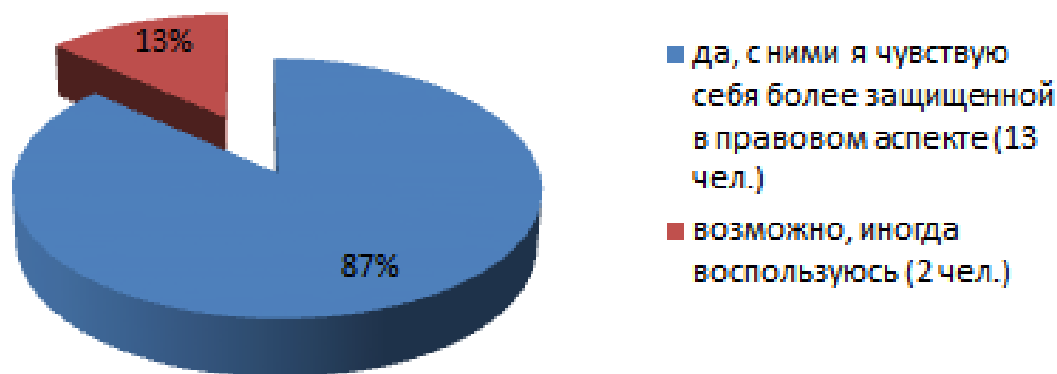


Рис.14 – Необходимость разработанных алгоритмов в работе медсестер.

Предложив медицинским сестрам выбрать с их точки зрения наиболее правильный вариант выполнения некоторых моментов манипуляций мы выяснили следующее:

- 10 человек (66,7%) считают, что перед катетеризацией необходимо предварительно выбрать вену для пункции, а затем подготовиться и вновь наложить жгут, что соответствует разработанному алгоритму, и 5 медсестер (33,3%) считают, что достаточно однократного наложения жгута с выбором вены непосредственно перед катетеризацией, результаты представлены на диаграмме (Рис.15).

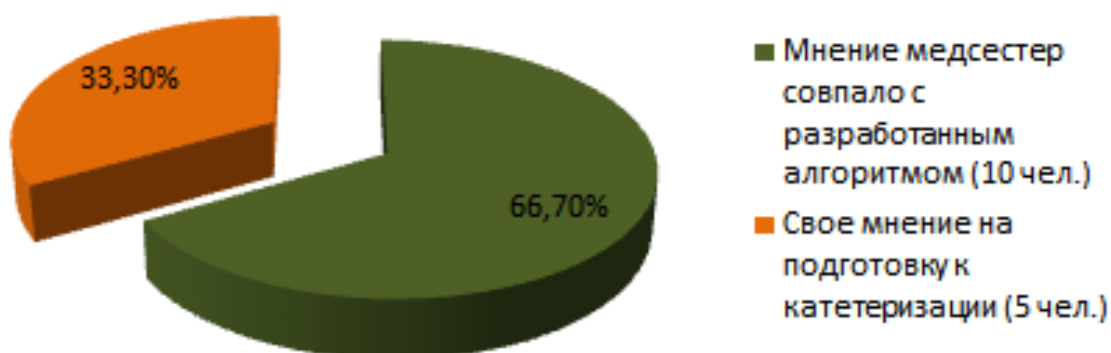


Рис.15 – Совпадение мнения медсестер с разработанным алгоритмом по поводу подготовки к катетеризации.

- по вопросу фиксации катетера мнения распределились следующим образом: 13 человек (86,7%) считают, что фиксацию необходимо проводить

после промывания катетера или постановки инфузионной системы – их мнение совпало с разработанным алгоритмом, и 2 человека (13,3%) – сказали, что фиксация производится сразу же после введения катетера (Рис.16).

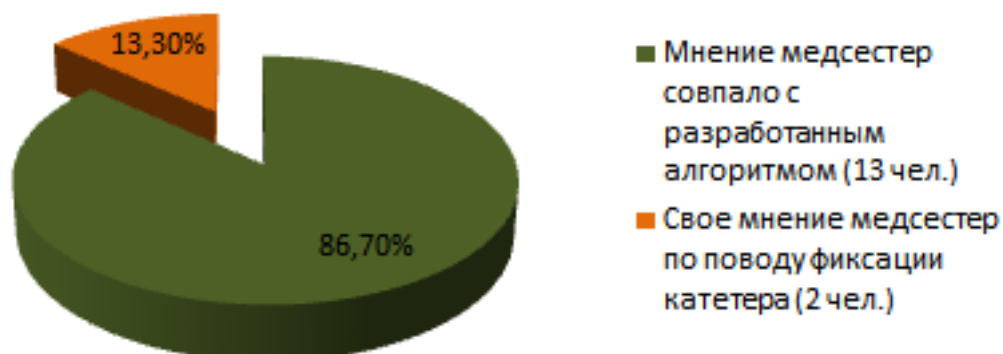


Рис.16 – Совпадение мнения медсестер с разработанным алгоритмом по поводу фиксации катетера.

- необходимость наличия стерильной салфетки под канюлей катетера подтвердили 10 медсестер (66,7%) – что соответствует алгоритму, и 5 человек (33,3%) ответили, что в ней нет необходимости (Рис.17).

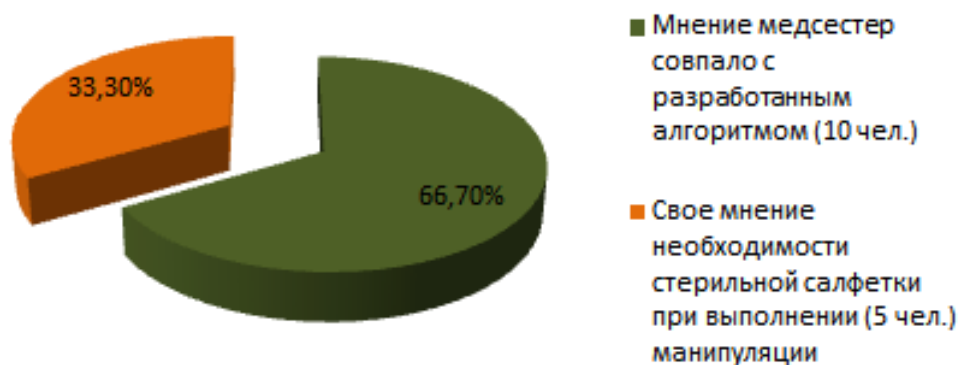


Рис.17 – Совпадение мнения медсестер с разработанным алгоритмом по поводу необходимости стерильной салфетки.

- состав гепариновой «заглушки» (0,2 мл гепарина на 2 мл 0,9% раствора NaCl), предложенный в алгоритме подтвердили все, без исключения респонденты, так же как и количество гепаринизированного раствора для постановки заглушки все медсестры отметили 2 мл. Уточняя у персонала

мнение по кратности обработки катетера, все респонденты указали – до и после каждой инфузии, но не реже одного раза в сутки.

При оценке по 10-ти бальной шкале правильности составленных алгоритмов постановки и ухода за ПВК результаты распределились следующим образом: 10 медсестер (66,7%) оценили его на 10 баллов, 2 человека (13,3%) – на 8 баллов и 3 человека (20%) – на 9 баллов. (Рис.18).

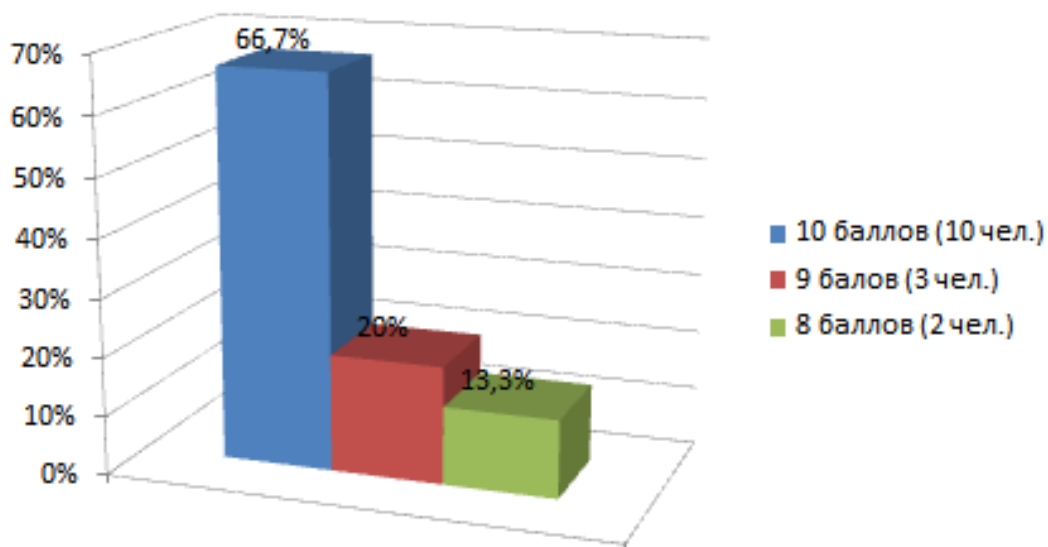


Рис. 18 – Мнение медсестер о правильности разработанных алгоритмов.

Интересуясь, возникло ли у медсестер желание иметь на вооружении алгоритмы остальных манипуляций, после принятия в работу составленных – 12 респондентов (80%) ответили утвердительно, и 3 человека (20%) сказали, что для них нет необходимости в наличии остальных алгоритмов (Рис.19).

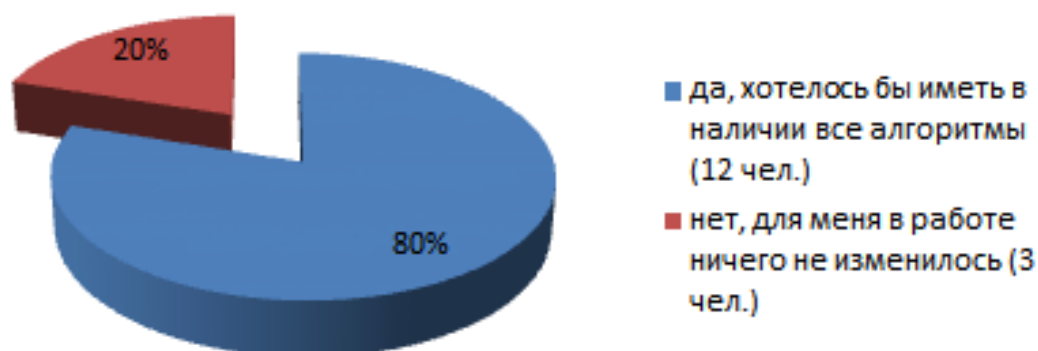


Рис. 19 – Необходимость в работе медсестер алгоритмов всех манипуляций.



## 2.7 ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Все медицинские сестры отделения ознакомились с предложенными алгоритмами, что говорит о заинтересованности медсестер в правильности выполнения манипуляций, и более половины из них узнали для себя что-то новое из предложенных алгоритмов.

Большинство медсестер считают, что разработанные алгоритмы упростят их работу и защитят деятельность медицинских сестер в правовом аспекте. При возникновении какого-либо осложнения в результате проведения манипуляции медицинская сестра может сослаться на организацию своей работы по утвержденным в установленном порядке медико-технологическим протоколам (алгоритмам) сестринских манипуляций, являющихся критерием качества ухода.

В наиболее спорных моментах в разработанном алгоритме постановки ПВК большинство медицинских сестер согласны с предложенными последовательностями, за исключением нескольких человек, в алгоритме ухода за ПВК все медсестры согласились с предложенными последовательностями полностью. Тем не менее, при оценке по 10-ти бальной шкале правильности составления алгоритмов большинство респондентов поставили высший балл, и 5 человек оценили алгоритмы в 8-9 баллов, что также является достаточно высокой оценкой.

Практически все медицинские сестры отделения, за исключением 3 человек хотели бы иметь на вооружении при работе в процедурном кабинете алгоритмы выполнения всех манипуляций, что говорит о стремлении к более качественному оказанию сестринских услуг и совершенствованию своей деятельности.

## 2.8 ВЫВОДЫ

Проведя исследование на базе процедурного кабинета хирургического отделения военного госпиталя по необходимости наличия алгоритмов сестринских манипуляций и в процессе внедрения разработанных алгоритмов можно сделать следующие выводы:

1. На данный момент в процедурном кабинете полностью отсутствуют какие-либо алгоритмы выполнения сестринских манипуляций. Работа медсестры осуществляется только на основании знаний полученных ею в учебном заведении среднего профессионального образования, справочника процедурной медсестры и некоторых существующих инструкций.

2. Наличие алгоритмов сестринских манипуляций очень актуально для медсестер отделения, так как применение стандартов (алгоритмов) облегчает работу медсестер, сокращает неоправданные расходы средств, времени, улучшает качество обслуживания пациентов и результаты лечения, совершенствует деятельность медсестры.

3. В рамках данной дипломной работы были разработаны алгоритмы на самые актуальные манипуляции по результатам анкетирования, которые впоследствии были внедрены в работу медицинских сестер отделения.

4. При повторном анкетировании выяснилось, что большинство медсестер отделения приняли на вооружение разработанные алгоритмы и нуждаются во внедрении в работу алгоритмов других манипуляций.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Управление качеством сестринской помощи на сегодняшний день без сомнения является очень важной и актуальной проблемой. Управлять качеством сестринской помощи, по мнению Дороти Холл, можно лишь тогда, когда деятельность сестер изучена, структурирована, нормирована, а значит, может быть оценена в соответствии со стандартом. Разработка и применение общепринятых стандартов является ключевым компонентом каждой из основных функций сестры, необходимым условием ответственности за свои действия.

Цель данной работы заключалась в совершенствовании деятельности медсестры процедурного кабинета хирургического профиля, в частности в разработке алгоритмов сестринских манипуляций, необходимых для работы медсестры процедурного кабинета. Таким образом, цель достигнута, так как:

1. В данной работе была представлена организация работы военных госпиталей, в частности хирургического отделения и процедурного кабинета, как функционального подразделения, затронуты вопросы качества и уровня сестринской помощи и факторов, способствующих совершенствованию деятельности медсестер.

2. Изучены вопросы стандартизации в здравоохранении. Изучены составляющие стандартов медицинской помощи, рассмотрены стандарты с точки зрения правовой защищенности медицинских работников.

3. Рассмотрены проблемы стандартизации в сестринской деятельности, проанализированы стандарты в работе медицинских сестер. В работе медицинской сестры можно выделить профессиональные и этические стандарты. Основой этического стандарта является «Этический кодекс медицинской сестры», профессиональные стандарты разрабатываются с учетом деятельности ЛПУ и его возможностей.

4. Описана необходимость и целесообразность присутствия стандартов в работе медицинских сестер, и как следствие, наличие алгоритмов выполнения сестринских манипуляций.

5. Проанализированы результаты мнения медсестер об оснащенности процедурного кабинета и отделения стандартами, алгоритмами, в результате чего были разработаны алгоритмы на такие сестринские манипуляции как: постановка периферического венозного катетера и уход за периферическим венозным катетером.

6. После внедрения в работу алгоритмов, так же было изучено мнение медсестер отделения о необходимости и качестве разработанных алгоритмов.

Проведенное исследование определило значимость присутствия в работе медсестер алгоритмов манипуляций; разработка алгоритмов позволила совершенствовать деятельность медицинских сестер.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. ГОСТ Р 52623.3-2015 Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода. – М.: Стандаринформ, 2015. – 214 с. // <http://www.rags.ru/gosts/gost/59969/>
2. Руководство по организации работы гарнизонного военного (военно-морского) госпиталя // Министерство обороны Российской Федерации главное военно-медицинское управление. – Москва, 2008
3. Беликов Л.Н. Правила парентерального введения лекарственных средств, переливания крови и кровезаменителей // Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике: учеб. пособие. - 2008. - 624 с. : ил. // [http://vmede.org/sait/?id=Anatomija\\_topograficheskaja\\_sukov\\_xir\\_bol\\_2008&menu=Anatomija\\_topograficheskaja\\_sukov\\_xir\\_bol\\_2008&page=9](http://vmede.org/sait/?id=Anatomija_topograficheskaja_sukov_xir_bol_2008&menu=Anatomija_topograficheskaja_sukov_xir_bol_2008&page=9)
4. Биккулова Д.Ш., Протоколы венозного доступа – комплексное решение проблем ЦВК // Поликлиника. – 2014. -№1. – с 30-33 // [http://www.poliklin.ru/imagearticle/201401\(2\)/30-33.pdf](http://www.poliklin.ru/imagearticle/201401(2)/30-33.pdf)
5. Габидуллина Н. Катетеризация периферических вен // Региональная общественная организация – Ассоциация медицинских сестер Башкортостана // <http://medsestrarb.ru/obuchenie/kateterizacziya-perifericheskix-ven.-natalya-gabidullina.html>
6. Камынина Н.Н. Стандартизация сестринской деятельности: современные подходы к улучшению качества оказываемой медицинской помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. -№ 12 // <http://www.zdrav.net/doc/pr/2007/pr1207.pdf>
7. Конференция «Единый Стандарт периферического венозного доступа как возможность оптимизации работы ЛПУ». – СПб.: Ассоциация медицинских сестер России (РАМС). – 2011 // <http://www.rusbg.com/doctor/konferentsiya-ediniy-standart-perifericheskogo-venoznogo-dostupa-kak-vozmozhnost-optimizatsii-raboti-lpu.html>

8. Манипуляции в сестринском деле. Под общей редакцией А.Г.Чижа, «Феникс» Медицина, 2010 г. 320 с.

9. Михайлова И. В., Владимирова О.В., Ишкова Т.М., Хвалова В.В. «Траектория практического обучения по дисциплине. Основы сестринского дела» Учебное пособие - Барабинск 2010 // <https://docviewer.yandex.ru/?url=http%3A%2F%2FiHaveBook.org%2Fbooks%2Fdownload%2Fpdf%2F661965%2Fspravochnik-medsestry.pdf&name=spravochnik-medsestry.pdf&lang=ru&c=570a7f832f49&page=35>

10. Николенко А.В., Кон Е.М., Сандакова Г.С., Старцева Ю.В. Обеспечение сосудистого доступа у пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии. Периферический венозный доступ // Интенсивная терапия. – 2008. –N 2

11. Петрова В. Б., Петрова А. И., Лаптева Е. С. Парентеральное введение лекарственных веществ. Внутривенная капельная инфузия. Взятие венозной крови. Постинъекционные осложнения: учебно-методическое пособие. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. — 44 с. // [http://szgmu.ru/upload/files/Учебно-методическая%20литра/Сестринского%20дела/Инъекции\\_2\\_АВТОРАМу.pdf](http://szgmu.ru/upload/files/Учебно-методическая%20литра/Сестринского%20дела/Инъекции_2_АВТОРАМу.pdf)

12. Постановка периферического катетера / Калужский базовый медицинский колледж // <http://kbmk.info/blog/college/285.html>

13. Проблемы стандартизации в области сестринских манипуляций обсудили в Москве // пресс-релизы / организация здравоохранения // <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=61722>

14. Процедурный кабинет // [zdrav.ru](http://zdrav.ru) – портал информационной поддержки специалистов ЛПУ // <http://www.zdrav.ru/articles/76574-protsedurnyy-kabinet>

15. Рой С.В. Сестринский уход. (Алгоритмы манипуляций) : учеб.-метод. пособие для самостоятельной работы студентов по специальности 060101 «Лечебное дело». – Ставрополь: изд-во СтГМА, 2011. – 114 с // [http://stgmu.ru/userfiles/depts/practice\\_center/Sestrinskij\\_uhod.doc](http://stgmu.ru/userfiles/depts/practice_center/Sestrinskij_uhod.doc)

16. Самарцев В.А. Катетеризация периферических вен и роль руководителя сестринского персонала в организации этой работы // Главная медицинская сестра. – 2010. - №11 // <http://www.mcfr.ru/journals/38/492/30784/30786/>

17. Сестра // Стандарты деятельности медсестры // <http://www.medcetre.ru/standarty-deyatelnosti-medsestry/>

18. Справочник для процедурной медицинской сестры процедурного кабинета: методические рекомендации / Общерос. Обществ. Орг. «Ассоциация медицинских сестер России» - 3-е изд., перераб. и доп., [сост.: Саркисова В.А. и др.]. СПб.: Артиком плюс, 2009. – 424 с.

19. Старченко А.А. Три составляющих качественной медицинской помощи // zdrav.ru – портал информационной поддержки специалистов ЛПУ // <http://www.zdrav.ru/articles/101108-tri-sostavlyayushchih-kachestvennoy-meditsinskoy-pomoshchi>

20. Russ Nassof. Периферические катетеры и риск инфекции: если вы видите что-то — так не молчите об этом! Общественное здоровье и роль медсестры // Санкт-Петербургский центр последипломного образования работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием ФМБА России. – 2012 // <http://nursing.edu.ru/element/obshestvennoe-zdorove-i-rol-medsestry/perifericheskie-katetery-i-risk-infekcii-esli-vy-vidite-cto-to-tak-ne-molchite-ob-etom1/>

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

### АНКЕТА

#### **«Совершенствование деятельности медицинской сестры хирургического профиля»**

Предлагаем Вам принять участие в совершенствовании деятельности медицинской сестры хирургического профиля. Ваши ответы позволят выявить недостатки и улучшить организацию деятельности медицинской сестры при работе в процедурном кабинете.

Внимательно прочитайте вопросы. Анкета является анонимной, результаты исследования будут использованы в научных целях.

Выбранные вами ответы выделите желтым цветом.

**1. Ваш возраст \_\_\_\_\_**

**2. Ваша квалификационная категория**

- а) высшая
- б) первая
- в) вторая
- г) без категории

**3. Знаете ли Вы о существовании стандартов, регламентирующих деятельность медицинских сестер?**

- а) да, знаю
- б) нет, не знаю
- в) что-то слышала

**4. Знаете ли Вы, что все сестринские манипуляции осуществляются на основании алгоритмов?**

- а) да, знаю
- б) нет, не знаю
- в) что-то слышала

**5. Какие виды деятельности Вы осуществляете на своем рабочем месте?**

- а) Обеспечение санитарно-противоэпидемического режима
- б) Обеспечение личной гигиены постельным больным
- в) Наблюдение за больными
- г) Воздействие на организм больного, уход за больными (постановка компрессов, пузыря со льдом, различных видов клизм и т.д.)
- д) Применение лекарственных средств (закапывание капель в глаза, уши, нос, выполнение инъекций, внутривенных инфузий)
- е) подготовка больных к различным видам исследований, сбор различных видов биоматериала
- ж) ведение документации

**6. Оцените по 10-ти бальной шкале оснащенность вашего рабочего места алгоритмами, ориентированными на выполнение различных видов Вашей деятельности \_\_\_\_\_**



7. Оцените по 10-ти бальной шкале оснащённость алгоритмами манипуляций процедурного кабинета Вашего отделения \_\_\_\_\_
8. Выполняете ли Вы сестринские манипуляции в процедурном кабинете согласно каких-либо алгоритмов?
- а) нет, работаю основываясь на свои знания
  - б) всегда работаю согласно существующих алгоритмов
  - в) некоторые манипуляции выполняю по алгоритмам
  - г) другое \_\_\_\_\_
9. Достаточно ли Вам алгоритмов по выполнению манипуляций в процедурном кабинете?
- а) Нет, хотелось бы больше
  - б) Да, алгоритмы на все манипуляции в наличии
  - в) Алгоритмы не все, но мне хватает
  - г) Они мне не нужны
10. Существуют ли такие алгоритмы, с которыми Вы не согласны и хотели бы внести какие-то изменения?
- а) Нет, я согласна со всеми алгоритмами
  - б) Да, конечно, я со многим не согласна
  - в) Возможно, в некоторые из существующих алгоритмов внесла бы изменения
11. Насколько помогает Вам в работе наличие алгоритмов выполнения манипуляций?
- а) Несомненно, помогает
  - б) Не играет никакой роли
  - в) Никогда не заглядываю в них при выполнении манипуляций
  - г) Иногда помогает
12. Оказывает ли влияние отсутствие алгоритма (инструкции) какой-либо манипуляции на Вашу профессиональную грамотность в данном аспекте?
- а) Нет, я знаю наизусть алгоритмы всех манипуляций
  - б) Да, конечно, иногда не хватает информации
13. Наличие каких алгоритмов для работы в процедурном кабинете наиболее актуальны для Вас? (выбрать 2-3 манипуляции)
- а) забор крови на различные исследования
  - б) определение группы крови
  - в) выполнение внутривенных инфузий
  - г) постановка сосудистого катетера
  - д) уход за сосудистым катетером
  - е) выполнение различных видов инъекций
  - ж) другое \_\_\_\_\_

**СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ!**

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

### АНКЕТА

#### «Мнение медицинских сестер хирургического профиля о разработанных и предложенных к использованию алгоритмов сестринских манипуляций»

Предлагаем Вам принять участие в оценке алгоритмов постановки периферического венозного катетера (ПВК) и ухода за ПВК. Ваши ответы позволят выявить недостатки в разработанных алгоритмах и совершенствовать деятельность медицинской сестры при работе в процедурном кабинете.

Внимательно прочитайте вопросы. Анкета является анонимной, результаты исследования будут использованы в научных целях.

Выбранные вами ответы выделите желтым цветом.

#### 3. Ознакомились ли Вы с разработанными алгоритмами?

- а) да, ознакомилась
- б) нет, меня это не интересует
- в) нет, еще не успела

#### 4. Узнали ли Вы что-то новое для себя из предложенных алгоритмов?

- а) да, некоторые моменты
- б) нет, ничего нового

#### 3. Упростят ли Вашу работу разработанные алгоритмы?

- а) да, думаю, с алгоритмами будет проще
- б) нет, я и так все знаю

#### 5. Необходимы ли Вам в работе разработанные алгоритмы?

- а) да, с ними я чувствую себя более защищенной в правовом аспекте
- б) нет, не вижу смысла
- в) возможно, иногда воспользуюсь

#### 5. С Вашей точки зрения выберите наиболее правильный вариант выполнения манипуляции – постановка ПВК:

Ключевые моменты манипуляции	Варианты ответов
1. Выбор вены для катетеризации	а) необходимо предварительно выбрать вену, затем подготовиться к катетеризации и вновь наложить жгут б) достаточно одного наложения жгута и выбрать вену непосредственно перед катетеризацией
2. Фиксация катетера	а) производится сразу же после введения катетера б) Производится после снятия жгута в) Производится после промывания катетера или после постановки системы

3. Необходимость наличия стерильной салфетки под канюлей катетера	а) салфетка необходима б) нет необходимости
---	--

**6. С Вашей точки зрения выберите наиболее правильный вариант выполнения манипуляции – уход за ПВК:**

Ключевые моменты манипуляции	Варианты ответов
1. Состав гепариновой заглушки	а) 0,2 мл гепарина на 2 мл 0,9% р-ра NaCl б) 0,1 мл гепарина на 2 мл 0,9% р-ра NaCl
2. Количество гепаринизированного раствора при постановке «заглушки»	а) 2 мл б) 5 мл в) 10 мл
3. Кратность обработки катетера	а) 1 раз в сутки б) не реже 1 раза в сутки в) до и после каждой инфузии г) только в случае проведения инфузий

**7. Оцените по 10-ти бальной шкале правильность составленных алгоритмов \_\_\_\_\_**

**8. Приняв в работу разработанные алгоритмы, возникло ли у Вас желание иметь на вооружении алгоритмы остальных манипуляций, выполняемых Вами в процедурном кабинете?**

- а) да, хотелось бы иметь в наличии все алгоритмы
- б) да, на некоторые манипуляции
- в) нет, для меня в работе ничего не изменилось

**СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ!**