

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2» Лекционный комплекс	044-80/11 () 1 стр. из 40	

**Медицинский колледж при АО «Южно-Казахстанская
медицинская академия»**

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: «Безопасность и качество в сестринском деле»

Специальность: 09130100 «Сестринское дело»

Квалификация: 4S09130103 «Медицинская сестра общей практики»

Курс: 2

Семестр: 4

Общая трудоемкость всего часов/кредитов KZ: 120/5

Аудиторные занятия: 36

Шымкент, 2023г.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 2 стр. из 40

Лекционный комплекс составлен на основе рабочей учебной программы по дисциплине «Безопасность и качество в сестринском деле»

Преподаватель: Аширметова Н.М.


Специальность: 09130100 «Сестринское дело»

Квалификация: 4S09130103 «Медсестра общей практики»

Лекционный комплекс рассмотрен на заседании кафедры «Сестринское дело».

« 1 » 09 2023 г.

Протокол № 1

Заведующая кафедрой «Сестринское дело»  Айбекова Г.Н.

OŃTŪSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 3 стр. из 40

Лекция №1

4.1. Тема: Введение. Понятие безопасности и качества в сестринском деле. История развития инфекционного контроля. Безопасность медицинского труда.

4.2. Цель: Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

4.3. Тезисы лекции:

Безопасность в сестринском деле-один из видов охраны труда; система организационных и технических мер и средств, не допускающих воздействия опасных производственных факторов на работающих; составная часть правил охраны труда.

Система организационно-технических мер и средств предупреждения производственных ситуаций, угрожающих здоровью и жизни работников.

Осуществление мер по технике безопасности, а также создание и применение технических составов техники безопасности производятся на основании нормативно-технической документации — стандартов, правил, норм, инструкций.

Важнейшей составляющей охраны труда, призванной обеспечить охрану жизни и здоровья работников во время работы, является техника безопасности, закрепленная нормативными актами. Он устанавливает регламенты по соблюдению лечебно-профилактических, реабилитационных и иных мер в области охраны труда.

Медицинская сестра должна соблюдать требования при работе с биологическими жидкостями, прокалывающими и режущими предметами, при работе с медицинскими отходами, дезинфицирующими средствами, иммунобиологическими и лекарственными препаратами.

Большое внимание уделяется вопросу гигиены рук как ключевому фактору распространения инфекций, связанных с медицинской помощью. Выбор отдается наиболее совместимым с кожей спиртовым антисептикам, содержащим смягчающие и увлажняющие добавки, большим преимуществом которых является непродолжительное воздействие, снижающее риск возникновения побочных реакций. Для предотвращения раздражения и сухости кожи используются защитные увлажняющие кремы. Защита кожи играет важную роль в профилактике профессионального дерматита. Процедура медсестры должна использовать перчатки без латексных аллергенов во время работы, что является профилактикой аллергии на латекс.

Главной задачей организации является обеспечение качества, доступности медицинской помощи и создание безопасной среды для пациента и специалиста.

Эффективность труда и профессиональный рост процедурной медсестры обусловлены непрерывным повышением профессиональной компетентности за счет применения различных форм и методов обучения, мотивации к саморазвитию и самосовершенствованию.

Важным условием сохранения и укрепления здоровья является стимулирование медицинского персонала, так как профилактическая направленность и здоровьесберегающие технологии обладают социально - экономической эффективностью.

Высокий уровень квалификации медицинских сестер является важным условием реализации программы развития сестринского дела, улучшения качества сестринского дела и внедрения современных форм сестринской помощи населению.

Современные темпы развития медицинской науки и практики, внедрение новых сестринских технологий, изменение требований к функциональным обязанностям медицинских сестер требуют непрерывности процесса повышения квалификации сестринского персонала. Выполнение задач по улучшению качества оказания медицинской помощи населению требует развития более гибких форм повышения квалификации сестринского персонала на рабочем месте лечебно-профилактической организации.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 4 стр. из 40

Лучшая форма повышения качества сестринского дела-наставничество. Наставничество направлено на совершенствование качества индивидуального обучения молодых специалистов, проходящих этап адаптации к новой работе. Совершенствуя учебно-педагогический процесс, он обеспечивает формирование личностных профессиональных навыков, эффективную адаптацию к особенностям работы в новом коллективе, снижение уровня сестринских ошибок и повышение качества медицинской помощи.

Создавая все необходимые условия для профессиональной деятельности процедурной медсестры и совершенствуя долгий и трудный путь, мы получаем высококвалифицированного специалиста, оказывающего качественную и безопасную медицинскую помощь.

Инфекционный контроль и инфекционная безопасность в ЛПУ. Инфекционная безопасность в лечебных учреждениях в первую очередь подразумевает соблюдение санэпидрежима. Понятие инфекционной безопасности в медицинских организациях рассматривается в двух аспектах: как система управления биологическими факторами риска для их устранения, смягчения или преодоления их последствий и как совокупность профилактических мер, направленных на предотвращение распространения опасных инфекционных заболеваний среди пациентов и персонала больниц и поликлиник.

К признакам, свидетельствующим об инфекционном неблагополучии в учреждении здравоохранения, относятся:

- * более длительное пребывание больных в стационаре;
- * увеличение числа зарегистрированных случаев гнойно-септических инфекций в одной клинической форме;
- * возникновение двух или более взаимосвязанных инфекционных патологий;
- * рост числа гнойно-септических осложнений после операции;
- * рост числа малых оперативных вмешательств;
- * рост числа младенцев с ВУИ;
- * увеличение числа пациентов с гипертермическим синдромом;
- * увеличение числа случаев инфекционных и воспалительных заболеваний среди персонала клиники.

Как обеспечить инфекционную безопасность медицинских работников на рабочих местах:

1. Качественное обеспечение инфекционной безопасности медицинских работников способствует соблюдению правил защиты работников ЛПУ на рабочем месте.
2. Все емкости и контейнеры для проведения дезинфекции или уничтожения использованных материалов и инструментов должны иметь четкую маркировку.
3. Все острые инструменты и средства индивидуальной защиты должны быть освобождены непосредственно перед началом медицинской процедуры.
4. Инструменты и оборудование после непосредственного использования подвергаются стерилизации и дезинфекционной обработке.
5. Острые и пробивные предметы хранятся в специально предназначенных контейнерах безопасности, которые располагаются на расстоянии вытянутой руки и на уровне глаз.
6. Емкости для сбора иглолов и острых предметов следует своевременно опорожнять.
7. Средства индивидуальной защиты медицинского персонала должны храниться в доступном месте (чтобы работники могли их получить без проблем) и использоваться во время инвазивных процедур и хирургических вмешательств.
8. Состав и состояние любых средств индивидуальной защиты (водостойкие бинты различных размеров для персонала с кожными ссадинами и травмами, стерильные и нестерильные перчатки всех размеров, стойкие к проколам, маски, респираторы, бахилы, устройства для защиты органов зрения и т.д.) подлежат строгому контролю.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		5 стр. из 40

9. Персонал лечебного учреждения обязан содержать свое рабочее место в чистоте и порядке. Исправность рабочего оборудования, техники и других устройств должна регулярно проверяться.

10. Руководитель уведомляется о необходимости замены средств индивидуальной защиты в случае выявления их неисправности и выявления неисправностей, а также о выходе из строя медицинского оборудования, технических устройств и освещения.

4.4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4.5. Литература:

На последней странице

4.6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Актуальные проблемы безопасности в сестринском деле на современном этапе развития.
2. Обеспечение инфекционной безопасности медицинских работников на рабочих местах.

Лекция №2

4.1. Тема: Основы безопасности медицинских работников.

4.2. Цель: Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

4.3. Тезисы лекции:

Труд медицинских работников относится к числу социально важных, ответственных и сложных видов деятельности, которая связана с высоким уровнем нервно-эмоциональных и умственных нагрузок.

Отдельные отрасли здравоохранения по риску возникновения профессиональных болезней могут сравниться с некоторыми ведущими отраслями промышленности. Как правило, профессиональные заболевания врачей протекают более длительно и тяжело по сравнению с представителями других профессиональных групп.

В течение последних лет наиболее высокий уровень профессиональных болезней наблюдается среди медсестер, а среди врачей – у инфекционистов (фтизиатров), патологоанатомов и стоматологов.

Система охраны труда и безопасности в медицинских организациях

Под «охраной труда» следует понимать систему сохранения жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности, включающую в себя правовые, социально-экономические, организационно-технические, санитарно-гигиенические, лечебно-профилактические, реабилитационные и иные мероприятия.

Система охраны труда медицинской организации представляет собой сформированную ее руководителем упорядоченную совокупность органов, должностных лиц и организационных связей, предназначенных для управления деятельностью по сохранению жизни и здоровья работников в процессе труда.

Важнейшим элементом в этой системе является работник, который обязан:

- правильно применять средства индивидуальной и коллективной защиты;
- проходить обучение безопасным способам и приемам выполнения работ и оказанию первой помощи пострадавшим на производстве, инструктаж и проверку знаний по охране труда, стажировку на рабочем месте;
- немедленно извещать своего непосредственного или вышестоящего руководителя о любой ситуации угрожающей жизни и здоровью людей, о каждом несчастном случае, происшедшем на производстве, или ухудшении состояния своего здоровья;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казакхстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 6 стр. из 40

- проходить обязательные предварительные (при поступлении на работу), периодические (в течение трудовой деятельности) внеочередные (по направлению работодателя) медицинские осмотры.

Основными направлениями функционирования системы охраны труда медицинской организации, как правило, являются:

- управление охраной труда;
- обучение и профессиональная подготовка работников в области охраны труда;
- предупреждение несчастных случаев и нарушения здоровья работников;
- контроль соблюдения нормативных требований охраны труда.

Управление охраной труда предполагает:

- принятие, доведение до исполнителей и контроль выполнения локальных нормативных актов, целевых программ и других организационно-методических документов, направленных на улучшение условий труда;
- организацию и финансирование мероприятий по охране труда;
- представление статистической отчетности об условиях труда, производственном травматизме, профессиональной заболеваемости и их материальных последствиях.

Наибольшее значение для обеспечения охраны труда имеют приказы, должностные инструкции и инструкции по технике безопасности.

Общее руководство системой охраны труда осуществляет руководитель (директор, главный врач) медицинской организации.

Непосредственное управление проведением мероприятий по сохранению жизни и здоровья работников возложено на уполномоченных должностных лиц. К ним относятся:

- начальник службы охраны труда, специалист по охране труда;
- председатель комиссии или комитета по охране труда;
- председатель временной комиссии по проведению разового мероприятия (например, расследование несчастного случая, аттестация рабочих мест и других);
- заместитель руководителя медицинской организации; - начальник структурного подразделения.

Работники медицинских организаций, как правило, осваивают основы безопасности жизнедеятельности и охраны труда в период до и последиplomной профессиональной подготовки.

В процессе трудовой деятельности они обязаны проходить периодическое обучение и проверку знаний требований охраны труда, для чего работодатель должен организовать обучение безопасным способам и приемам выполнения работ и инструктивные занятия (инструктажи).

Обучение безопасным способам и приемам выполнения работ и оказания первой помощи должно проводиться в форме теоретических, практических и методических занятий.

Целесообразно превентивное проведение обучения лиц, поступающих на работу с вредными и (или) опасными факторами труда, с последующей стажировкой на рабочем месте и проверкой знаний, умений и навыков безопасности.

Инструктивные занятия, как правило, проводятся в форме вводных, первичных, повторных, внеплановых и целевых инструктажей. Проведение всех инструктажей должно сопровождаться проверкой готовности инструктируемого лица к работе и оформлением в регистрационном журнале в виде соответствующей записи и подписи проинструктированного работника.

Лица, показавшие неудовлетворительные знания, умения и навыки, к самостоятельной работе не допускаются и обязаны пройти инструктаж повторно.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 7 стр. из 40

Вводный инструктаж необходимо проводить со всеми лицами, вновь принимаемыми на постоянную или временную работу, прикомандированными и обучающимися в медицинской организации, независимо от их образования, стажа работы по данной профессии и должности. В течение 20-30 минут до инструктируемого работника следует довести:

- общие сведения о медицинской организации и особенностях ее деятельности;
- основные положения законодательства об охране труда, правах и обязанности сторон трудовых отношений по поддержанию безопасных условий труда и соблюдению требований охраны труда, зафиксированных в локальных актах медицинской организации и трудовом договоре;
- общие правила поведения работников на территории и в помещениях зданий и сооружений медицинской организации;
- информацию об основных опасных и вредных производственных факторах, характерных для деятельности медицинской организации, основные требования безопасности жизнедеятельности и примеры происшествий вследствие нарушения требований охраны труда;
- сведения о доступных способах и имеющихся средствах предупреждения несчастных случаев и профессиональных болезней, о порядке и нормах выдачи средств индивидуальной защиты;
- порядок расследования и оформления несчастных случаев и возникновения профессиональных болезней; - порядок действий персонала медицинской организации при возникновении возгорания или пожара;
- порядок оказания первой помощи пострадавшим и действий работников при возникновении несчастного случая на рабочем месте.

Вводный инструктаж, как правило, проводит инженер по охране труда. Однако для инструктажа медицинских работников его инженерных компетенций явно недостаточно. Поэтому целесообразно к этой работе привлекать заместителей руководителя организации или руководителей структурных подразделений, имеющих соответствующую подготовку по безопасности медицинского труда.

Первичный инструктаж нужно проводить непосредственно на рабочем месте до начала исполнения работником своей трудовой деятельности. Такой инструктаж следует проводить со всеми работниками и обучающимися, приступающими к исполнению обязанностей на новом месте, а также в случаях выполнения ими новой работы.

Основной метод инструктажа – беседа, сопровождающаяся практической демонстрацией безопасных приемов и методов труда.

Повторный инструктаж обязаны проходить все работники медицинской организации не реже одного раза в полгода.

Внеплановый инструктаж следует проводить в случаях:

- изменения или введения в действие новых или переработанных стандартов, правил, инструкций по охране труда;
- изменения технологического процесса, замены или модернизации оборудования, внедрения новых методик диагностики и лечения;
- выявления нарушений работниками требований безопасности труда;
- перерыва в работе 60 и более дней (от 30 до 60 дней – для работ, к которым предъявлены повышенные требования безопасности);
- требования органов надзора за состоянием охраны труда.

Допускается проведение внепланового инструктажа группы работников одной профессии.

OŃTŪSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		8 стр. из 40

Целевой инструктаж обычно проводят при подготовке работников к выполнению работ по ликвидации последствий аварий или стихийных бедствий, при организации работ вне рабочее время или работ, не связанных с трудовыми обязанностями.

Предупреждение несчастных случаев и нарушения здоровья работников медицинской организации осуществляется путем строгого соблюдения требований безопасности всеми организаторами и участниками трудового процесса.

С целью обеспечения безопасности труда в медицинских организациях при их строительстве и оснащении соблюдаются строительные нормы и правила, проводятся надлежащие санитарно-топографические, архитектурно-планировочные и санитарно-технические мероприятия, расстановка и эксплуатация медицинского и технического оборудования осуществляется в соответствии с правилами охраны труда.

4.4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4.5. Литература:

На последней странице

4.6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Актуальные проблемы безопасности в сестринском деле на современном этапе развития.
2. Обеспечение инфекционной безопасности медицинских работников на рабочих местах.

Лекция №3

4.1. Тема: Профессиональная опасность медицинских работников. Средства индивидуальной защиты медицинских сестер.

4.2. Цель:

Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

4.3. Тезисы лекции

Виды и особенности защитных средств

Существует несколько видов медицинской защиты, которые эффективно применяются в зависимости от ситуации и степени риска для здоровья и жизни людей. В первую очередь медицинские и спасательные работники обеспечены защитными средствами. Средства индивидуальной защиты медицинских работников могут быть стандартными или усиленными в зависимости от ситуации. Стандартный набор средств защиты для медицинского персонала включает в себя личную медицинскую аптечку и специальную одежду. В сложных случаях, когда существует опасность эпидемии, производится усиленный набор специальной одежды, обуви, подручных средств и аксессуаров. Наиболее распространенными аксессуарами являются специальные защитные маски, перчатки, капюшоны и т. д.

Защитные средства для медицинских работников

Рассмотрим более подробно средства защиты для медицинских работников. Прежде всего, все медицинские работники обеспечиваются специальной одеждой, которая защищает от брызг крови, биологических веществ или токсических веществ. Медицинские работники обязаны соблюдать личную гигиену и носить средства индивидуальной защиты. Теперь давайте рассмотрим их более подробно. Средства индивидуальной защиты включают в себя:

- * Резиновые перчатки используются для защиты открытых участков рук. Следует отметить, что для работы в опасной среде необходимо носить две пары перчаток одновременно.
- * Защитные очки, маски или специальные экраны для экстренной медицинской помощи.
- * Магнит для подъема иглолок, упавших с пола.
- * Лейкопластырь или кончики пальцев для порезов или царапин.
- * Хирургические халаты и лабораторные костюмы.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 9 стр. из 40

Медицинские работники часто испытывают воздействие токсичных веществ, содержащихся в различных растворах для дезинфекции, современных моющих средствах и средствах для дезинфекции помещений. Защита от них будет иметь обычная тканевая или марлевая маска, но в настоящее время их эффективность вызывает некоторые сомнения. Сегодня гораздо безопаснее использовать одноразовые маски из нетканых материалов, которые служат отличной защитой от токсичных веществ, переносимых каплями в воздухе, и не препятствуют процессу дыхания.

Комбинезон для медицинского персонала

Средства индивидуальной защиты включают также спецодежду сотрудников. Белье медицинского учреждения промывается и дезинфицируется специальными продуктами и растворами. Каждый из них должен иметь медицинские средства защиты кожи. Категорически не допускается беззащитная работа медицинских работников или стирка одежды на дому.

Средства индивидуальной защиты, их виды и назначение

Ни для кого не секрет, что сотрудники учреждений здравоохранения ежедневно несут большую опасность для своей жизни, поэтому специально разработаны средства индивидуальной защиты для медицинских работников, которые эффективно помогают сотрудникам сохранить не только здоровье, но и жизнь. Они вынуждены находиться на рабочем месте в контакте с больными, подвергаться риску заражения инфекцией, а иногда работать с опасными и токсичными веществами. При этом немаловажную роль играет использование медицинских средств. Как обезопасить себя в таких сложных ситуациях и минимизировать негативное воздействие на организм? Конечно, необходимо использовать медицинское средство. Этот метод действительно может спасти медицинского работника при выполнении его обязанностей.

Итак, что означает термин "медицинский инструмент"? Что означает его полезность и необходимость? Какие у них уроки?

Нас интересуют средства индивидуальной защиты, отвечающие за безопасность медицинского работника. К ним относятся: специальные средства для дезинфекции и дезинфекции, медикаменты и материалы, шкатулки, спецодежда и принадлежности.

А теперь надо отдать должное здравоохранению страны. На сегодняшний день в наших медицинских учреждениях полностью имеются средства индивидуальной защиты для медицинских работников, а также средства дезинфекции, очистки и дезинфекции помещений. Инструменты для специальной обработки медицинских инструментов и приспособлений. Все сотрудники поликлиник и мобильные бригады скорой помощи полностью оснащены современными медицинскими аптечками для оказания первой медицинской помощи пострадавшим.

Правила работы с медицинской аптечкой

При получении персоналом медицинских средств индивидуальной защиты каждый человек должен проверить содержимое выданной ему шкатулки, ознакомиться с инструкцией, ознакомиться с правилами пользования. В целях безопасности категорически не рекомендуется несанкционированное вскрытие аптечки, перемещение и вскрытие ящиков, в которых хранятся таблетки, без особой необходимости. Категорически запрещается вскрывать или нарушать целостность и герметичность мешков с повязками и чехлами химической защиты. Основные функции личной медицинской аптечки:

- * Проведение мероприятий взаимопомощи.
- * Оказание помощи пострадавшему с различными травмами.
- * Помощь при переломах, вывихах и других травмах.
- * Оказание помощи при тяжелой интоксикации или химическом отравлении.
- * Поражение радиоактивными веществами.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 10 стр. из 40

Аптечка первой помощи-это квадратная красная пластиковая коробка, в которую входят все необходимые лекарства и соответствующие инструменты. Аптечка первой помощи весит 130 грамм. Все препараты находятся в пластиковых контейнерах и специальных нишах. Их еще называют "аптечными гнездами". Помимо медикаментов, в сумке имеется отдельная антихимическая сумка и перевязочный материал. Все медицинские средства защиты, расположенные здесь, предназначены для неотложных медицинских мероприятий.

Назначение и применение противохимической упаковки

В отдельном противохимическом пакете находится бутылка полигазирующей жидкости и набор салфеток. Эти вещества способствуют эффективной дезинфекции кожи, одежды граждан в возрасте не менее 7 лет. Следует помнить, что жидкость в мешке токсична, обращаться с ней нужно очень осторожно и стараться не попадать ей в глаза и на слизистые оболочки. Материалы такой упаковки также могут быть использованы при бактериологической обработке.

Способы применения перевязочных материалов

Перевязочный мешок заполняется стерильной повязкой с двумя антисептическими подушками. Применяется для перевязки раненого, остановки кровотечения из раны. Также на упаковке есть подробная инструкция с указанием правил использования всех материалов.

Основное правило работы с перевязочным мешком-соблюдение стерильности, так как материалы соприкасаются с открытыми ранами.

Средства коллективной медицинской защиты и их применение

С средствами индивидуальной медицинской защиты все понятно: они включают в себя средства, необходимые не только для обеспечения безопасности медицинского работника, но и для оказания полной помощи пострадавшим, проведения всего комплекса необходимых медицинских мероприятий. Но как насчет второго типа медицинской защиты? Что в него входит и насколько эффективно их применение? Когда их использовать? Давайте посмотрим, какие коллективные медицинские инструменты существуют и какова их цель? В каких случаях их следует применять и что такое медицинское средство для относительно большого количества людей?

Коллективные медицинские средства защиты и профилактики включают оказание первой медицинской помощи пострадавшим от массовых отравлений токсинами и химическими веществами, вакцинацию, вакцинацию и другие профилактические мероприятия, направленные на предупреждение эпидемий, массовых химических и радиационных отравлений, а также мероприятия, связанные с вирусным карантином. Это также включает в себя полное удаление вредных и токсичных веществ, санитарную очистку и дезинфекцию.

Медицинскую помощь пострадавшим при угрозе массовой эпидемии оказывают сотрудники отдела медицины катастроф. Пострадавший на месте происшествия, сотрудники могут провести комплекс мероприятий по остановке кровотечения, лечению и перевязке ран и ожогов, полученных в результате чрезвычайной ситуации. Пострадавшим, получившим переломы, оказывается первая медицинская помощь в виде уколов и инъекций анестетика, оказывается помощь при удушье, проводится массаж сердца. После получения одного из видов первой помощи пострадавший доставляется в больницу или стационар.

Средства медицинской защиты населения-карантин

Что такое карантин? Как было доказано, что это медицинское средство эффективно? При выявлении очагов заражения такими опасными заболеваниями, как ящур, сибирская язва, чума, холера, принимается решение о проведении карантинных мероприятий на загрязненной территории. Проще говоря, в этом регионе объявлен карантин.

Прежде всего, оцепление очага заражения Часто организуется силами военизированных подразделений. Людям запрещается переезжать за пределы зоны, вывозить имущество. После прохождения соответствующего медицинского осмотра и получения специального разрешения

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 11 стр. из 40

можно покинуть кордон. Все медицинские работники, работающие в карантинной зоне, должны использовать усиленные медицинские средства индивидуальной защиты для своей безопасности. К ним, прежде всего, относится специальный карантинный костюм. В зависимости от типа распространенного вируса или бактерии, медицинские работники могут носить чуму или вирусный костюм.

4.4. Иллюстративный материал. 15-20 слайдов

4.5. Литература:

На последней странице

4.6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Актуальные проблемы безопасности в сестринском деле на современном этапе развития.
2. Обеспечение инфекционной безопасности медицинских работников на рабочих местах.

Лекция №4

4.1. Тема: Санитарно-эпидемиологический порядок в лечебно-профилактических учреждениях.

4.2. Цель:

Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

4.3. Тезисы лекции:

Санитарно - противоэпидемическим режимом называется комплекс организационных, санитарно-профилактических и противо-эпидемиологических мероприятий, целью проведения которых является предотвращение возникновения и

На основании СанПиН разрабатываются приказы по санэпидрежиму в лечебных учреждениях, которые включают в себя требования к противоэпидемическому режиму, порядок проведения профилактических процедур, требования к медперсоналу и условий труда сотрудников, порядок организации питания пациентов.

Основными элементами СПЭРа являются:

Деконтаминация-общий термин, под которым понимается процесс обработки для удаления возбудителей инфекционных заболеваний, в результате чего использование обрабатываемого предмета становится безопасным.

Очистка - процесс удаления видимых загрязнений, осуществляется водой с мылом, детергентами или ферментными продуктами, очистка должна всегда предшествовать дезинфекции и стерилизации.

Дезинфекция - процесс уничтожения патогенных микроорганизмов.

Стерилизация - процесс уничтожения всех форм микробной жизни, включая бактерии, вирусы, споры, грибы.

Одним из элементов комплекса мероприятий, обеспечивающих санитарно-противоэпидемический режим в медицинском учреждении, является строгое соблюдение и регулярный контроль над выполнением асептики и антисептики, которые достигаются путем дезинфекции и стерилизации.

Асептика - это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение попадания микроорганизмов на стерильные объекты и в рану.

Антисептика- это комплекс мероприятий, направленных на уничтожение микроорганизмов во внешней среде и в организме человека.

Мероприятия в ЛПУ:

- 1) Предотвращение заноса инфекционных агентов в ЛПУ;
- 2) Мероприятия, направленные на снижение численности микроорганизмов до безопасных уровней;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		12 стр. из 40

3) Предотвращение распространения нозокомиальных инфекций;

4) Борьба с патогенными (золотистый стафилококк, синегнойная палочка) и условно патогенными (кишечная палочка) микроорганизмами.

Санитарно-противоэпидемический режим в ЛПУ.

Санитарно-противоэпидемическим режимом называется комплекс организационных, санитарно-профилактических и противоэпидемиологических мероприятий, целью проведения которых является предотвращение возникновения и распространения внутри больничной инфекции.

Санэпидрежим в медучреждении организуется в соответствии с требованиями, которые изложены в СанПиН 2.1.32630-10. «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность». Данные требования обязательны для медучреждений всех форм собственности и различного подчинения.

На основании СанПиН разрабатываются приказы по сан-эпидрежиму в лечебных учреждениях, которые включают в себя требования к противоэпидемическому режиму, порядок проведения профилактических процедур, требования к медперсоналу и условий труда сотрудников, порядок организации питания пациентов.

Основными элементами СПЭРа являются:

Деконтаминация-общий термин, под которым понимается процесс обработки для удаления возбудителей инфекционных заболеваний, в результате чего использование обрабатываемого предмета становится безопасным.

Очистка- процесс удаления видимых загрязнений, осуществляется водой с мылом, детергентами или ферментными продуктами, очистка должна всегда предшествовать дезинфекции и стерилизации.

Дезинфекция - процесс уничтожения патогенных микроорганизмов.

Стерилизация - процесс уничтожения всех форм микробной жизни, включая бактерии, вирусы, споры, грибы.

Одним из элементов комплекса мероприятий, обеспечивающих санитарно-противоэпидемический режим в медицинском учреждении, является строгое соблюдение и регулярный контроль над выполнением асептики и антисептики, которые достигаются путем дезинфекции и стерилизации.

Асептика- это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение попадания микроорганизмов на стерильные объекты и в рану.

Антисептика-это комплекс мероприятий, направленных на уничтожение микроорганизмов во внешней среде и в организме человека.

Мероприятия в ЛПУ:

1) Предотвращение заноса инфекционных агентов в ЛПУ;

2) Мероприятия, направленные на снижение численности микроорганизмов до безопасных уровней;

3) Предотвращение распространения нозокомиальных инфекций;

4) Борьба с патогенными (золотистый стафилококк, синегнойная палочка) и условно патогенными (кишечная палочка) микроорганизмами.

Производственно- лабораторный контроль в ЛПУ.

Медицинские организации обязаны соблюдать требования санитарного законодательства, чтобы обеспечить безопасность лечебно-диагностического процесса как для пациентов, так и для медицинского персонала

Программа производственного контроля позволяет оценить качество выполнения санитарно-противоэпидемических мероприятий

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		13 стр. из 40

По результатам контроля администрация медицинской организации принимает управленческие решения

Каждая медицинская организация проводит производственный контроль за соблюдением санитарных правил. Главная цель контроля — безопасность лечебно-диагностического процесса для пациентов и медицинского персонала.

4.4. Иллюстративный материал. 15-20 слайдов

4.5. Литература:

На последней странице

4.6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Актуальные проблемы безопасности в сестринском деле на современном этапе развития.
2. Обеспечение инфекционной безопасности медицинских работников на рабочих местах.

Лекция №5

4.1. Тема: Особенности безопасной транспортировки тяжелобольных. Методы сопровождения и перемещения больных.

4.2. Цель:

Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

4.3. Тезисы лекции:

Последовательность действий мс с обеспечением безопасности окружающей среды

Транспортировка пациента на каталке (носилках)

1. Информация пациенту о предстоящей манипуляции.
2. Подготовьте каталку (носилки) к транспортировке, проверьте исправность, продезинфицируйте.
3. Постелите на каталку одеяло с простыней, подушку (при необходимости клеенку)
4. В зависимости от помещения, установите каталку (носилки) по отношению к кровати одним из следующих способов:
 - Головной конец каталки (носилки) перпендикулярно к ножному концу кровати.
 - Ножной конец каталки (носилки) перпендикулярно к головному концу кровати.
 - Вплотную головной конец каталки (носилки) к головному концу кровати.
5. Приподнимите пациента:

Если работают втроем, то первый медработник подводит руки под голову и лопатки пациента, второй – под область таза и верхнюю часть бедер, третий – под середину бедер и голень.

 - Если работают вдвоем, то первый медработник подводит руки под шею и лопатки пациента, второй – под поясницу и колени.
 - Если работает один медработник, то он подводит одну руку под лопатки пациента, а другую – под бедра.
6. Поднимите пациента, вместе с ним повернитесь на 90 градусов и уложите его. Таким образом поступают, если каталка (носилки) расположены под прямым углом по отношению к кровати. Если каталка (носилки) расположены вплотную головной конец каталки (носилки) к головному концу кровати, то пациента приподнимают на простыне и перекладывают на каталку (носилки)
7. Укройте пациента второй половиной одеяла или простыней.
8. Встаньте: один медработник спереди каталки (носилки) спиной к пациенту, другой – сзади каталки (носилки), лицом к пациенту.
9. Транспортируйте пациента в отделение с историей болезни.

Правила транспортировки пациента на носилках:

- Носилки переносят или два или четыре человека.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		14 стр. из 40

· Идти следует не в ногу, короткими шагами, слегка сгибая ногу в коленях и удерживая носилки в горизонтальном положении.

Несут пациента головой вперед.

· Вверх по лестнице пациента несут головой вперед, впереди идущий головной конец носилок опускает на вытянутые руки, а сзади идущий ножной конец носилок приподнимает, удерживая их в горизонтальном положении.

· Вниз по лестнице пациента несут ногами вперед, причем передний ножной конец носилок приподнимает, а сзади идущий головной конец носилок опускает, удерживая их в горизонтальном положении.

10. В зависимости от площади палаты поставите каталку (носилки) по отношению к кровати также одним из трех способов.

11. Снимите одеяло с кровати.

12. Переложите пациента на кровать аналогичными способами.

13. Продезинфицируйте каталку.

Транспортировка пациента на кресле-каталке.

1. Информация пациенту о предстоящей манипуляции.

2. Подготовьте кресло-каталку к транспортировке, проверьте ее исправность.

3. Наклоните кресло-каталку вперед, наступив на подставку для ног.

Особенности транспортировки больных в зависимости от характера и локализации заболевания:

1. При переломах костей черепа транспортировка производится в положении пациента лежа на спине с опущенным подголовником, без подушки. Вокруг головы кладут валик из одеяла или одежды или умеренно надутый подкладной круг.

2. При переломах и вывихах верхних конечностей – руку в шине укладывают на грудь, транспортировка сидя, руку или прибинтовывают к груди или подкладывают под нее подушку. Наклон тела в здоровую сторону. Поврежденную конечность поддерживают.

3. При переломе нижних конечностей – лежа на спине, под поврежденную конечность в шине подкладывают подушку или сложенное одеяло. 4. Попросите пациента встать спиной к креслу-каталке на подставку для ног, и, поддерживая, усадите его в кресло.

5. Опустите кресло-каталку в исходное положение, прикройте пациента одеялом.

6. Транспортируйте пациента так, чтобы его руки не выходили за пределы подлокотников кресла-каталки.

7. Продезинфицируйте кресло-каталку.

Особенности транспортировки больных в зависимости от характера и локализации заболевания:

1. При переломах костей черепа транспортировка производится в положении пациента лежа на спине с опущенным подголовником, без подушки. Вокруг головы кладут валик из одеяла или одежды или умеренно надутый подкладной круг.

2. При переломах и вывихах верхних конечностей – руку в шине укладывают на грудь, транспортировка сидя, руку или прибинтовывают к груди или подкладывают под нее подушку. Наклон тела в здоровую сторону. Поврежденную конечность поддерживают.

3. При переломе нижних конечностей – лежа на спине, под поврежденную конечность в шине подкладывают подушку или сложенное одеяло.

4. При переломе ребер, ранениях грудной клетки – придают пострадавшему полусидячее положение.

5. При переломах костей таза, ранениях живота – на спине, подкладывают под разведенные колени подушку или валик или свернутое одеяло для расслабления брюшного пресса (т.н. «поза лягушки»).

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		15 стр. из 40

6. В бессознательном состоянии — лежа на спине, голова повернута на бок (чтобы в случае рвоты, рвотные массы не попали в дыхательные пути).

7. С сердечно-сосудистой недостаточностью — из-за сильной одышки транспортировка пациента в полусидящем положении.

8. С острым инфарктом миокарда — транспортировка максимально щадящая и осторожная.

9. С острой сосудистой недостаточностью – лежа на спине, головной конец опущен ниже ножного конца.

10. При переломах позвоночника — на каталке (на носилках – на щите) лежа на спине.

Примечание: Дезинфекция каталки, носилок, кресла-каталки осуществляется путем двукратного протирания ветошью, смоченной хлорамином 1% или лизофармином-3000-0,5% с интервалом 15 минут.

4.4. Иллюстративный материал. 15-20 слайдов

4.5. Литература:

На последней странице

4.6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Актуальные проблемы безопасности в сестринском деле на современном этапе развития.
2. Обеспечение инфекционной безопасности медицинских работников на рабочих местах.

Лекция №6

4.1.Тема: Перемещение больных в постели. Перевозка больных подручными средствами.

4.2.Цель:

Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

4.3. Тезисы лекции:

- Режим активности пациента, положение в постели.
- Изменение положения больного в постели,

Положение больного в постели. Различают активную, неактивную, вынужденную позу больного. В активной позе пациент может свободно менять свое положение в постели и ходить. В неактивном положении больной не может самостоятельно передвигаться. Например, при увечьях, ранениях, параличах и т.д. вынужденная поза-Это поза, которую больные принимают с целью облегчения боли. Например, ортопноэ-это опускание ног и сидение больных с дефицитом кровообращения, при котором кровь скапливается в аякальных венах и уменьшается застой крови в легких, одышка несколько ослабевает. Положение больного не всегда совпадает с назначенным ему порядком передвижения. Порядок активности пациента:

1.строгий постельный режим (назначается при острой стадии заболевания, 1-3 дня), пациент лежит на спине, разрешается только двигать мелкими суставами, уход полностью осуществляется медсестрой.

2.койко-место (назначается на стадии обострения заболевания), больной лежит, в постели можно поворачиваться, двигать крупными суставами, допускается частичный самостоятельный уход.

3. палатный, большинство больных проводят в постели, можно ходить по палате, не выходить за пределы палаты, индивидуальные или групповые занятия проводятся в палате с небольшим весом, полностью себя обслуживают.

4. в целом, большую часть времени проводит с ходьбой, можно ходить на все лечение, обучение группы проводится в специальном зале с небольшим и умеренным весом, полностью самостоятелен, на улицу выходить нельзя.

5.стоя-тренажер, в дневное время нельзя лежать в постели (кроме спокойных часов), тренировки коз проводятся только групповым способом с умеренными и большими весами,

OŃTŪSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		16 стр. из 40

возможно назначение трудового лечения, прогулки или тренировки на улице, назначаются элементы спортивных игр.

Санаторно-курортное лечение включает тренажерный режим. Пациент принимает участие во всех мероприятиях учреждения, тренировки с козами проводятся с большим весом. С целью медицинской, бытовой, социальной, профессиональной реабилитации больных назначается более полная программа восстановительных мероприятий.

Режим активности пациента

Режим активности больного распределяется в зависимости от тяжести-легкости больного:

- Общие
 - Частично коек
- Кровать
 - Строгий постельный

Такой порядок называют общим порядком лежания в постели, если больной человек может самостоятельно передвигаться и своими ногами ходить в туалет, на лечение, есть в столовой, встречаться с родственниками. 2. такой порядок называют режимом полулежания в постели, если врач не разрешает больному много двигаться в зависимости от тяжести заболевания, а только в случае необходимости разрешается передвигаться, ходить в туалет, на лечение, есть в столовой, встречаться с родственниками. 3. Такой порядок называется порядком лежания в постели, если больному разрешено передвигаться только в своей постели и не допускается делать других лишних движений. 4. Такой порядок называют строгим порядком лежания в постели, если больному не разрешается передвигаться в своей постели лежа (с одной стороны, сидя). Существует 3 вида на кровати у лежачих больных. Положение больного в постели:

- Активный
- Вынужденный

Активная или свободная осанка-встречается у больных с заболеваниями легкого течения. В это время больной может самостоятельно передвигаться, свободно перемещаться в позе своего тела, самостоятельно ухаживать за собой.

Пассивная -больной неподвижен, находится в тяжелом состоянии, не может ухаживать за собой.

Вынужденная, облегчающая состояние больного человека. Пациент использует себя, чтобы уменьшить болезненные ощущения, которые его беспокоят, или вообще прекратить. В клинике встречается несколько видов вынужденной позы:

При ортопно-легочной астме больной сидит в своей постели. Тем временем одышка уменьшается. Положение лежа на боку без операции-при заболеваниях сердца больной лежит на правом боку без операции, при положении лежа на левом боку сердце сжимается. Вынужденное положение сидя на локтях и коленях-это характерно для экссудативного плеврита. Положение лежа на спине-характерно для язвенной болезни желудка. Положение лежа на спине-Лежа на спине применяется при инфаркте миокарда.

Позы тела пациента в постели :

1. Фаулер- лежа на спине или лежит на середине кровати без подушки. Изголовье функциональной кровати следует приподнять на 45-60С или положить три подушки друг на друга. Состояние верхнего Фаулера-90С, а состояние нижнего Фаулера-30С. Фаулер может применяться при осанке - легочной, сердечной астме, гипертоническом кризе, кожных порезах. 2. Симс - положении-пациент должен лежать с одной стороны. Нижняя рука тянется к спине, а обе ноги слегка согнуты в коленях. Верхняя нога сильно сгибается перед собой, а нижняя нога растягивается в постели.

Госпитализация больного с одной стороны

- Положите ладонь одной руки вверх под талию пациента.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		17 стр. из 40

- Отпустите другую руку из-под бедра пациента в область бедра и зафиксируйте ладонь в тазобедренном суставе.
- Переместите пациента к себе и поверните его в одну сторону.
- Пациент должен находиться в центре кровати.
- Согните верхнюю ногу в колене и зафиксируйте пациента.
- Положите подушку на голову пациента.
- Под согнутую ногу положите подушку, нога должна быть расположена на уровне бедра.
- Слегка согните руки вниз, расположите рядом с подушкой.
- Руки, расположенные сверху, согните в локтях и расположите над подушкой.
- Поставьте подставку для голени.
- Убедитесь, что пациенту удобно.
- Госпитализация больного лицом к себе
- При повороте пациента на левый бок положите его правую руку на грудь, а правую ногу - на левую ногу.
- Держите пациента на коленях и плечах.
- Прокрутите пациента к себе.
- Согните верхнюю ногу в колене и зафиксируйте пациента

Физической биомеханикасы

В ходе таких мероприятий, как подъем, транспортировка, сопровождение, перемещение больного, медицинская сестра может получить травму. Поэтому необходимо знать необходимые навыки, чтобы не причинить боль больному и не допустить подобного состояния. Больных приходится возводить из положения сидя или лежа, либо поднимать и перемещать. Медицинский работник, недооценивая свои силы, игнорируя биомеханические законы организма, может нанести тяжкий вред своему телу, повредить позвоночник и другие двигательные аппараты.

4.4. Иллюстративный материал. 15-20 слайдов

4.5. Литература:

На последней странице

4.6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Актуальные проблемы безопасности в сестринском деле на современном этапе развития.
2. Обеспечение инфекционной безопасности медицинских работников на рабочих местах.

Лекция №7

4.1. Тема: Порядок идентификации пациента, подлежащего госпитализации.

4.2. Цель:

Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

4.3. Тезисы лекции:

Госпитализация пациента в организацию здравоохранения в рамках ГОБМП осуществляется:

1) в плановом порядке – по направлению специалистов первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) или другой организации здравоохранения:

в соответствии с перечнем заболеваний по кодам Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра (далее - МКБ-10) для преимущественного лечения в условиях круглосуточного стационара согласно 1, 3 и 5 к настоящим Правилам;

в соответствии с перечнем операций и манипуляций по кодам Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 9 пересмотра (далее - МКБ-9) для

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 18 стр. из 40

преимущественного лечения в условиях круглосуточного стационара согласно приложениям 2, 4 и 6 к настоящим Правилам;

при оказании восстановительного лечения и медицинской реабилитации в соответствии с Правилами оказания восстановительного лечения и медицинской реабилитации, в том числе детской медицинской реабилитации, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 февраля 2015 года № 98 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 10678);

при оказании паллиативной помощи и сестринского ухода в соответствии с Правилами оказания паллиативной помощи и сестринского ухода, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 марта 2015 года № 168 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 10803);

2) по экстренным показаниям (включая выходные и праздничные дни) - вне зависимости от наличия направления.

5. Прием и регистрация пациентов в приемном отделении организации здравоохранения на получение плановой госпитализации осуществляется в рабочее время согласно утвержденному графику работы организации, в течение 60 минут с момента обращения. Экстренная медицинская помощь оказывается круглосуточно. При необходимости в приемном отделении организовывается консилиум.

При полном обследовании и отсутствии противопоказаний осуществляется госпитализация в профильное отделение.

6. В случае, если заболевание не входит в перечень заболеваний по кодам МКБ 10 для лечения в круглосуточном стационаре госпитализации подлежат лица, которым при проведении оценки состояния по критериям определяется необходимость круглосуточного врачебного наблюдения с вводом данных в информационную систему согласно приложению 7 к настоящим Правилам.

7. В случае госпитализации пациента в организацию здравоохранения оформляется медицинская карта с листом назначений (далее – медицинская карта) по форме 003/у, утвержденной приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения", (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативно-правовых актов под № 6697) (далее - Приказ № 907).

7-1. При плановой госпитализации в организацию здравоохранения необходимо дополнительно представить результаты тестирования полимеразной цепной реакции (далее – ПЦР-тестирование) на COVID-19 со сроком не позднее 5 дней со дня сдачи.

В случае поступления пациента в экстренном порядке в организацию здравоохранения в обязательном порядке производится забор анализа для экспресс тестирования на коронавирусную инфекцию, при положительном результате проводится ПЦР-тестирование на COVID-19.

8. При обнаружении признаков алкогольного, наркотического или токсического опьянения пациента во время обращения за медицинской помощью в организацию здравоохранения, медицинским работником делается об этом запись в медицинской карте с последующим забором биологических сред на определение содержания психоактивного вещества с занесением результатов в медицинскую карту.

9. При поступлении пациента в стационар лечащий врач осведомляет его о правилах внутреннего распорядка организации здравоохранения с отметкой в медицинской карте. Между пациентом и организацией здравоохранения заключается Договор в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 мая 2015 года № 418 "Об утверждении типового договора по предоставлению медицинской помощи в рамках

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		19 стр. из 40

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, заключаемого между пациентом и медицинской организацией" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 11520).

10. Медицинская помощь предоставляется после получения письменного добровольного согласия пациента либо его законного представителя на проведение лечебно-диагностических мероприятий.

Оказание медицинской помощи без согласия допускается в отношении лиц, находящихся в шоковом, коматозном состоянии, не позволяющем выразить свою волю; страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; страдающих тяжелыми психическими расстройствами (заболеваниями); страдающих психическими расстройствами (заболеваниями) и совершивших общественно опасное деяние.

Оказание медицинской помощи без согласия граждан продолжается до исчезновения вышеуказанных состояний.

Допускается посещение родственниками и иными членами семьи или законными представителями пациента, находящегося на лечение в медицинской организации, в том числе в условиях отделения (палаты) интенсивной терапии и реанимации.

Порядок посещения устанавливаются правилами внутреннего распорядка организации здравоохранения.

11. Согласие на оказание медицинской помощи в отношении несовершеннолетних и лиц, признанных судом недееспособными, дают их законные представители. При отсутствии законных представителей решение об оказании медицинской помощи принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно медицинский работник с последующим уведомлением должностных лиц организации здравоохранения.

12. При получении медицинской помощи пациент получает исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, включая данные о возможном риске и преимуществах, предлагаемых и альтернативных методах лечения, сведения о возможных последствиях отказа от лечения, информацию о диагнозе, прогнозе и плане лечебных мероприятий в доступной для пациента форме, а также разъяснение причин выписки домой или перевода в другую организацию здравоохранения.

13. Медицинский работник с высшим медицинским образованием (далее – врач) осматривает пациента в день поступления в стационар, прописывает ему необходимое лечение и осведомляет о назначенных лечебно-диагностических мероприятиях.

14. Проведение лечебно-диагностических мероприятий, лекарственное обеспечение, организация лечебного питания и соответствующий уход пациента осуществляются с момента поступления в организацию здравоохранения.

15. В зависимости от состояния пациента проводится полная или частичная санитарная обработка. Полную санитарную обработку проходят лица без определенного места жительства.

16. В стационарах предусматриваются палаты или боксы для отдельного размещения пациентов с заболеваниями, представляющих опасность для окружающих.

17. Пациенты, находящиеся в стационаре, подлежат ежедневному осмотру лечащим врачом, кроме выходных и праздничных дней. При осмотре и назначении дежурным врачом дополнительных диагностических и лечебных манипуляций проводятся соответствующие записи в медицинской карте.

При ухудшении состояния пациента дежурный врач оповещает заведующего отделением/лечащего врача или ответственного дежурного врача, согласовывает внесение изменений в процесс диагностики и лечения, и делает запись в медицинской карте (бумажный/электронный).

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 20 стр. из 40

При тяжелом и крайне тяжелом течении заболевания кратность записей зависит от динамики тяжести состояния. Записи врача должны отражать конкретные изменения в состоянии пациента и необходимость коррекции назначений, обоснование назначенного обследования и лечения, оценку и интерпритацию полученных результатов и эффективности проводимого лечения. Кратность осмотра при неотложных состояниях не реже каждых трех часов, с указанием времени оказания неотложной помощи по часам и минутам.

18. Клинический диагноз устанавливается совместно с заведующим отделением не позднее трех календарных дней со дня госпитализации пациента в организацию здравоохранения (не позднее десяти календарных дней со дня госпитализации пациента в организацию, оказывающую медико-социальную помощь в области психического здоровья).

В день установления клинического диагноза в медицинской карте делается соответствующая запись.

19. Заведующий отделением проводит осмотр тяжелых пациентов в день госпитализации, в последующем – ежедневно. Пациенты, находящиеся в среднетяжелом состоянии, осматриваются не реже одного раза в неделю.

Результаты осмотра пациента регистрируются в медицинской карте с указанием рекомендаций по дальнейшей тактике ведения пациента с обязательной идентификацией медицинского работника, вносящего записи.

20. При лечении в стационаре детей в возрасте до трех лет, а также тяжелобольных детей старшего возраста, нуждающихся по заключению лечащего врача в дополнительном уходе, матери (отцу) или иному лицу, непосредственно осуществляющему уход за ребенком, предоставляется возможность находиться с ним в медицинской организации с выдачей листа о временной нетрудоспособности.

Кормящая мать ребенка до одного года жизни обеспечивается бесплатным питанием на весь период пребывания по уходу за ребенком в организации здравоохранения.

21. Детям школьного возраста в период стационарного лечения создаются условия для непрерывного образования в условиях детских многопрофильных больниц.

22. Пациентам многопрофильных детских больниц создаются условия для игр, отдыха и проведения воспитательной работы.

23. На любом уровне оказания медицинской помощи при затруднении в идентификации диагноза, неэффективности проводимого лечения, а также при иных показаниях, заведующий отделением/заместитель руководителя по медицинской части организует консультацию (осмотр пациента специалистом более высокой квалификации или другого профиля) или консилиум (осмотр пациента, с участием не менее трех специалистов одного профиля более высокой квалификации, или другого профиля, с проведением дополнительного обследования пациента в целях установления диагноза, определения тактики лечения и прогноза заболевания), включая специалиста республиканского уровня по показаниям.

В вечернее, ночное время, выходные и праздничные дни - консультацию или консилиум организует ответственный дежурный врач организации здравоохранения.

24. В случае отсутствия необходимого инструментального и лабораторного сопровождения тяжелого пациента, нуждающегося в постоянном мониторинге жизненно важных функций по медицинским показаниям, по решению консилиума и уведомлению руководителей организаций здравоохранения, данный пациент после стабилизации состояния переводится в другую медицинскую организацию по профилю заболевания для дальнейшего обследования и лечения.

4.4. Иллюстративный материал. 15-20 слайдов

4.5. Литература:

На последней странице

4.6. Контрольные вопросы(обратная связь)

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		21 стр. из 40

1. Актуальные проблемы безопасности в сестринском деле на современном этапе развития.
2. Обеспечение инфекционной безопасности медицинских работников на рабочих местах.

Лекция №8

4.1.Тема: Этапы обработки инструментов многоразового применения.

4.2.Цель:

Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

4.3. Тезисы лекции:

Центральное стерилизационное отделение (ЦСО)

Стерилизация в лечебно - профилактических учреждениях проводится децентрализованно на рабочих местах и централизованно – в центральном стерилизационном отделении.

В ЦСО осуществляют:

- приём и хранение до обработки объектов, подлежащих стерилизации;
- разборку, бракераж и учёт неисправных изделий;
- пред стерилизационную очистку мединструментов;
- комплектование, упаковку и стерилизацию изделий медицинского назначения;
- контроль качества предстерилизационной очистки и стерилизации;
- ведение медицинской документации;
- Зонирование центрального стерилизационного отделения

Помещения ЦСО разделены на две зоны - нестерильную и стерильную. Нестерильная зона, в свою очередь, делится на чистую и условно чистую (иначе говоря «грязную»).

Условно чистая («грязная») зона предназначена для приема и хранения использованных медицинских предметов, а также для последующей их дезинфекции и предстерилизационной обработки.

В нестерильной зоне должны находиться следующие помещения:

- приёма, разборки, предстерилизационной очистки и сушки ИМН (инструментария медицинского назначения);
- мелкого ремонта и заточки ИМН;
- изготовления, укладки перевязочных материалов и упаковки белья;
- обработки резиновых перчаток;
- контроля, комплектования и упаковки ИМН;
- для хранения нестерильных материалов, инструментов и белья;
- водоподготовки;
- кладовая упаковочных материалов и тары;
- стерилизационная, оснащённая паровыми и воздушными стерилизаторами (загрузочная сторона, нестерильная половина);
- для газовой стерилизации;
- комнаты для персонала;
- санитарный пропускник для персонала.

Чистая зона предназначена для упаковки и подготовки медицинских предметов к стерилизации, а также для изготовления перевязочных материалов. Чистая зона отделяется от условно чистой барьером в виде проходного моечного и дезинфекционного оборудования.

В чистой зоне должны быть организованы:

- санитарный пропускник;
- помещение для персонала в спецодежде;
- помещение для мелкого ремонта и заточки медицинских инструментов;

OŃTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «OŃTÝSTIK Qazaqstan medicina akademiasy» AҚ	 SKMA -1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		22 стр. из 40

- помещение для упаковки медицинских инструментов и ее контроля;
- помещение для укладки перевязочных материалов и белья и кладовая для них;
- помещение для выдачи стерильных материалов.

Она отделяется от чистой зоны проходным стерилизационным оборудованием. Для входа в нее также должен быть оборудован санпропускник.

К стерильной зоне относятся: стерильная половина стерилизационной - автоклавной, склад стерильных материалов, экспедиция. Стерильная зона предназначена для хранения стерильного материала и инструментов. Вход в помещение стерильной зоны допускается только через санпропускник.

Для обеспечения поточности технологического процесса устанавливают двухсторонние (проходного типа) паровые, воздушные стерилизаторы, загрузку и выгрузку в которых осуществляют с противоположных сторон. При их отсутствии устанавливают односторонние стерилизаторы.

Кроме вышеперечисленных помещений, должны быть предусмотрены изолированные служебные помещения: коридоры, канцелярия, комната для персонала с гардеробом для верхней одежды, помещение водоподготовки, санузлы.

Оборудование центральной стерилизационной: стерилизаторы, ультразвуковые мойки, сушильные шкафы, моющие — дезинфицирующие машины для механизированной предстерилизационной очистки, транспортные тележки, упаковочные машины.

Оснащение: часы, термометры, дистилляторы, ёмкости для ручной мойки, лотки, столы, шкафы для хранения изделий.

Централизованная форма – организация стерилизации в специально оборудованном и зонированном помещении, в котором работает квалифицированный персонал.

Преимущества централизованной стерилизации:

- высокая надежность стерилизации;
- дорогостоящее оборудование, в подавляющем большинстве используется более рационально, качество обслуживания оборудования выше;
- современные методы стерилизации позволяют продлить срок службы лечебно-диагностического оборудования;
- проще и удобнее контроль качества стерилизации за счет автоматизации процесса;
- освобождение медперсонала для более производительной работы.

В условно чистой зоне проводят дезинфекцию и предстерилизационную обработку, для чего используют автоматизированную моечно-дезинфицирующую ультразвуковую машину. Ее преимущество в том, что она позволяет быстро и качественно очистить труднодоступные участки инструментария.

Затем инструментарий поступает в чистую зону, где все закладывают полипропиленовые пакеты и запечатывают специальными устройствами «Евросиал 2001», а затем автоклавируют. Стерильность в таких пакетах сохраняется 6 месяцев.

Этапы обработки медицинского инструментария

Медицинские изделия многократного применения подлежат последовательно дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации, последующему хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами.

Первый этап обработки. Изделия одноразового применения после использования подлежат обеззараживанию (обезвреживанию), повторное использование запрещается.

Для дезинфекции чаще используются химический и физический (в автоклаве • 110 градусов - 0,5 атм. - 20 минут и сухожаровом шкафу • 120 градусов – 45 мин) методы. Перед дезинфекцией в автоклаве и сухожаровом шкафу, изделия предварительно промываются в емкости с водой, вода обеззараживается.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		23 стр. из 40

Дезинфекцию изделий выполняют ручным (в специальных емкостях) или механизированным (моющие дезинфицирующие машины, ультразвуковые установки) способами.

Изделия медицинского назначения погружают в рабочий дезинфицирующий раствор с заполнением каналов и полостей. Объем емкости должен быть достаточным, раствор выше изделий не менее 1 см.

После дезинфекции изделия отмываются от остатков дезинфицирующих средств.

Вторым этапом обработки медицинских инструментов является предстерилизационная очистка. Она проводится после дезинфекции и отмывки инструмента от дезинфектантов.

Предстерилизационная очистка проводится с целью удаления белковых, жировых и механических загрязнений, а также лекарственных препаратов. Разъемные изделия обрабатываются в разобранном виде.

Предстерилизационной очистке должны подвергаться все изделия, подлежащие стерилизации. Для предстерилизационной очистки используют только разрешенные моющие средства: «Биолот», «Биолот-1», «Лотос», «Лотос-Автомат», «Прогресс», «Астра», «Бланизид», «Септодор», «Луч», «Зира», «Векс-Сайд», «Ника-Экстра».

Разъемные изделия подвергаются предстерилизационной очистке в разобранном виде с полным погружением и заполнением каналов. Мойку каждого изделия по окончании времени выдержки производят при помощи ерша, ватно-марлевого тампона и других приспособлений, необходимых при ручной очистке. Ершевание резиновых изделий не допускается.

В настоящее время существует ряд средств, позволяющих дезинфекцию и предстерилизационную очистку инструментов объединить в один этап обработки, - «Аламинол», «Дезэффект», «Деконекс-Денталь ББ», «Дюльбак ДТБ/Л», «Виркон», «Гротанат», «Сентабик», «Септодор-форте». Использование этих средств позволяет сделать процесс обработки инструментов менее трудоемким, сократить время пребывания инструментов в растворах химических средств.

4.4. Иллюстративный материал. 15-20 слайдов

4.5. Литература:

На последней странице

4.6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Актуальные проблемы безопасности в сестринском деле на современном этапе развития.
2. Обеспечение инфекционной безопасности медицинских работников на рабочих местах.

Лекция №9

4.1. Тема: Неотложная медицинская помощь при кровотечениях и безопасность пациентов.

4.2. Цель:

Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

4.3. Тезисы лекции:

Неотложная медицинская помощь при кровотечении и безопасность пациента.

Первая медицинская помощь при кровотечениях (даже если это так), профилактика раны от загрязнения и попадания в нее микробов, купирование болезни пострадавшего. Сначала обнажается часть тела с травмой. Одежда мягко снимает то, иногда упрекает ее по швам. Запрещается осматривать рану пальцем или инструментом, чтобы не попасть во вторую пару. Правила асептики должны соблюдаться строго.

Для остановки кровотечения и предотвращения попадания микробов в рану часто проводят наложение стерильной (асептической) повязки на рану. Перед этим на край раны 2 раза наносят спиртовой раствор йода, а при его отсутствии протирают край этиловым спиртом, Араксом или одеколоном. Разрывы одежды или других тел на раневой поверхности (свободный

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 24 стр. из 40

жаткан)могут быть удалены, не касаясь раневой поверхности. Башка, лежащая на терне, не должна забирать тела, так как это может усугубить кровотечение и вызвать инфекцию. Промывание раны запрещено.

Для наложения повязок на рану подходят индивидуальные опознавательные пакеты (КТП) или предварительно подготовленные стерильные бинты.

КТП состоит из стерильного (иногда пропитанного антисептическим веществом) перевязочного материала в виде наволочки и бинта, намотанного на резиновую короткую и каучуковую оболочку. Одна из подушек перемещается вдоль общего бинта (для фиксации бинта), а другая прикрепляется к свободному концу бинта. Использование пакета позволяет открыть резиновую оболочку, а затем бумажную оболочку. Правой рукой захватывают обмотку, а левой-конец бинта, записывают подушечки и помещают в рану. При пробитых пулей ранах один из подушек помещают во входное отверстие раны, а другой-в выходное отверстие. Повязка на подушках концы завязывают. Главное правило при наложении КТП - не прикасаться к внутренней поверхности повязки, наносимой на рану (наружная поверхность прошита красной нитью).

При оказании помощи раненым также могут применяться асептические повязки, которые выводятся во время введения следующим образом:

- 1) Большие асептические повязки, состоящие из хлопчатобумажных подушек (65 x 43 см) и пришитого к ним стабилизирующего текстильного шнура;
- 2) малогабаритные асептические тащеры из хлопчатобумажных подушек (56 x 29 см) и донного бинта (14x7 см)

При сильном кровотечении необходимо выполнить меры по его временному токованию. При повреждении мягких тканей, а также при повреждении костей и суставов необходимо фиксировать и фиксировать транспортировку конечности. Чтобы уменьшить сильную боль, пострадавшему вводят промедол (морфин). Необходимые меры предпринимаются, если по раненому ощущаются признаки острой недостаточности крови вследствие травматического шока или обильного кровотечения. После ПМЖ раненому оказывают экстренную помощь по предварительным прививкам от столбняка, антибиотикам и жизненным показаниям.

Осложнения язвенной страхования

Острая хирургическая инфекция провоцирует возникновение различных и наиболее распространенных гнойных заболеваний (гнойные, искривления, различные формы рога кожи, лифангоит и лимфаденит, тромбофлебит, панарицит, сепсис). В этом случае необходимо оказать медицинскую помощь: наложить сухую или мазевую (инфекционную) повязку (мазь Вишневского, антибиотик-Тер — пенициллин, синтомицин, тетрациклин), наложить повязку на конечность (косынку, раму), отправить на ПМЖ. В целом, при обнаружении признаков тяжелой гнойной гноя (сепсиса) пострадавшего необходимо немедленно направить в специализированную больницу, наложить повязку на очаг первичной обострения, а при ее уплотнении в области конечности-наложить повязку на конечность.

Важной задачей при оказании медицинской помощи при любых повреждениях считалась профилактика столбняка, которая включает в себя проведение подкожных инъекций анатоксина с сывороткой против столбняка. ОРВИ прививают против столбняка 1 страховую дозу сыворотки, т. е. антитоксическую единицу 3000 АЕ. Если рана большая и загрязнена почвой или одеждой, то накладывают 2 профилактические дозы (6000 АЕ). При тяжелом ранении сыворотку прививают через 7 дней. При других ранах одновременно с сывороткой в другую часть тела подкожно вводят 1 мм столбнячного анатоксина через 5-6 дней повторно по 2 мл анатоксина для профилактики позднего столбняка. При ранении детей в возрасте до трех лет прививают желтую судышу — 750 АЕ, а детям старше трех лет — 1500 АЕ. Детям до 13 лет прививают первый раз — 0,5 мл столбнячного анатоксина, второй раз, через 5-6 дней-1 мл, то

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 25 стр. из 40

есть половину дозы взрослого человека. При газовой гангрене заболевание следует немедленно госпитализировать. С точки зрения страховки, ему необходимо ввести в гангрену желтую водную косплей (100 — 150 мл стерильного изотонного раствора -30000 АЕ), применять антибиотики при поражении и переломе тканей оперения (при заражении почвой, ливнем) и своевременно проводить первичную хирургическую обработку ран.

Профилактика возникновения травматического шока

Страхование от шока при различных повреждениях рогов имеет первостепенное значение. Здесь следует учитывать все факторы, создающие условия для развития вышеупомянутого шоктыщ. При любом язвенном (или тяжелом) заболевании необходимо использовать все возможные средства для снижения заболеваемости и оттока. Также очень важно исключить такие факторы, как замерзание, голод, жажда, ерекпу, козу, толку, которые создают условия для возникновения шока. К числу важных мероприятий по страхованию от шока можно отнести своевременную и своевременную перевязку перелома, остановку канатика, а также правильную транспортировку.

К мероприятиям в объеме ПМСП относятся: 1) перевязка тела: поврежденной части (при наличии раны или ожога наложить стерильную повязку, а при сильном кровотечении наложить токтатыш жгут);

согревание пострадавшего (горячий напиток нельзя давать при поражении органов брюшной полости, укутывать в одеяло, придавать блеск);

подкожно промедол (1 мг 2% раствора) или морфин (1 мл 1% раствора), кофеин (1-2 мл 10% раствора), лобелин (1 мл 1% раствора);

нужно сохранять максимальное спокойствие.

При наложении повязки или оправы на рану, АДД, одежду в переломной части заболевания, лежащей в состоянии шока. Затем пострадавшего немедленно направляют в ПМСП или ближайшую больницу. За 20-30 минут до такого сопла больному необходимо ввести под кожу 1-2 мл 1 %-ного раствора морфина или другого наркотика.

Предварительно наложенный на место наложения (аяк-кол) кровоостанавливающий жгут не снимается до оказания неотложной помощи, так как при изъятии жгута в кровь могут поступать токсические продукты (токсемин), поврежденные ткани. Заболевание в состоянии шока требует постоянного ухода медработника, и его по возможности лучше проводить под контролем медработника.

Понятие о асептике и антисептике

Попадание инфекции в рану является одним из наиболее частых и опасных осложнений любой раны. Именно поэтому все хирургические операции опираются на принцип профилактики (консервации) основного раневого очага. При попадании в поверхностный Кабат раны не должно быть болезнетворных микробов (стерилизация необходима), а также микробов, попавших в рану. Для профилактики и борьбы с язвенной болезнью в современном мире в хирургии используются полевые прокладки асептики и антисептики, создающие единую систему страхования от инфекций.

Совокупность мероприятий, направленных на уничтожение микробов до попадания их в рану и предохраняющих их от воздействия на рану (предохранительные процедуры от язвенной болезни), называется асептикой. Основной закон асептики: боль при попадании в рану должна быть без микробов, т. е. стерильной. Для достижения асептики используются, в основном, опасные для микробов высокие температуры (пар, кипячение, стерилизация) и иногда различные химические вещества (спирт, йод), а также ультразвук, газы, ионизирующая деструкция.

Система мероприятий, направленных на уменьшение количества микробов в ране или их уничтожение, получила название антисептика.

OŃTŪSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		26 стр. из 40

Существуют следующие виды антисептиков:

- механическая (первичная хирургическая обработка инфицированной раны, т. е. вырезание краев с дном раны с целью удаления микробов и трупов):
- физические (наложение на рану мокнущей макта-донной повязки, использование сушильного порошка, тампона, фитиля, тампона в виде длинной полосы дужки или фитиля в виде резиновой или пластмассовой трубки, а также сушка раны воздушным путем обработки). Таким образом, создаются неблагоприятные условия, препятствующие выживанию и размножению микробов и снижающие всасывание токсинов токсических веществ с проникновением в ткани.
- химическое (бактериологическое действие подавляет развитие и высыхание микробов, а бактерицидное - антисептические вещества, обеспечивающие их просеивание).

4.4. Иллюстративный материал.15-20 слайдов

4.5. Литература:

На последней странице

4.6. Контрольные вопросы(обратная связь)

1. Актуальные проблемы безопасности в сестринском деле на современном этапе развития.
2. Обеспечение инфекционной безопасности медицинских работников на рабочих местах.

Лекция №10

4.1.Тема: Порядок хранения, учета наркотических, психотропных и сильнодействующих лекарственных средств. Сублингвальные лекарственные средства, способы ректального введения.

4.2.Цель. Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

4.3. Тезисы лекции:

Хранение лекарственных средств, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры Категории II, III, IV (далее по тексту лекарственные средства Категории II, III, IV) осуществляется в помещениях, на которые имеется разрешение на их использование в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, выданное территориальными лицензионно-разрешительными отделами (отделениями, группами) органов внутренних дел, на территории которых находятся данные объекты (помещения).

2. Ответственность за организацию правильного хранения, сохранность и учет лекарственных средств Категорий II, III, IV и специальных рецептурных бланков возлагается на первого руководителя организации.

3. Список лиц, допущенных к работе с лекарственными средствами Категории II, III, IV оформляется приказом по данной организации.

Лица, имеющие доступ, должны иметь заключения органов внутренних дел о соответствующей проверке, заключения врачей психиатра и нарколога об отсутствии заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом.

Доступ в комнату, где хранятся лекарственные средства Категории II, III, IV и специальные рецептурные бланки, разрешается лишь лицам, непосредственно работающим с ними.

4. Лекарственные средства Категории II должны храниться в помещениях (кладовых), оборудованных охранной, противопожарной и тревожной сигнализацией в закрытых сейфах. Лекарственные средства Категории III, IV должны храниться в оборудованных помещениях запирающихся металлических шкафах или на специально оборудованных стеллажах.

5. Помещения хранения наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров должны находиться в закрытом состоянии. По окончании работы они должны запираются и

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 27 стр. из 40

опечатываться или пломбироваться. Ключи, печать и пломбир должны находиться у материально-ответственного лица, отвечающего за хранение указанных средств, назначенного приказом по организации.

6. Предметно-количественному учету подлежат лекарственные средства Категорий II, III, IV независимо от лекарственной формы в специальной книге, пронумерованной, прошнурованной, скрепленной подписью и печатью органа-лицензиара по утвержденной форме (приложение 1 к настоящим Правилам).

7. Специальные рецептурные бланки учитываются на складах в пронумерованном и прошнурованном журнале по утвержденной форме (приложение 2 к Правилам хранения, учета в лечебно-профилактических организациях).

8. Книги учета заводятся сроком на один год и хранятся в течение пяти лет, не считая текущего.

На первой странице указывается перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету. Для каждой лекарственной формы, дозировки, фасовки отводится отдельный лист (разворот). Указываются единицы учета для каждого препарата. Поступление отражается по каждому приходному документу в отдельности с указанием номера и даты. Расход записывается дневными итогами (ежедневные записи).

9. На первое число каждого месяца необходимо проводить инвентаризацию лекарственных средств Категорий II, III, IV. Фактическое количество сверяется с книжным остатком и составляет акт сверки по утвержденной форме (приложение 2 к настоящим Правилам).

В случае выявления расхождений или несоответствия результатов, руководитель аптечного склада обязан в течение суток поставить в известность орган-лицензиар и Агентство Республики Казахстан по делам здравоохранения. Сообщение представляется по форме, утвержденной настоящим приказом.

10. Ежеквартально к пятому числу следующего за отчетным кварталом месяца представляется отчет об обороте наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров органу-лицензиару, Агентству Республики Казахстан по делам здравоохранения и территориальному органу здравоохранения по утвержденной форме (приложение 3 к настоящим Правилам).

11. Все документы по приходу и расходу лекарственных средств Категорий II, III, IV (счета-фактуры, накладные, требования, доверенности) на складе должны храниться в закрытом и опломбированном сейфе у лица, ответственного за их хранение, в условиях, гарантирующих полную их сохранность. Документы должны храниться в подшитом, опечатанном виде по месяцам и годам.

12. Приходные и расходные документы на лекарственные средства Категории II хранятся пять лет, лекарственные средства Категорий III, IV хранятся один год, не считая текущего.

13. Лекарственные средства Категорий II, III, IV при поступлении на аптечный склад принимаются комиссией, назначенной приказом руководителя организации.

Руководитель склада или его заместитель обязаны лично проверить соответствие полученных количеств сопроводительным документам.

14. Лекарственные средства Категорий II, III, IV отпускаются со склада только юридическим лицам, имеющим лицензию на право работы в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров.

15. Лекарственные средства Категорий II, III, IV андро отпускаются со склада только в опечатанном виде, при этом на каждую упаковку наклеивается этикетка с указанием отправителя, наименования содержимого и номера анализа.

16. Требования на лекарственные средства Категорий II, III, IV должны быть заверены подписью руководителя или его заместителя и печатью организации по утвержденной форме (приложение 4 к настоящим Правилам).

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		28 стр. из 40

Требования и счета на лекарственные средства Категорий II, III, IV должны выписываться отдельно от требований и счетов на другие лекарственные средства, с указанием количеств в них прописью.

17. Выдача лекарственных средств Категорий II, III, IV производится по отдельной доверенности, оформленной в установленном порядке, с указанием наименования получаемых средств, доз, концентрации, лекарственной формы и количества прописью. Срок действия доверенности 10 дней.

18. Перед отпуском лекарственных средств Категорий II, III, IV материально ответственное лицо должно лично проверить основание для отпуска (счет-фактура, доверенность), соответствие отпускаемого лекарственного средства с данными сопроводительного документа, правильность, целостность упаковки и расписаться во всех экземплярах счета-фактуры (приложение 5 к настоящим Правилам).

4.4. Иллюстративный материал. 15-20 слайдов

4.5. Литература:

На последней странице

4.6. Контрольные вопросы(обратная связь)

1. Актуальные проблемы безопасности в сестринском деле на современном этапе развития.
2. Обеспечение инфекционной безопасности медицинских работников на рабочих местах.

Лекция №11

4.1. Тема урока: Оказание сестринской помощи при аллергических реакциях, анафилактический шок.

4.2. Цель: Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

4.3. Тезисы лекции:

Оказание сестринской помощи при аллергических реакциях, анафилактический шок. Анафилактический шок-опасный для жизни патологический процесс, возникающий в результате аллергической реакции, которая сразу же развивается в случае попадания аллергена в организм и характеризуется тяжелыми нарушениями кровообращения, дыхания, центральной нервной системы.

Цель:

- стабилизация артериального давления,
- восстановление функций жизненно важных органов,
- ДВС-профилактика, предотвращение.
- Проблемы, которые могут возникнуть у пациента:

Субъективный:

- Незамедлительно ослабления;
- Впечатление сдавливания грудной клетки, удушья;
- Головокружение, головная боль;
- Ощущение жары в теле;
- Чесотка на кожных покровах;
- Ухудшение зрения и слуха;
- Появление липкого, холодного пота на теле;
- Чихание, кашель, чесотка;
- Рвота;
- "смертельная опасность" ;
- Самопроизвольное выделение мочи, большого омовения и ветра из организма.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		29 стр. из 40

Объективный:

- Затрудненное дыхание, выход пены изо рта;
- Изменение цвета кожных покровов(покраснение или бледность кожных покровов, синяки);
- Различные экзантемы;
- Появление опухоли на слизистой оболочке носа, на лице;
- Зрачок увеличен, не реагирует на свет;
- Неподвижность и беспокойность пациента;
- Появление клонических судорог на руках, ногах (общим судорогом на теле является падение пациента);
- Тонкий и быстрый пульс (в отдаленных кровеносных сосудах);
- Тахикардия (иногда брадикардия, аритмия);
- Звук сердцебиения замкнут;
- Артериальное давление быстро падает (в некоторых случаях низкий показатель артериального давления не определяется);
- При некоторых травмах артериальное давление не снижается на 90-80 мм рт.ст. После травмы иногда в первые минуты артериальное давление немного повышается в течение короткого периода времени;
- Нарушение дыхания (одышка);

Алгоритм действий:

Приподнимая конечности пациента и поворачивая голову в одну сторону, двигайте нижнюю челюсть вперед, чтобы язык не блокировал дыхательные пути, не было асфиксии и аспирации от рвоты;

Далее прекратите проникновение аллергенов в организм:

а) парентеральный спуск:

По возможности наложите жгут на верхнюю часть аллергенной зоны на тридцать мин, чтобы артерия не сдавливала кровеносный сосуд, раз в десять мин отпустите жгут на одну-две мин, В область инъекции аллергеном (укушенную область) сделайте прививку, смешав 0,18% 0,5 мл адреналина с 5,0 мл физиологического раствора (по возможности в синюю Вено-гиоперфузию) и наложите на эту область леденец (первый этап терапии!);

В случае закапывания аллергенного препарата в носовую полость и конъюнктиву глаза промойте проточной водой;

Меры противошоковой терапии:

а) прививка мышц в кратчайшие сроки:

0,18% 0,3-0,5 мл эпинефрина смешать с 5,0 мл физиологического раствора (не более 1 мл одновременно). При отсутствии результата повторите этот препарат через 5-20мин под контролем артериального давления;

* Антигистаминные препараты: ввести 1% дифенгидроамин не более 1,0 мл.

* В таком случае препарат пипольфен не следует вводить, так как он оказывает гипотензивное действие.

б) восполнить объем кровотока: для этого в Вену налить не менее одного л физиологического раствора.

Противоаллергическая терапия:

* Ввести 90-150 мг преднизолона капельно в Вену.

Сиптоматическая терапия:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		30 стр. из 40

а) при сохранении артериальной гипотензии, после восполнения объема кровообращения-закапывать в Вену 2-11тамины дофамина (200 мг дофамина 0,9% физиологическим раствором 400 мл) в минуту;

б) при развитии брадикардии 0,1% 0,5 мл атропина подкожно, если необходимо –повторите ту же дозу через 5-10 минут;

в) при бронхоспазме: закапать 2,4% 1,0 мл аминофиллина (не более десяти мл) вместе с 20 мл физиологического раствора, или через ингаляционно-небулайзер ввести 2,5-5мг сальбутамола. Все время следите за ПФ, пульсом, частотой дыхания.

Оценка результатов выполненной неотложной медицинской помощи:

- * Анафилактический шок устранен;
- * Артериальное давление и сердцебиение пришли в норму,
- * Дыхание восстановилось.

Примечание: при анафилактическом шоке обязательно госпитализируйте больного в отделение реанимации или интенсивной терапии после его торможения.

4.4. Иллюстративный материал. 15-20 слайдов

4.5. Литература:

На последней странице

4.6. Контрольные вопросы(обратная связь)

1. Актуальные проблемы безопасности в сестринском деле на современном этапе развития.
2. Обеспечение инфекционной безопасности медицинских работников на рабочих местах.

Лекция №12

4.1. Тема: Функциональные обязанности медицинской сестры.

4.2. Цель: Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

4.3. Тезисы лекции:

Обязанности медицинской сестры:

1. Владение навыками общения, знание и соблюдение прав пациента, норм медицинской этики и деонтологии.
2. Прием и регистрация вновь поступивших пациентов, их транспортировка внутри больницы и отделения в соответствии с указанием врача о способе транспортировки.
3. Проверка качества санитарно-гигиенической обработки пациентов в приемном отделении.
4. Ознакомление поступающих пациентов с внутренним распорядком, режимом дня и правилами личной гигиены.
5. Приготовление постели пациенту.
6. Осуществление контроля за точным выполнением пациентами, посетителями, младшим медицинским и обслуживающим персоналом установленных правил внутреннего распорядка отделения.
7. Ведение и оформление медицинской документации.

Документация постовой медицинской сестры:

- Рабочая тетрадь.
- Тетрадь приема и сдачи дежурств.
- Лист врачебных назначений.
- Температурный лист.
- Порционное требование.
- Тетрадь получения и учета лекарственных средств.
- Инструкции, памятки, рекомендации по работе сестринского поста.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 31 стр. из 40

- Конспекты. Тезисы бесед для проведения санпросветра- боты среди пациентов и их родственников.

Документация процедурного кабинета:

- График проведения генеральной уборки.
- График работы процедурного кабинета.
- Журнал назначений.
- Журнал учета переливания крови и кровезаменителей.
- Журнал сдачи шприцев по смене.
- Журнал сдачи шприцев в ЦСО.
- Журнал учета качества стерилизации.
- Журнал учета и хранения наркотических и ядовитых лекарственных средств.
- Журнал регистрации профаварий.

8. Точное выполнение лечебных назначений лечащего врача.

9. Подготовка пациентов к лабораторным и инструментальным исследованиям. Забор материалов для лабораторных исследований, передача их в лабораторию. Своевременное получение результатов исследований и подклеивание их в медицинскую карту стационарного больного.

10. Наблюдение за состоянием больного, оценка и своевременное выявление его ухудшения.

И. Организация и обеспечение дифференцированного ухода за пациентами в отделении.

12. Участие в раздаче пищи и кормление тяжелобольных.

13. Осуществление контроля за санитарно-эпидемическим режимом буфетной отделения.

14. Оказание доврачебной помощи при неотложных состояниях, проведение сердечно-легочной реанимации.

15. Прием и сдача дежурств.

Палатная медицинская сестра подчиняется непосредственно медицинской сестре отделения. В своей работе руководствуется распоряжениями вышестоящих должностных лиц.

1. Осуществляет уход и наблюдение за больными на основе принципов медицинской деонтологии.

2. Своевременно и точно выполняет назначения лечащего врача; в случае невыполнения назначений независимо от причины немедленно докладывает об этом лечащему врачу.

3. Организует своевременное обследование больных в диагностических кабинетах, у врачей-консультантов и в лаборатории.

4. Наблюдает за состоянием больного, физиологическими отправлениями, сном. О выявленных изменениях докладывает лечащему врачу.

5. Немедленно сообщает лечащему врачу, а в его отсутствие — заведующему отделением или дежурному врачу о внезапном ухудшении состояния больного.


6. Участвует в обходе врачей в закрепленных за нею палатах, докладывает о состоянии больных, записывает назначенное лечение, следит за выполнением назначений.

7. Осуществляет санитарно-гигиеническое обслуживание физически ослабленных и тяжелобольных (умывает, кормит, дает питье, промывает по мере надобности рот, глаза, уши и др.).

8. Принимает и размещает в палате больных, проверяет качество санитарной обработки вновь поступивших больных.

9. Проверяет передачи больных с целью недопущения приема противопоказанной пищи и напитков.

10. Изолирует больных в агональном состоянии, присутствует при смерти, вызывает врача для констатации смерти, подготавливает трупы умерших для передачи в морг.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		32 стр. из 40

11. Сдаёт дежурство по палатам у постели больных. Принимая дежурство, осматривает закреплённые за нею помещения, состояние электроосвещения, наличие жесткого и мягкого инвентаря, медицинского оборудования и инструментария, медикаментов. Расписывается за прием дежурства в дневнике отделения.

12. Контролирует выполнение больными и родственниками режима дня отделения. О случаях нарушения режима палатная медицинская сестра докладывает старшей медицинской сестре.

13. Руководит работой младшего медицинского персонала и контролирует выполнение им правил внутреннего трудового распорядка.

14. Один раз в неделю производит взвешивание больных, отмечая вес больного в истории болезни. Всем поступившим больным производит измерение температуры тела два раза в день, записывает температуру в температурный лист.

15. При обнаружении у больного признаков инфекционного заболевания немедленно сообщает об этом лечащему врачу, по его распоряжению изолирует больного и немедленно производит текущую дезинфекцию.

16. По назначению врача осуществляет счет пульса, дыхания, измеряет суточное количество мочи, мокроты и иного, записывает эти данные в историю болезни.

17. Следит за санитарным содержанием закреплённых за нею палат, а также личной гигиеной больных (уход за кожей, ртом, стрижка волос и ногтей), за своевременным приемом гигиенических ванн, сменой нательного и постельного белья, записывает смену белья в историю болезни.

18. Заботится о своевременном снабжении больных всем необходимым для лечения и ухода.

19. В случае требующих срочных мер изменений в состоянии больных ставит в известность врача отделения, а в отсутствие врачей немедленно вызывает дежурного врача, оказывает экстренную доврачебную помощь.

20. Следит, чтобы больные получали пищу согласно назначенной диете.

21. Следит, чтобы выданные больным лекарства были приняты в ее присутствии.

22. Повышает свою профессиональную квалификацию, посещая научно-практические конференции для среднего медицинского персонала и участвуя в конкурсе на звание «Лучшая по профессии».

23. Ведет необходимую учетную документацию.

24. В отсутствие старшей медицинской сестры сопровождает во время обхода врачей отделения, дежурного врача, представителей администрации. Заносит в дневник отделения все сделанные замечания и распоряжения.

4.4. Иллюстративный материал. 15-20 слайдов

4.5. Литература:

На последней странице

4.6. Контрольные вопросы(обратная связь)

1. Актуальные проблемы безопасности в сестринском деле на современном этапе развития.
2. Обеспечение инфекционной безопасности медицинских работников на рабочих местах.

Лекция №13

4.1.Тема: Применение технологий с целью повышения безопасности больных.

4.2. Цель:

Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

4.3. Тезисы лекции:

Безопасность пациентов — основополагающий элемент всеобщего охвата услугами здравоохранения.

OÑTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 33 стр. из 40

Безопасность пациентов в контексте оказания безопасных и высококачественных медицинских услуг является необходимым условием укрепления систем здравоохранения и успешной работы по обеспечению фактического всеобщего охвата услугами здравоохранения в рамках достижения Цели в области устойчивого развития 3 (Обеспечение здорового образа жизни и содействие охране здоровья и благополучия для всех в любом возрасте).

Задача 3.8 ЦУР предполагает обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения и «в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех». Работая над выполнением этой задачи, ВОЗ придерживается концепции эффективного охвата, в рамках которой всеобщий охват услугами здравоохранения рассматривается как средство достижения более высокого уровня здоровья населения и принимаются меры для оказания пациентам качественных и безопасных услуг.

Также важно признать значение безопасности пациентов для снижения расходов, связанных с устранением последствий причиненного пациентам вреда, и улучшения эффективности функционирования системы здравоохранения. Оказание безопасных услуг также будет способствовать восстановлению и укреплению доверия населения к системе здравоохранения.

Деятельность ВОЗ

Резолюция о безопасности пациентов.

Признавая, что безопасность пациентов является одним из глобальных приоритетов в области здравоохранения, Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию об обеспечении безопасности пациентов, в которой она одобрила провозглашение Всемирного дня безопасности пациентов, который будет ежегодно отмечаться государствами-членами 17 сентября.

1. Безопасность пациентов как один из приоритетов в области здравоохранения в мире.

Целью проведения Всемирного дня безопасности пациентов является содействие повышению безопасности пациентов посредством повышения осведомленности и расширения участия общественности, углубления глобального понимания проблемы и стимулирование солидарности и действий во всем мире.

2. Всемирный день безопасности пациентов.

Главные стратегические направления деятельности

Отдел ВОЗ по безопасности пациентов и управлению рисками сыграл важную роль в формировании и реализации глобальной повестки дня в области безопасности пациентов, сосредоточив усилия на содействии работе по некоторым ключевым стратегическим направлениям, посредством следующих действий:

- обеспечение глобальной руководящей роли и содействие сотрудничеству между государствами-членами и соответствующими заинтересованными сторонами;
- составление перечня глобальных приоритетных направлений деятельности;
- разработка методических руководств и пособий;
- оказание государствам-членам технической поддержки и укрепление их потенциала;
- привлечение пациентов и их семей к борьбе за безопасность медицинской помощи;
- мониторинг улучшения практики в области обеспечения безопасности пациентов;
- научные исследования в этой области.

Концентрируя усилия на этих ключевых направлениях для содействия долгосрочным улучшениям ситуации в сфере безопасности пациентов, ВОЗ стремится к обеспечению более высокого качества предоставляемой пациентам помощи, снижению уровня риска и масштаба вреда, достижению более высоких показателей здоровья населения и снижению затрат.

Действия, предпринятые ВОЗ до настоящего времени

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		34 стр. из 40

Работа ВОЗ по вопросам безопасности пациентов началась с организации Всемирного альянса за безопасность пациентов в 2004 г., и работа по реализации этой инициативы продолжается и по сей день. ВОЗ содействовала повышению безопасности услуг здравоохранения в государствах-членах посредством проведения глобальных кампаний в области обеспечения безопасности пациентов. В рамках каждой кампании в качестве темы выбирается один из основных факторов риска для безопасности пациентов. Проведенные до настоящего момента кампании:

Чистота — залог безопасной медицинской помощи (2005 г.). Цель: сокращение инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи посредством акцента на соблюдение правил гигиены рук.

Безопасная хирургия спасает жизни (2008 г.). Основной акцент на сокращении уровня риска, связанного с хирургическими вмешательствами.

Лекарства без вреда (2017 г.). Цель: сокращение числа предотвратимых случаев причинения тяжелого вреда в результате использования лекарственных средств на 50% во всем мире в течение пяти лет.

ВОЗ также предоставляет странам стратегические рекомендации и играет руководящую роль в рамках ежегодных Глобальных министерских саммитов по безопасности пациентов, которые проводятся для продвижения повестки дня в области безопасности пациентов на уровне политического руководства при поддержке со стороны министров здравоохранения, делегатов высокого уровня, экспертов и представителей международных организаций.

ВОЗ сыграла ключевую роль в разработке технических руководств и информационных ресурсов, таких как Руководящие принципы составления учебной программы по безопасности пациентов для многопрофильных учебных заведений, Контрольный перечень мер для безопасного приема родов, Контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности, Решения для обеспечения безопасности пациентов и 5 этапов обеспечения безопасности пациентов.

В целях содействия глобальной солидарности ВОЗ также способствует созданию объединений и совместных инициатив, таких как Глобальная сеть по безопасности пациентов и Глобальное объединение по вопросам безопасности пациентов. Признавая важность активного участия пациентов в управлении системой здравоохранения, формировании политики в области здравоохранения, совершенствовании системы здравоохранения и процессе оказания медицинской помощи, ВОЗ учредила программу «Пациенты за безопасность пациентов» с целью содействия вовлечению пациентов и их семей в эти процессы.

4.4. Иллюстративный материал. 15-20 слайдов

4.5. Литература:

На последней странице

4.6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Актуальные проблемы безопасности в сестринском деле на современном этапе развития.
2. Обеспечение инфекционной безопасности медицинских работников на рабочих местах.

Лекция №14

4.1. Тема: Действующие приказы. Безопасность пациента.

4.2. Цель: Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

4.3. Тезисы лекции:

Безопасность пациентов является дисциплиной, на которую следует обратить внимание в год безопасности. Здравоохранение медицинская ошибка с помощью профилактики, минимизации,

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		35 стр. из 40

отчетности и анализа часто приводит к нежелательным эффектам. Частота и величина нежелательных явлений, которые избегают пациенты, не были известны до 90-х годов, когда многие страны отчитывались о количестве пациентов, пострадавших и убитых из-за медицинских ошибок. Учитывая, что ошибки в области здравоохранения затрагивают каждого из 10 пациентов в мире, Всемирная организация здравоохранения называет безопасность пациента эндемичной проблемой. Действительно, безопасность пациентов возникла как особая дисциплина здравоохранения, которая поддерживает несовершенное, но развивающееся научное обоснование. Существует важный междисциплинарный раздел теоретической и исследовательской литературы, который информирует науку о безопасности пациентов.

Важным компонентом является оказание качественной медицинской помощи в безопасности пациента. Основная цель медицинского работника - не причинять вреда пациентам. ВОЗ определяет качество медицинской помощи, поскольку медицинское обслуживание отдельных лиц повышает желаемые результаты здоровья и соответствует современным профессиональным знаниям.

Медицинский работник должен:

Уважать честь и достоинство больного, быть внимательным и терпеливым к нему и его близким. Необходимо проводить строгие и бесчеловечные лечебные мероприятия по отношению к пациенту, унижать его достоинство, а также не допускать привилегий или неприязни медицинского работника к кому-либо из пациентов.

Забота о семье и друзьях должна пониматься состоянием больного, а также не вмешиваться в личные дела больного и членов его семьи по адекватным профессиональным причинам.

На оказание медицинской помощи в условиях наименьшего ограничения свободы и достоинства пациента.

В случае конфликтов между пациентом-обществом, пациентом - семьей и т. д. медицинский работник должен отдавать предпочтение интересам пациента только в том случае, если их реализация не может нанести прямой ущерб самому больному или другим.

Медицинский работник пациента полностью доверяет соблюдению конфиденциальности всей медицинской и личной информации. Медицинский работник не вправе без разрешения больного или его законного представителя раскрывать информацию, полученную во время лечения, в том числе факт обращения за медицинской помощью.

На поддержку мер по недопущению разглашения медицинских секретов. Смерть пациента не освобождает от необходимости хранить медицинскую тайну. Раскрытие медицинской тайны допускается только в случаях, предусмотренных законодательством Республики Казахстан.

Пациент имеет право на полную информацию о своем здоровье, но он может отказаться от человека, который может быть проинформирован о своем здоровье.

Информацию о состоянии здоровья от пациента можно скрыть, если есть основания считать, что он может нанести серьезный вред. Однако в случае постоянных требований пациента, врач должен предоставить ему исчерпывающую информацию. Если прогнозы пациента неблагоприятны, ему необходимо осторожно информировать его нежными словами, надеясь на продолжение жизни и добиваясь возможного результата.

Если пациент не может осознанно узнать свое согласие, либо должен быть представлен лицу в качестве законного представителя, постоянно патронажного пациента.

Медицинская тайна:

Пациент имеет право на личную жизнь, и врач, а также другие лица, участвующие в оказании медицинской помощи, требуют соблюдения медицинской конфиденциальности как после смерти пациента, так и в случае обращения за медицинской помощью, если пациент не заказывает иное.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		36 стр. из 40

Секрет распространяется на всю информацию, полученную в ходе лечения и лечения пациента (диагностика, метод лечения, прогноз и др.).

Медицинская информация о пациенте может быть раскрыта:

- * с понятного, четко прописанного письменного согласия пациента;
 - * по мотивированным требованиям органов дознания, следствия, прокуратуры и суда;
 - * конфиденциальность при сохранении информации, если существует значительная угроза здоровью и жизни пациента и / или других лиц (опасные инфекционные заболевания • ;
- В случае привлечения к лечению других специалистов, где эта информация необходима профессионально.

Врач должен гарантировать, что все, кто участвует в лечении больных, будут хранить профессиональную тайну.

Лица, пользующиеся правом доступа к медицинской информации, обязаны хранить конфиденциальную информацию о пациенте.

При проведении научных исследований необходимо обучать студентов и совершенствовать врачей, соблюдать медицинскую тайну. Показать больного можно только с его согласия.

Отношения между медицинскими работниками:

Взаимоотношения между медицинскими работниками должны отличаться взаимным уважением, доверием и уважением к интересам пациента.

В отношениях с коллегами медицинский работник должен быть честным, справедливым, добрым, порядочным, уважительно относиться к своим знаниям и опыту и быть готовым передать свой опыт и знания самому себе.

Моральное право руководить другими медицинскими работниками требует высокой профессиональной квалификации и высокого морального уровня. .

По отношению к партнеру не следует критиковать и оскорблять. Критике подчиняются профессиональные действия, но не личность коллег. Нельзя укреплять свою репутацию, унижая коллег. Медицинский работник не вправе сообщать личную информацию о своих коллегах, негативные высказывания о работе, при наличии пациентов и их родственников.

На протяжении всей жизни работник здравоохранения должен уважать и благодарить тех, кто научил его искусству исцеления.

Медицинский работник должен самостоятельно относиться к своим коллегам так, как он хочет, чтобы они держались за него.

Медицинский работник может открыто не запрашивать профессиональную квалификацию другого врача или иным образом дискредитировать его.

В тяжелых клинических случаях врачи должны консультировать коллег и правильно оказывать помощь. Лечащий врач несет ответственность только за процесс лечения, не может принимать какие-то замечания, рекомендации, а руководствуется исключительно интересами пациента. Врач не должен создавать ему условий для замены пациентов другими врачами.

Моральная поддержка умершего пациента.

Медицинский работник обязан облегчить страдания больного в тяжелом состоянии всеми доступными и законными способами. Медицинский работник обязан гарантировать пациенту по его просьбе использование духовной поддержки любого священника.

4.4. Иллюстративный материал. 15-20 слайдов

4.5. Литература:

На последней странице

4.6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Актуальные проблемы безопасности в сестринском деле на современном этапе развития.
2. Обеспечение инфекционной безопасности медицинских работников на рабочих местах.

OÑTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		37 стр. из 40

Лекция №15

4.1. Тема: Основы эргономики и безопасного перемещения пациентов.

4.2. Цель:

Обучение студентов основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

4.3. Тезисы лекции:

Эргономика (от греческого *ergon* – «работа», *nomos* – «закон», или «закон работы») – это область знаний, которая комплексно изучает трудовую деятельность человека в системе «человек – техника – среда» с целью обеспечения эффективности, безопасности и комфорта трудовой деятельности. Поэтому исследования эргономики базируются на определении закономерностей психических и физиологических процессов, которые лежат в основе определенных видов трудовой деятельности, изучающие особенности взаимодействия человека с орудием и предметами труда.

Возникновению эргономики способствовали проблемы, связанные с внедрением и эксплуатацией новой техники и технологий в XX в., а именно рост травматизма на производстве.

Современная эргономика выступает как интегральная наука о трудовой деятельности, которая позволяет повысить трудовую эффективность путем оптимизации условий труда и всех процессов, с ним связанных. Под эффективностью труда в данном случае выступает не только высокая производительность труда, но и положительное влияние на личность, удовлетворенность своим трудом. Данные, полученные с помощью эргономики, используются при разработке рекомендаций в системе научной организации труда. Эргономика решает задачи оптимизации трудовой деятельности, способствует охране труда, обеспечивая его гигиену и безопасность труда.

Из истории становления эргономики как самостоятельной дисциплины.

Первые предпосылки развития новой науки о труде были положены в 1857 г. и основаны на изучении закономерности науки о природе, предложенной Войтехом Ястшембовским. В дальнейшем такой же смысл в понятие «эргономика» вкладывали и многие другие ученые (В. М. Бехтерев, В. Н. Мясищев и др.). Отечественными учеными еще в 1920-х гг. было отмечено, что трудовой деятельности не уделяется должного внимания, и нет науки, которая полностью посвящает свои исследования и разработки труду человека. 1949 г. считается годом зарождения новой науки.

Безопасная больничная среда – это самая актуальная и сложная проблема для медицинских работников. Под безопасной средой понимают особые условия организации работы лечебно-профилактических учреждений, гарантирующие отсутствие возможности возникновения инфекционных заражений и профессиональных болезней. В России отмечают одни из самых высоких в мире показатели заболеваемости специалистов сестринского дела.

Значительную долю в структуре заболеваемости медицинских работников составляет травматизм при осуществлении профессиональных обязанностей. Медицинским сестрам приходится перемещать пациентов, передвигать тяжелое оборудование, переносить тяжести, длительное время находиться в вынужденной позе.

До настоящего времени труд медицинских работников был мало механизирован, и этот факт обуславливает работу персонала с применением больших физических усилий, часто в экстремальных условиях. Длительное влияние неблагоприятных факторов приводит не только к травматизации, но и к заболеваниям опорно-двигательного аппарата: позвоночника, нижних и верхних конечностей. Боль в спине сегодня является «эпидемией» в здравоохранении. Состояние здоровья медицинских работников приобретает все большую социальную значимость, т. к. определяет не только качество их труда, но и качество жизни.

OÑTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 38 стр. из 40

Правила перемещения и размещения пациента с использованием правильной биомеханики тела:

Эргономический подход к перемещению и размещению пациента базируется на шести основных принципах безопасной организации труда:

- 1) оценка поставленной перед медицинскими работниками задачи;
- 2) оценка окружающей обстановки и своих возможностей;
- 3) определение степени риска;
- 4) приглашение к сотрудничеству пациента;
- 5) помощь других членов медицинской бригады или родственников;
- 6) использование различных медицинских эргономичных приспособлений для облегчения перемещения пациента.

Выполняя любое перемещение медицинской сестре следует:

- Убедиться в наличии необходимого инвентаря.
- Объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, обсудить с ним план совместных действий, если необходимо, воспользоваться помощью коллег.
- Вымыть руки. Надеть перчатки.
- Опустить кровать в горизонтальное положение. Отрегулировать её удобный уровень: чтобы лежащий пациент находится на уровне середины бедра сестры. Все эти действия выполняются при помощи функциональных кроватей.
- Встать как можно ближе к пациенту.
- Убрать одеяло, переложить подушку в изголовье кровати (это предотвратит вероятность удара пациента головой в спинку кровати при неудачно выполняемой манипуляции).

- Уложить пациента на спину.

- Выполнять последующие действия.

4.4. Иллюстративный материал. 15-20 слайдов

4.5. Литература:

1. Островская И.В. «Психология». Медициналық училищелер мен колледждерге арналған оқулық. М., «ГЭТАР-Медиа», 2006.
2. Островская, И. В. Психология [Текст] : учеб. для мед. училищ и колледжей / И. В. Островская ; М-во образования и науки РФ. - 2-е изд., испр ; Рек. ГОУ ДПО "РМА последипломного образования". - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 480 с
3. Н.Д. Лакосина. «Медициналық психология»-М., АКАДЕМА, 2008
4. В.Ф. Матвеев « Медициналық психологиядағы этика және деонтология негіздері»
5. Асимов М.А. «Коммуникативтік дағдылар»: оқулық/Асимов М.А., Нұрмағамбетова С.А., Игнатъев Ю.В. ҚР ДСМ С.Ж. Асфендияров атындағы ҚҰМУ. Алматы: Эверо, 2009.
6. Ильин Е.П. Қарым қатынас жасау және тұлғааралық қарым-қатынас жасау психологиясы. –СПБ.:Питер, 2009.

Дополнительная литература:

7. КарвасарскийБ.Д.«Клиникалық психология».Ұлттық медициналық кітапхана. СПб, 2004
8. Полянцева О.И. Орта медициналық мекемелерге арналған психология. –Ростов на Дону, Феникс, 2004.
9. Психологиялық тестілер энциклопедиясы. М., ТЕРРА-кітап клубы, 2000.
10. Петрова Н.Н. Медицина мамандарына арналған психология.-М., АКАДЕМА, 2006.
11. Психология. Оқулық. Жауапты редактор А.А. Крымов.-М., «Прспект», 2004.
12. Романова Н.Н., Филипов А.В. Сөздік. Сөйлеу қатынасының мәдениеті: этика, прагматика, психология.-Москва, 2009.

4.6. Контрольные вопросы(обратная связь)

1. Актуальные проблемы безопасности в сестринском деле на современном этапе развития.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 39 стр. из 40

2. Обеспечение инфекционной безопасности медицинских работников на рабочих местах.