

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(НИУ «БелГУ»)**

**МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ**

ЦМК клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В
УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ С ОЖОГАМИ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
3 курса группы 03051611
Козыревой Анастасии Леонидовны**

Научный руководитель
преподаватель Павленко Л.В.

Рецензент
врач-невролог
ОГБУЗ «Белгородская областная
клиническая больница Святителя Иоасафа»
Богущ А.Н.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ	2
ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЫ.....	7
1.1. Понятия, этиология, патогенез, диагностика, классификация ожоговой травмы.....	7
1.2. Первая помощь и лечение ожоговых травм.....	13
1.3. Особенности ухода за пациентами с ожогами.....	16
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ.....	19
2.1. Организационная характеристика ожогового отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»	19
2.2. Анализ статистических данных ожогового отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»	20
2.3 Анализ исследовательской работы	22
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	39
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	45

ВВЕДЕНИЕ

Травмы в результате ожогов является важнейшей медико-социальной проблемой нашего общества, так как это приводит к инвалидности больных, а также к высокой смертности.

Человека, пораженного ожогом, называют обожженным.

По всему миру, ожоговые травмы занимают первую десятку среди наиболее частых видов травм, ожоги уступают лишь дорожно-транспортным происшествиям, падениям и насилиям. По статистике ВОЗ, ежегодно обращаются за медицинской помощью с ожогами примерно шесть миллионов человек. Частота ожогов в настоящее время достигает один на тысячу населения в год. Смертность, возникшая вследствие ожоговой травмы, оценивается, как триста двадцать два случая на тысячу населения. В России по официальным данным ВОЗ за две тысячи восемнадцатый год, ожоги находятся на шестом месте, а это два с половиной процента, в общей структуре травматизма, составляя две целых и все десятых случая на тысячу взрослого населения [21, с. 19].

По данным Общероссийской общественной организации объединение комбустиологов «Мир без ожогов», ежегодно в Российской Федерации за медицинской помощью обращается четыреста пятьдесят тысяч пострадавших от ожогов. При этом преобладают больные с поверхностными ожогами, которые в 80% случаев имеют незначительные по площади поражения и нуждаются в основном в консервативном лечении, и в 70% случаев в амбулаторных условиях. Около ста тысяч пострадавших от термических поражений (около тридцати процентов случаев от всех ожогов) ежегодно проходят лечение в условиях ожогового стационара. Из числа обожженных, госпитализируемых в стационар, примерно восемьдесят процентов больных также имеют поверхностные и пограничные ожоги.

Наиболее часто ожоги получают дети в возрасте до пяти лет. Следующую по частоте группу составляют взрослые люди в возрасте от двадцати одного до пятидесяти лет, причем, мужчины получают ожоги чаще женщин. Поражение дыхательных путей встречается примерно у 30% взрослых пострадавших, поступивших в специализированные стационары, и у 45%, пострадавших ожог пламенем [17, с. 34].

На протяжении многих десятилетий проблема лечения ожогов привлекает к себе пристальное внимание исследователей и клиницистов. И в настоящее время повышение качества и эффективности неотложной хирургической помощи пациентам с термической травмой является одной из актуальных проблем современной хирургии.

Ежегодно в России от ожогов погибает более двадцати пяти тысяч человек. Большинство исследователей считают, что характер лечения и тщательный уход в первые двадцать четыре часа являются определяющими в прогнозе ожоговой болезни [2, с. 54].

Уход за обширными глубокими ожогами, несмотря на все достижения современной медицины, и сегодня представляет одну из сложнейших специфических проблем. Массивность поражения тканей, тяжесть шока и эндогенной интоксикации, частое и практически неизбежное развитие полиорганной дисфункции, местных и генерализованных инфекционных осложнений, высокий уровень летальности все это резко отличает термическую травму от других повреждений.

Многие недостатки лечебно-диагностического процесса при ожоговой болезни обусловлены отсутствием единого плана ухода за пациентом на различных этапах ведения больных с различной тяжестью термического поражения.

Актуальность настоящего исследования предопределена частотой получения ожогов в быту и на производстве, в условиях катастроф мирного и

военного времени, сложностью и особенностями ухода, реабилитации, а также высокой инвалидностью, и летальностью.

Ожоговый травматизм является важной медицинской и социальной проблемой. За последние годы наблюдается рост тяжести термической травмы и рост удельного веса ожогов пламенем среди обожженных.

Цель работы: изучить особенности профессиональной деятельности медицинской сестры в уходе больным с ожоговой травмой.

Задачи:

1. Изучить теоретические данные об ожоговой травме;
2. Исследовать основные особенности сестринской деятельности при ожоговой травме;
3. Провести анализ статистических данных профессиональной деятельности медицинской сестры в уходе за больными с ожогами;
4. Провести анкетирование среди медицинских сестёр ожогового отделения и разработать рекомендации по улучшению организации ухода и работы в целом.

Объект исследования: медицинские сестры ожогового отделения.

Предмет исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры ожогового отделения.

Методы исследования:

- теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
- организационный (сравнительный, комплексный) метод;
- социологические: анкетирование, интервьюирование;
- статистические – статическая обработка информационного массива.

Теоретическая значимость: расширить знания о профессиональной деятельности медицинской сестры в уходе за пациентами с термическими поражениями.

Практическая значимость: полученные в результате исследования данные позволят оценить качество ухода за больными ожогового отделения.

Объём и структура выпускной квалификационной работы.

Структура дипломной работы predetermined задачами, объектом, предметом, и методами исследования. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников и литературы, а также приложения.

Введение раскрывает актуальность, определяет степень научной разработки темы, объект, предмет, цель, задачи и методы исследования выпускной квалификационной работы.

Количество страниц: 50

Количество таблиц:1

Количество гистограмм:20

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЖГОВОЙ ТРАВМЫ

1.1. Понятия, этиология, патогенез, диагностика, классификация ожоговой травмы

Ожог-повреждение тканей организма, вызванное действием высокой температуры или действием некоторых химических веществ (щелочей, кислот, солей тяжёлых металлов и др.) [13].

По происхождению ожогов кожи бывают:

- термические (пламенем, кипятком, контактными);
- электрические;
- химические;
- лучевые;
- смешанные.

Виды:

Термические. Они чаще всего возникают из-за воздействия температуры преимущественно высокой.

Факторы поражения:

- Пламя. Отличается тем, что у такого вида относительно большая площадь ожога, преимущественно вторая степень по глубине. Так же представляет сложность удаление остатков обгоревшей одежды при первичной обработке раны. При этом виде ожога поражаются чаще всего верхние дыхательные пути и органы зрения [18, с. 143].

- Жидкость. Небольшая, но глубокая площадь ожога, обычно это вторая или же третья степень.

- Пар. Не глубокая, но большая площадь ожога. Дыхательные пути поражаются чаще всего.

- Раскалённые предметы. Чаще всего это, вторая или четвёртая степень ожога, так как эти ожоги имеют особенность в чётких границах [20, с. 98].

Профилактика термических ожогов состоит в следующем: Не оставляйте раскаленную кухонную утварь в месте доступном детям. Не оставляйте включенный утюг и электрическую плиту. При использовании пароварки необходимо проявлять осторожность. Не следует надолго уходить и оставлять детей одних без присмотра. Также, не должно быть в зоне доступа детей включенного утюга или чайника.

Химические. Данный вид ожогов возникает наиболее часто из-за химически активных веществ:

- Кислоты.

Эти ожоги довольно неглубокие, но если ожог был получен результате воздействия концентрированных кислот, то поражение будет менее глубоким [19, с. 226].

- Щёлочи.

Если же ожог был получен из-за воздействия щёлочи, то воздействие на ткань будет более глубоким. Так как, коагулированный барьер из белка, не формируется.

- Соли тяжёлых металлов.

Данные ожоги по виду и клинике напоминают ожоги полученные в результате воздействия кислот. Чаще всего данные ожоги поверхностные.

Электрические.

Этот вид ожогов опасен при прохождении через область сердца, особенность данного вида в том, что он имеет маленькую площадь, но значительно большую глубину.

Лучевые.

Наиболее часто встречаются следующие виды излучения:

- Световое излучение. Преимущественно возникают из-за прямых солнечных лучей. Данные ожоги не глубокие, имеют первую или вторую степень [14, с. 306].

Ионизирующее излучение.

Данные ожоги, не глубокие. Наиболее распространенная причина солнечных ожогов — злоупотребление загаром в летний период. Скандинавский и светлый европейский тип кожи наиболее подвержен повреждениям подобного рода. Для такой кожи нужно выбирать защитное средство с максимальным коэффициентом защиты.

Меры профилактики ожогов помогут их избежать: с десяти часов утра до шестнадцати часов вечера следует избегать нахождения под прямыми солнечными лучами, так как в это время они наиболее активны. Перед выходом на открытое солнце всегда наносите на оголенные участки кожи крем SPF (с ультрафиолетовым фильтром) — он предотвратит появление ожогов. Во время летнего отдыха на море риск получения таких повреждений особенно велик, поэтому не пренебрегайте этими простыми правилами [11].

Профилактика и первая помощь при ожогах в результате солнечного воздействия заключаются в прекращении воздействия опасного источника. Необходимо срочно убрать пациента из-под солнечных лучей, поместив его в прохладное помещение. На лоб следует положить холодный влажный компресс.

Сочетанные. Данный вид ожогов возникает, когда на объект воздействуют сразу несколько факторов, которую имеют разную этиологию. К примеру кислота и пар.

Местно, по клиническим признакам, можно определять глубину поражения. Так, например, к местным признакам можно соотнести: формирование струпа, гиперемии, наличие пузырей [10].

Сохранение нервных окончаний и капилляров в части, кожи которая не была поражена поверхностными ожогами, выявляется с помощью диагностики.

Чаще всего при таких видах ожогов присутствует сохранение болевой чувствительности и гиперемия кожи.

Наиболее распространённые признаки поверхностных ожогов, являются образования коричневого или сероватого цвета струпа, который выстилается тонким слоем. А также, при поверхностных ожогах наблюдаются наличие пузырей.

Что касается глубоких ожогов, то при этих видах ожогов у обожжённого образуется струп сероватого, черного или коричневого цвета.

Если рассматривать ожоги более сложные, это чаще всего ожоги четвёртой степени, то при таких видах у ожжённого начинается обугливание кожи, в частых случаях обугливание может привести к разрывам в местах наибольшего поражения.

Помимо всего вышесказанного, при поражении кистей и стоп глубокими ожогами наблюдается симптом, который носит название «симптом перчаток». Этот симптом обусловлен отслоение верхних кожных покровов(эпидермиса) и безболезненным удалением ногтевой пластины [1, с. 163].

Так же очень важно определить на ряду со степенью ожога его общую площадь распространения. Еще с незапамятных времен люди научились определять площадь некоторыми способами.

Первый из них называется «правило девяток». Этот способ представляет в себе площадь отдельных частей тела, в процентном соотношении которые равны девяти. Таким образом, голова, шея будут иметь девять процентов, передней и задней поверхности туловища, промежность один процент, восемнадцать процентов, верхних конечностей по девять процентов, нижних по восемнадцать процентов [16].

Далее представлен способ, который носит название «правило ладони» Данный способ, чаще всего, применяется для определения небольшой площади ожога, но им так же можно определять более обширную площадь.

Площадь ладони у взрослого человека составляет один или же полтора процента всей поверхности его тела [16].

В дальнейшем, диагноз записывается по определениям глубоких ожогов с учётом их площади. Площадь и глубина поражения указываются в виде дроби, в числителе которой приводят общую площадь ожога и рядом (в скобках) - площадь глубокого поражения, в знаменателе - степень ожога.

Правило сотни складывают возраст больного и относительную величину ожоговой поверхности.

Если полученная сумма:

- меньше шестидесяти, прогноз благоприятный;
- семьдесят, прогноз относительно благоприятный;
- сто, прогноз сомнительный;
- более ста, прогноз неблагоприятный.

Индекс Франка. Индекс Франка получают при сложении площади поверхностных ожогов с утроенной площадью глубоких

Если индекс:

- меньше тридцати, прогноз благоприятный;
- шестьдесят, прогноз относительно благоприятный;
- девяносто, прогноз сомнительный;
- больше девяноста одного, прогноз неблагоприятный [15].

Классификация:

Первая степень. В данной степени происходит поражение эпителиальной ткани. Наблюдается гиперемия, болевой синдром с отеком пораженного участка. Выздоровление наступает через трое суток. Следов поражения не остается, так как поражённая ткань исчезает.

Вторая степень. Эта степень характерна тем, что поражается наиболее глубокие слои эпителия. Образуются пузыри с серозным содержимым. Заживление происходит за полторы недели.

Третья степень. Характеризуется тем, что поражение происходит во всех слоях вплоть до дермы [3, с. 122].

Третья А степень. Частично поражается дерма, дном раны служит неповреждённая часть дермы. Образуются пузыри с серозно-геморрагическим содержимым. Болевая чувствительность снижена.

Третья Б степень. Тотальная гибель кожи до подкожно-жировой клетчатки.

Четвёртая степень. Гибель подлежащих тканей, обугливание мышц, костей, подкожно-жировой клетчатки [9].

Недопущение ожога – лучшее средство от него. Соблюдайте меры предосторожности:

- не «гоняйтесь» за загаром и помните: лучшее время для принятия солнечных ванн до десяти утра и после четырёх вечера;
- не храните химических веществ в доступном детям месте;
- поражение глаз чаще происходит при работе без защитных масок на производстве, поэтому соблюдайте технику безопасности;
- не ставьте на край стола емкости с кипятком;
- проверяйте исправность бытовых электроприборов;
- рассказывайте детям об опасности химических веществ, костров, розеток;
- всегда оказывайте своевременную помощь при ожогах пострадавшему, не тяните время.

Ожоги опасны в любых своих проявлениях, особенно если возникло поражение глаз, любой части тела у ребенка, слизистой, пищевода, когда народные средства неэффективны. Только своевременная медицинская помощь поможет сохранить здоровье, а в некоторых случаях и спасти жизнь [12, с. 54].

1.2. Первая помощь и лечение ожоговых травм

Первая помощь при легких бытовых ожогах:

1. Слегка снизить температуру поражённого места, желательно прохладной водой в течении двух минут. Напор воды должен быть слабым.
2. Ожоги первой степени или небольшие ожоги второй степени можно лечить при помощи сертифицированных мазей или спреев от ожогов. Подобные мази должны быть изготовлены строго на водной основе.
4. Категорически запрещено смазывать ожоги маслом, жиром, кремом.
5. Категорически запрещено вскрывать самостоятельно пузыри.
6. Если ожог вызывает сильные боли, озноб или лихорадку - немедленно обратитесь к врачу [8, с. 304].

Оказание первой медицинской помощи при термических ожогах:

- 1) Немедленно устранить источник ожога;
- 2) Затем как можно скорее следует наложить на ожоговую поверхность сухую стерильную повязку [6, с. 206].

Необходимо помнить, что до наложения повязки обожжённую кожу нужно обильно полить холодной водой.

Срезание или прокалывание образовавшихся на коже пузырей категорически запрещается [15]!

Нужно не забывать и учитывать, что у детей ожоги протекают более тяжелее, нежели у людей более старшего возраста.

Первая помощь при ожогах полости рта

При первой помощи при таких видах ожогов пострадавшему необходимо дать выпить нейтрализующие жидкости: при ожогах кислотами для полоскания полости рта и глотки применяют известковую воду, мыльную воду. При ожогах щелочами - воду, подкисленную лимонным соком. Непременно нужно вызвать «скорую помощь» для проведения дальнейших мероприятий [10].

Первая помощь при ожогах кислотами и щелочами

При данных видах ожогов, кислоту необходимо немедленно смыть струёй холодной воды около сорока минут, так же можно применять мыльный раствор воды или же не концентрированный раствор соды.

Наиболее сильные повреждения бывают при воздействии щелочей. Данный вид ожога нужно так же подвергнуть воздействию воды или же раствору лимонной кислоты [15].

Первая помощь при ожогах органов зрения

Правила первой помощи при ожогах глаз зависят от вида ожога. Изначально необходимо убедиться, что в глазе и вокруг него нет повреждающих его веществ. Если есть, немедленно их удалить. Это можно сделать марлевым тампоном или салфеткой. После этого необходимо глаз промыть водой [21, с. 144].

Распространённые ошибки при оказании первой помощи.

Не оценивается тяжесть сопутствующих травм. Прежде чем транспортировать больного, следует проверить наличие переломов, вывихов, проходимость дыхательных путей [5].

Самостоятельное очищение ожоговых ран при отсутствии перевязочного материала и адекватного обезболивания, неверное наложение повязок, приводит к усилению отёка и ухудшению состояния больного.

Неправильная сортировка пострадавших. Оказание помощи в первую очередь тем, кто громко кричит и просит помочь, приводит к тому, что более тяжёлые больные, находящиеся без сознания или в шоке, погибают, не получив своевременной помощи [11].

Профилактика ожогов

Важно соблюдать правила пребывания на солнце и стараться не допускать перегрева, особенно у детей и пожилых людей. Очень важно соблюдение правил техники безопасности при работе с химикатами и с открытым пламенем!

Лечение ожоговой болезни должно быть комплексным и складываться из нескольких ключевых моментов. К основным из них относятся: борьба с шоком, лечение кожных поражений, профилактика и лечение инфекционных осложнений [4, с. 196].

Лечение ожогов, если используются народные «лекарства», надо проводить под медицинским контролем, если поражение занимает не большую площадь и не глубокие, используются такие народные средства:

- сок алоэ;
- капустная каша;
- крепкий чай;
- свежий яичный желток;
- сырой картофель;
- натертая морковь [7, с. 86].

В качестве помощи при ожоге эти народные препараты используются, когда нет волдырей, больших ран. Средством надо намазать покрасневший участок, можно накрыть его стерильной повязкой. Допустимо делать компрессы на ночь, если возник ожог руки или ноги, которую можно забинтовать [5].

Перед тем как лечить ожог, применяя народные средства, желательно показаться врачу. Помните, любые народные средства недопустимы, если рана обширная, есть кровотечение, волдырь, обугливание. Тем более не применяются народные «лекарства» при ожоге термическом, электрическом, глаз или химических воздействиях. Все народные средства призваны снять отек, регенерировать ткани, дезинфицировать рану [15].

1.3. Особенности ухода за пациентами с ожогами

Благополучный исход болезни на восемьдесят процентов зависит от правильного ухода. В особенности ухода, играет важную роль тщательный контроль за состоянием кожи.

Как известно, физиологические отправления больной осуществляет в не комфортном для него положении. Поэтому, возможно загрязнение одежды, повязок. После акта дефекации, а у женщин и мочеиспускания необходимо обтирание промежности и проводить подмывание [10].

Так как большинство больных подвигаются простудными заболеваниями, необходимо обучить больного дыхательной гимнастике, проводить ее каждый день под присмотром специалистов.

Чтобы быстрее восстановить организм и дать ему новые силы, больной должен получать легко усвояемую и богатую белками пищу. Особенно полезными продуктами для этого являются молочные продукты и нежное мясо.

Зачастую у больных выявляется отсутствие аппетита. И при этом, медицинская сестра обязана добиться употребления положенного объема пищи. Употребляемая пища должна быть вкусно приготовлена и не однотипная, а разнообразная. Если же кормление затруднено, то лучше всего проводить кормление с помощью зонда [13].

Зачастую, больные от эмоциональной нагрузки очень раздражительны. В данной ситуации, медсестра должна очень внимательно относиться к больному, ласково, но настойчиво добиваться выполнения всех назначений [9].

В виду того, что в период эпителизации и рубцевания ожога у больного наблюдаются боли, в ряде манипуляций в период ухода больному показана лечебная гимнастика. Если же медицинская сестра не в полной мере выполняет предписания некоторых назначений, то это может стать причиной тяжелой инвалидности.

Уход за ожоговой поверхностью зависит от избранного способа лечения. Самое большое внимание медицинская сестра должна уделять больным при лечении открытым способом. К примеру, температура в палате, должна быть двадцать пять градусов. Далее, ежедневно необходимо осуществлять смену стерильной простыни, так как во время открытого способа лечения зачастую возникают инфекционные осложнения [7, с. 149].

Вовремя лечения ожогов под повязкой, наиболее важным аспектом ухода является очень чистое содержание повязки и кожи вокруг ожога. При загрязнении и промокании повязки необходимо проводить смену ее верхних слоёв, а полную смену повязки осуществлять примерно через девять дней. Во время перевязки у больного возникают значительные боли, для их уменьшения, необходимо применяют обезболивающие. Часто для уменьшения болей производят отмачивание повязок с помощью местных или общих ванн в слабых растворах марганцовокислого калия.

Во время подготовки к перевязкам общие или местные ванны с антисептиками для уменьшения травматизации тканей. Изначально больного усаживают в ванну с теплым раствором калия перманганата. Если же у больного достаточно небольшой участок поражения, то повязка смачивается раствором калия перманганата или перекисью водорода. Когда наступает момент обработки небольших ожоговых поверхностей, перед манипуляцией, больным вводят анальгетики, а при обработке больших поверхностей дают наркоз [5].

Так же при уходе за больным медицинская сестра должна выполнять следующие назначения:

- проведения профилактики пролежней;
- организация диетического питания. Пища должна быть высококалорийной, богатой белками, витаминами, минеральными солями;
- осуществлять помощь в проведении гигиенических мероприятий;
- осуществлять помощь при повышении температуры;

- проводить беседы с пациентом и родственниками [10].

Термические повреждения кожи быстро проходят, но уход за кожей после ожога на этом не заканчивается. Ускорить процессы заживления помогают народные средства. Прекрасно действуют на кожу компрессы из петрушки. Приложите пучок на ночь к ране и затяните его слегка бинтом. Если вы листья петрушки предварительно помнете, компресс получится гораздо полезнее.

Снять покраснение поможет специальная маска. Для ее приготовления необходимо взять сливочное масло и воск в соотношении два к одному, разогреть их на водяной бане, добавить немного лимонного сока и охладить до комнатной температуры. Накладывайте эту маску на затянувшуюся рану, она хорошо смягчит кожу, пропитает ее и успокоит.

Проявляя заботу о коже после заживления раны, мы помогаем организму справиться с сильнейшим стрессом. Поэтому используйте для этого все: народные рецепты, косметологические средства, полезные процедуры, инновационные методики [12, с. 89].

Правильный уход за кожей после ожогов помогает предотвратить образование вторичной гиперпигментации, а значит, сохранит ее прежний здоровый внешний вид.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

2.1. Организационная характеристика ожогового отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

В отделении работают высококвалифицированные врачи, четверо из которых имеют высшую и два врача первую категории, медицинские сестры с высшей, первой и второй квалификационной категорией, пять человек младшего медицинского персонала.

Отделение оборудовано достаточным количеством коек, семь из которых предназначены для детей. Имеется необходимый инструментарий и оборудование для осуществления лечебного процесса на достаточно высоком уровне.

Одной из важных проблем современной комбустиологии является активное хирургическое лечение больных с глубокими ожогами. В основе его лежит принцип восстановления утраченного кожного покрова в сроки, когда еще сохранены регенераторные способности организма и не развились опасные для жизни осложнения ожоговой болезни, такие как: дистрофические изменения, возникающие быстрее, чем удастся осуществить пластическое закрытие больших площадей способствующие развитию гнойно-септических осложнений и ожогового истощения.

С целью интенсификации лечебного процесса, в ожоговом отделении внедрен метод ранней некрэктомии с одномоментной пластикой местными тканями при ограниченных глубоких поражениях и одномоментной или отсроченной аутодермопластикой расщепленными лоскутами при обширных поражениях кожных покровов.

Внедрены и широко используются различные методы экономных видов кожной пластики, иногда в сочетании с применением культур аллогенных

диплоидных фибробластов, супернатанта эмбриональных и взрослых фибробластов, что позволило значительно уменьшить количество осложнений ожоговой болезни у тяжелых больных, а также сократить сроки их лечения.

Так же в отделении, широко применяются и внедряются новые методики, помогающие при уходе за ожоговыми больными, которые значительно упрощают и улучшают уход за пациентами.

2.2. Анализ статистических данных ожогового отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

Исходя из полученных статистических данных в ожоговом отделении ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» нами были исследованы динамические изменения в отделении за 2016-2018 год.

В первую очередь мы исследовали динамику поверхностных и глубоких поражений ожоговых ран (Рис. 1).

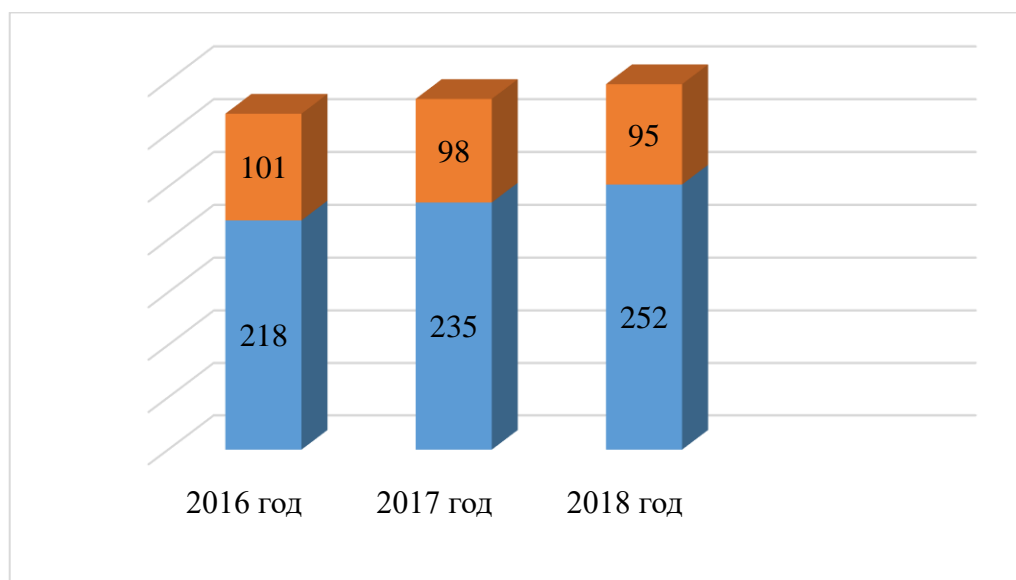


Рис. 1. Распространенность ожогов на период 2016-2018 года.

Можно сделать вывод, что наибольшее число больных с ожоговой травмой в отделении находилось в 2018 году.

На момент две тысячи восемнадцатого года в отделении находилось 347 человек, из них на долю поверхностных ожогов приходилось 252 человека, а на долю глубоких 95 человек. Если брать эти показатели в сравнении с 2017 и 2016 годом, то разница составит с 2016 годом - 28 человек, а с 2017 годом - 14 человек. И эти показатели доказывают, что каждым с годом в отделении растет нагрузка на медицинский персонал и число пострадавших увеличивается.

Далее мы наблюдаем динамику территориальной принадлежности больных, а именно распределение больных поступающих из города и из села (Рис. 2).

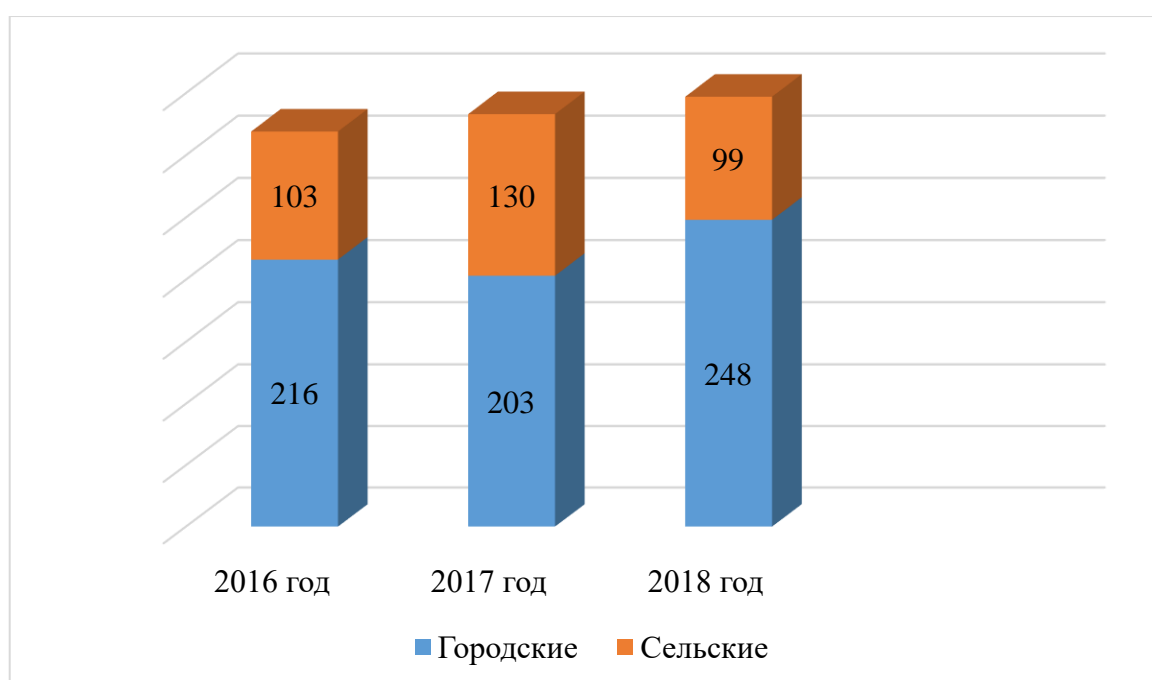


Рис. 2. Территориальная принадлежность больных в отделении за период 2016-2018 гг.

Проведя анализ статистических данных, мы можем полагать, что каждый год в отделении значительно выше показатель больных прибывших из города, нежели чем из села. Так по данным статистики за 2016 год в отделении находилось 216 человек из города, 103 человека из села. В 2017 году в отделении находилось 203 человека из городской местности и 130 из сельской. Что касается 2018 года, то в этом году показатели были намного выше чем в предыдущих и в отделении находилось 248 человек из города и 99 из села.

На данной таблице 1 мы наблюдаем динамические изменения за три года, касающиеся последствий ожоговых поражений.

Таблица 1

Последствия ожогов на период 2016-2018 год

Год	Всего	Городские	Сельские
2016	55	43	12
2017	34	18	16
2018	145	111	34

Полагаясь на полученные статистические данные в отделении нам стало известно, что в 2016 году в отделении было 55 человек страдающих от последствий ожоговой травмы. В дальнейшем этот показатель уменьшился и в 2017 году он составил 34 случая. Что касается 2018 года, то в этом году было наибольшее число человек, страдающих от ожогового поражения, в связи с этим число последствий выросло и составило 145 случаев.

Исходя из анализа полученных данных, мы можем сделать вывод, что число последствий, возникших после полученных ожогов, за период с 2016 по 2018 годы, выросло втрое.

2.3 Анализ исследовательской работы

В ходе исследовательской работы мы провели анкетирование (Приложение 1), в котором приняли участие 32 медицинские сестры. Данные полученные в ходе анкетирования представлены в диаграммах.

Изначально наше анкетирование мы начали с общей информации, для того чтобы познакомиться с персоналом, который работает в отделении.

Таким образом возрастной состав среднего медицинского персонала, принявшего участие в анкетировании, составил от 20 до 49 лет (Рис. 3).

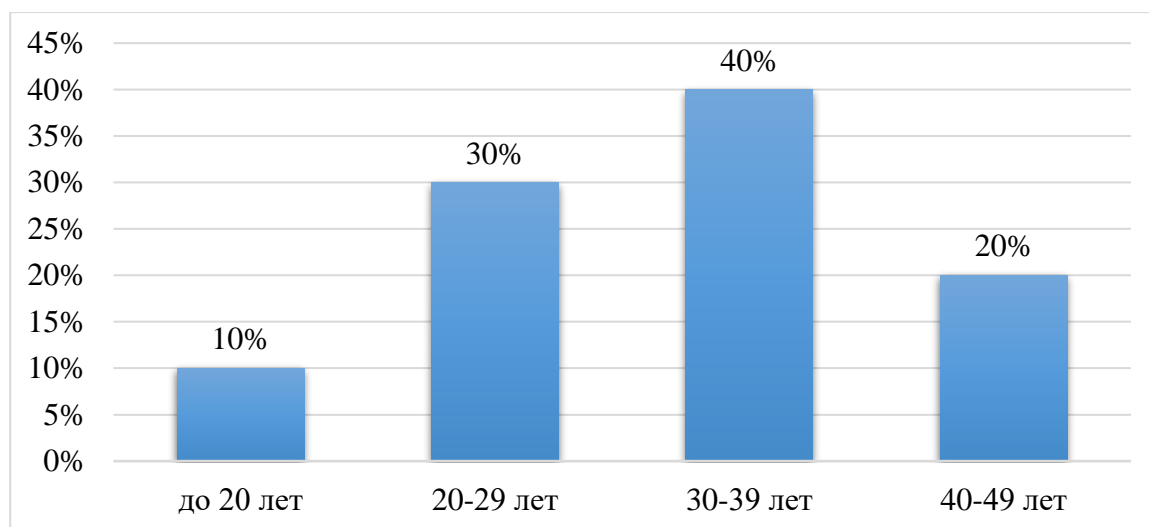


Рис. 3. Возраст медицинского персонала.

Нами было выявлено, что самый молодой персонал в отделении, это люди до двадцати лет, что составляет 10% от всего количества анкетированных. А наиболее высокий процент из всех - это персонал в возрасте от тридцати до сорока лет, что составляет 40 % от всего медицинского персонала, прошедшего анкетирование. Так же персонал в возрасте от 20 до 29 составил 30 %.

Проанализировав следующий вопрос, мы видим, что средний медицинский персонал, принявший участие в анкетировании, является грамотным и высококвалифицированным, имеет большой стаж работы, у половины анкетированных стаж работы составляет от пяти до десяти лет (Рис. 4).

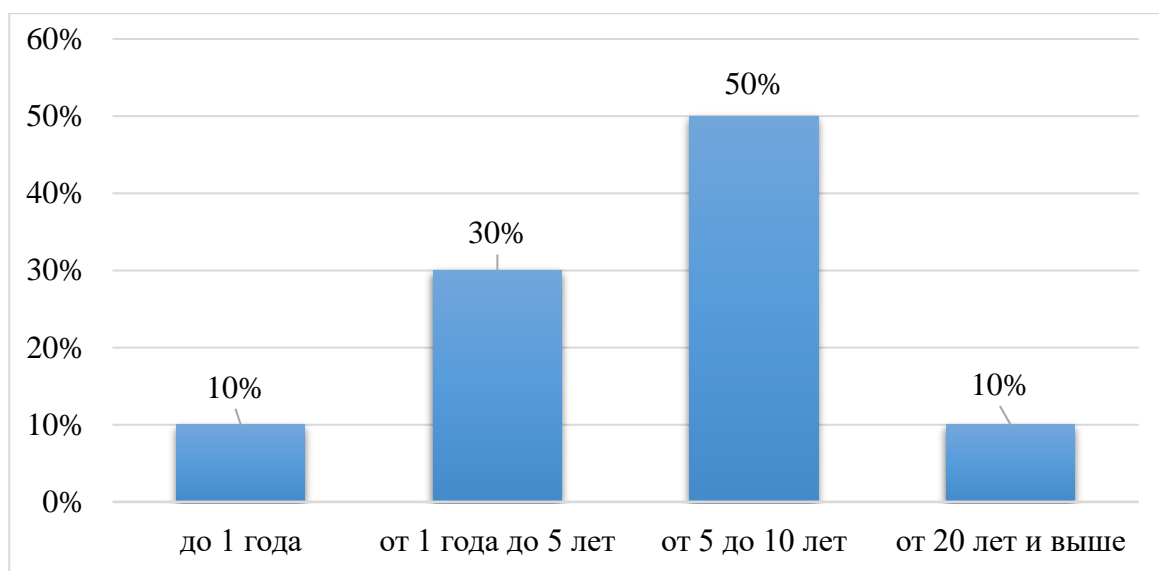


Рис. 4. Стаж работы в отделении.

Данный анализ, показывает нам, что в отделении работают не только люди с большим стажем работы и высоким профессионализмом, но и охотно вливаются в ряды специалистов новые кадры. Количество которых хоть и не велико, а именно 10% от всего числа анкетированных, но неизменно важно, для будущего полноценного функционирования отделения. Персонал имеющий стаж работы от 1 года до 5 лет составляет 30%, от 20 лет и выше составляет 10%.

На следующей диаграмме, проведя анализ ответов нами было выявлено, что 49% среднего медицинского персонала, принявшего участие в анкетировании, имеют высшую квалификационную категорию, 32% имеют первую квалификационную категорию, а оставшиеся 19%, вторую квалификационную категорию (Рис. 5).

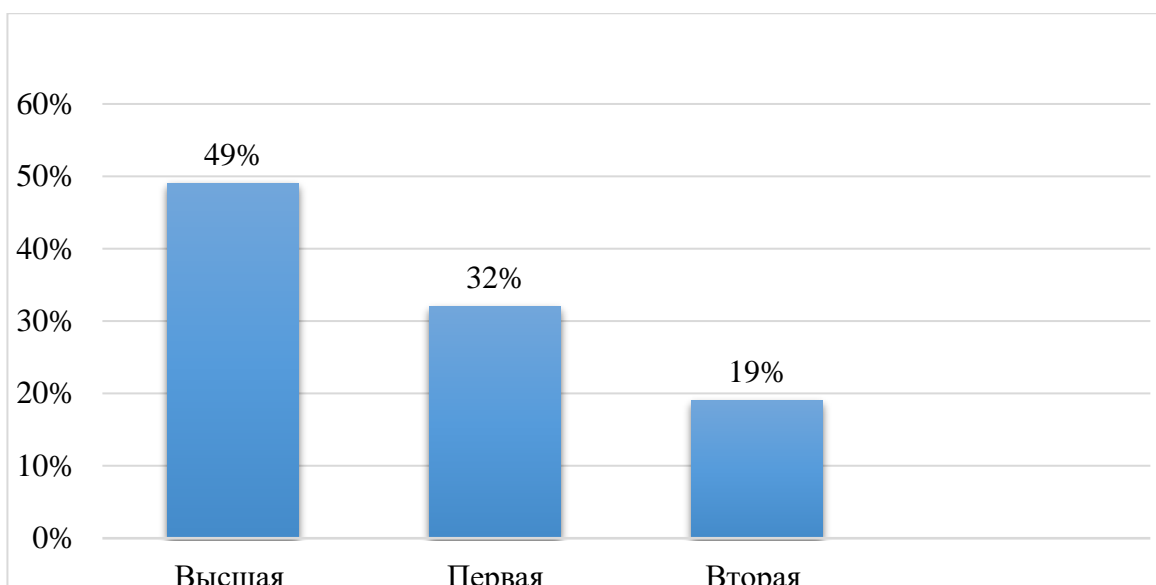


Рис. 5. Квалификационная категория медицинского персонала.

Этот показатель говорит о том, что в ожоговом отделении работают специалисты высокого уровня, которые на практике доказывают профессионализм в своём деле.

Далее мы анализируем вопрос касающийся повышения категории, а именно, как часто повышают свою квалификационную категорию персонал (Рис. 6)

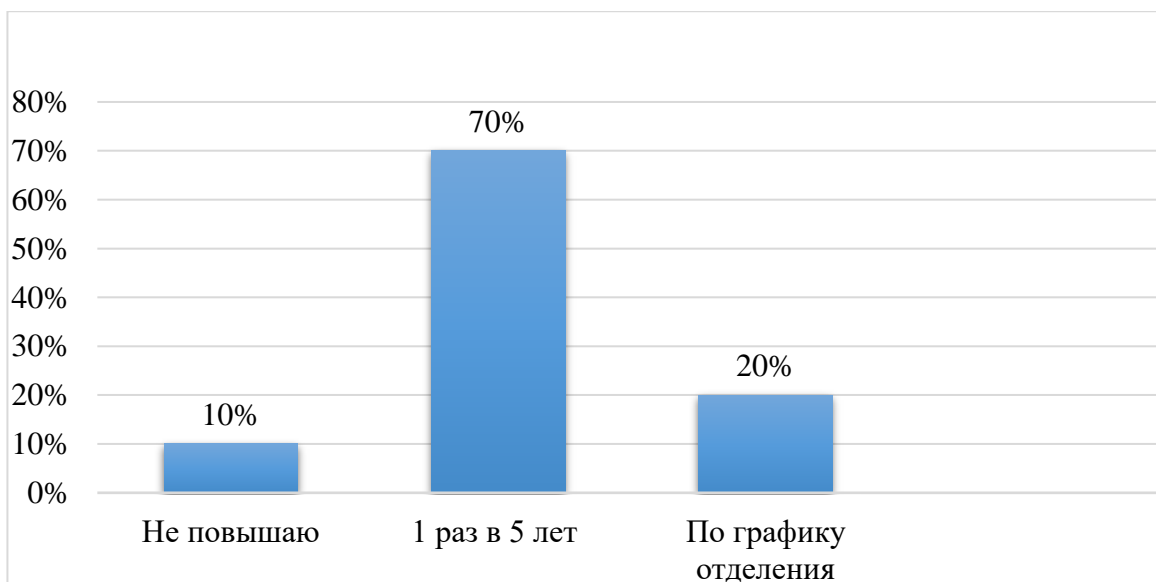


Рис. 6. Повышение квалификационной категории.

И в ходе исследования нам стало известно, что 70% анкетированного персонала повышают свою квалификационную категорию один раз в пять лет. Так же мы выяснили, что 20% по графику отделения, а 10% не заинтересованы в повышении своей категории.

Нами представлена следующая диаграмма, где мы наблюдаем среднюю продолжительность пребывания больного в отделении (Рис. 7).

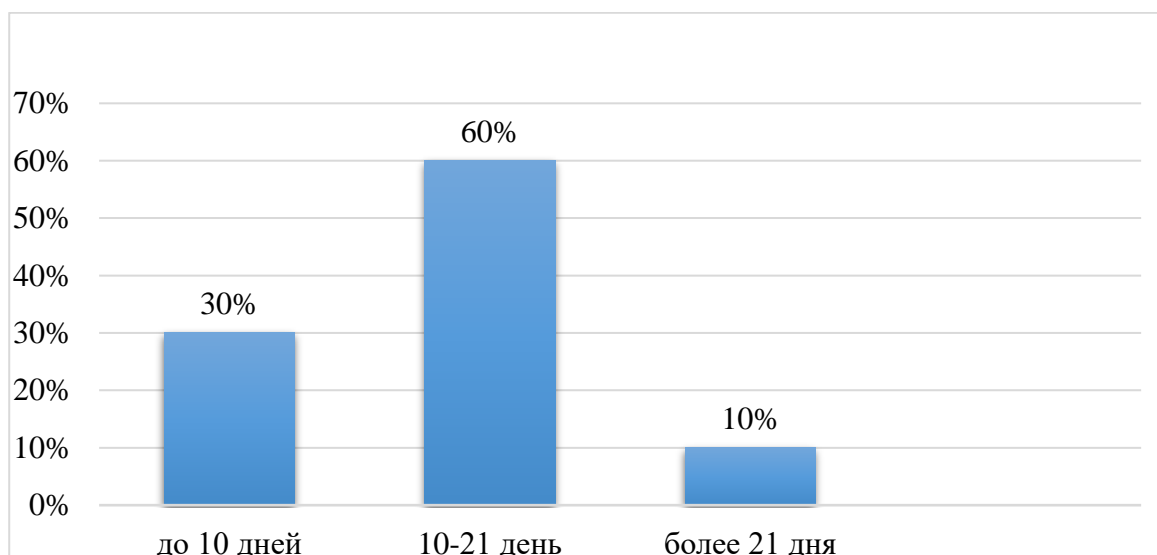


Рис. 7. Время пребывания больного на лечении.

Проведя анализ, нами было выявлено такая закономерность, что пребывание больного в стационаре зависит от тяжести и площади повреждения, правильности оказываемого сестринского ухода. Выявили, что в 60% случаев пребывание составляет от 10 до 21 дня, 30% до 10 дней и 10% более 21 дня. Можно сделать вывод, что уровень оказываемой помощи в отделении достаточно высок и пациенты вновь возвращаются в привычный ритм жизни.

На следующей диаграмме нами представлен анализ мнений на поставленный вопрос о том, достаточно ли медицинской сестре времени для осуществления полноценного ухода за пациентами (Рис. 8).

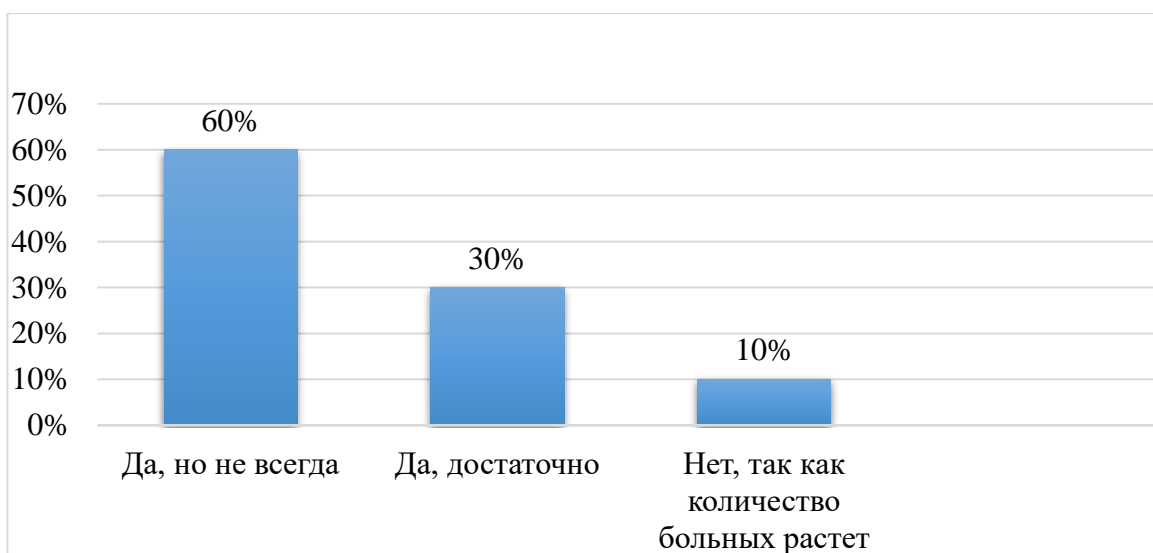


Рис. 8. Реализация полноценного ухода.

В ходе исследования, мы выяснили что медицинской сестре не всегда достаточно времени для осуществления ухода за всеми пациентами, так ответили 60%, 30% считают, что им достаточно времени, а остальные 10% не успевают оказать полноценный уход всем пациентам из-за постоянного их роста. Согласно этим данным мы разработали рекомендации, которые помогут руководству улучшить работу в отделении и дадут преимущество медицинским сестрам в обеспечении полноценного ухода.

Переходя к анализу ответа на вопрос: возникали ли осложнения у пациентов из-за того, что Вам не хватало возможности и знаний по современным методикам, применяемым в уходе. Мнения разделились: 60 % считают, что осложнения не возникали, 30 % считают, что возникали, но редко и 10% считают, что осложнения возникают из-за нехватки знаний (Рис. 9).

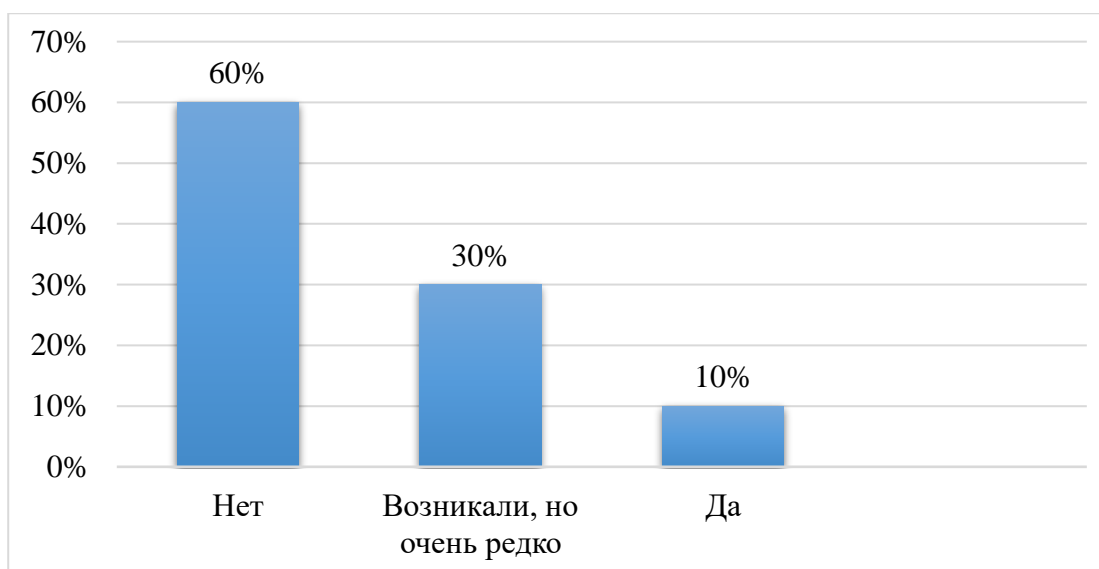


Рис. 9. Возникновения осложнений.

Если же в процессе ухода возникают осложнения, то анализируя допущенные ошибки необходимо свести их к минимуму. Поэтому, необходимо регулярно повышать уровень знаний и навыки персонала.

Переходя к следующей диаграмме мы можем наблюдать перечень наиболее частых осложнений возникающих у пациентов (Рис. 10).

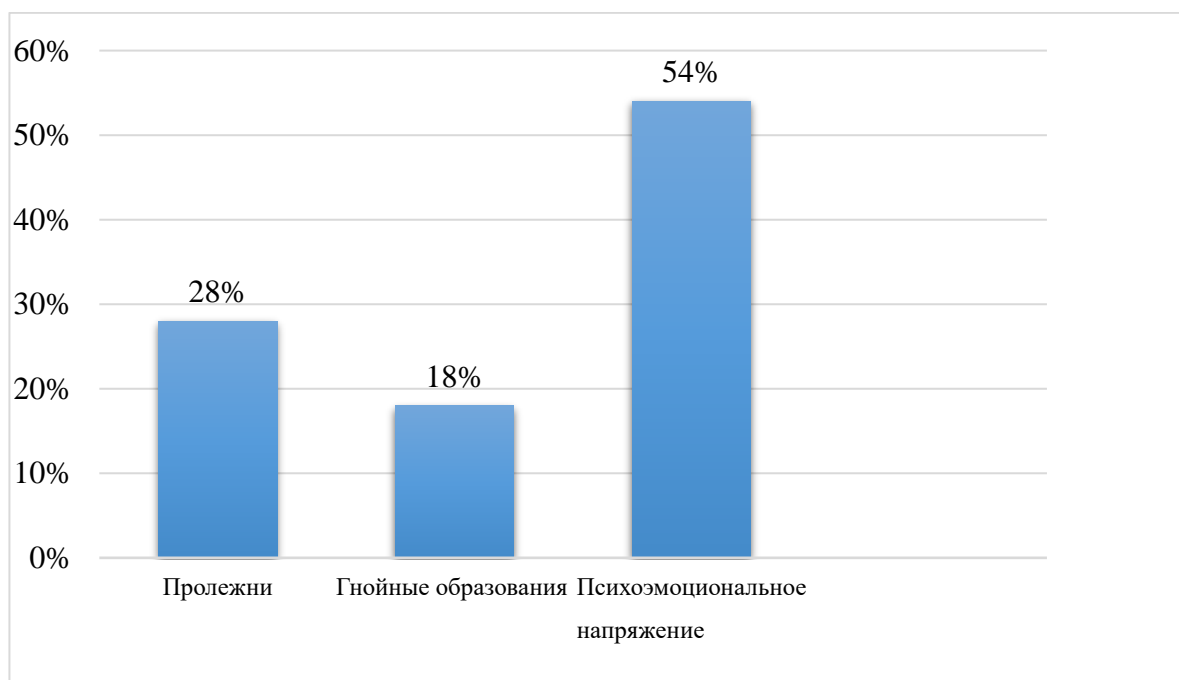


Рис. 10. Осложнения возникающие у пациентов.

Данная диаграмма показывает нам перечень самых распространённых осложнений, которые возникают у пациентов, по мнению персонала, в результате некачественного или не достаточного ухода. Самым распространённым – 54% оказалось психоэмоциональное напряжение, возникающее в первую очередь из-за полученной травмы, 28% составили пролежни и 18% местные гнойные осложнения.

На следующей диаграмме мы можем видеть, число респондентов, которые владеют навыками оказания неотложной помощи пострадавшим с ожоговой травмой, как выяснилось в результате опроса ими владеют 87% опрошенных, 8% владеют частично и 5% не владеют, но хотели бы овладеть (Рис. 11).

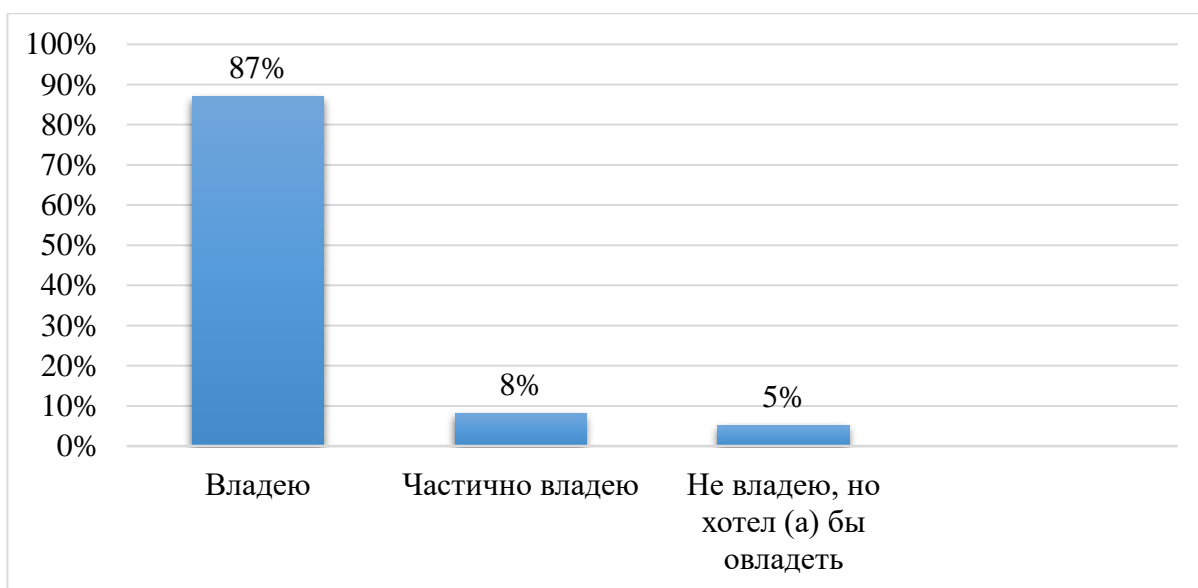


Рис. 11. Навыки оказания неотложной помощи.

Проведя опрос, мы выявили, что в отделении не все работники в полной мере владеют навыками оказания неотложной помощи, а это значит процесс лечения затянется на более длительное время. Поэтому необходимо проводить инструктаж по оказанию помощи в экстренных случаях.

Следующая диаграмма показывает нам, как часто персонал контролирует состояния пациента, интересуется его самочувствием, осуществляет смену повязок (Рис. 12).

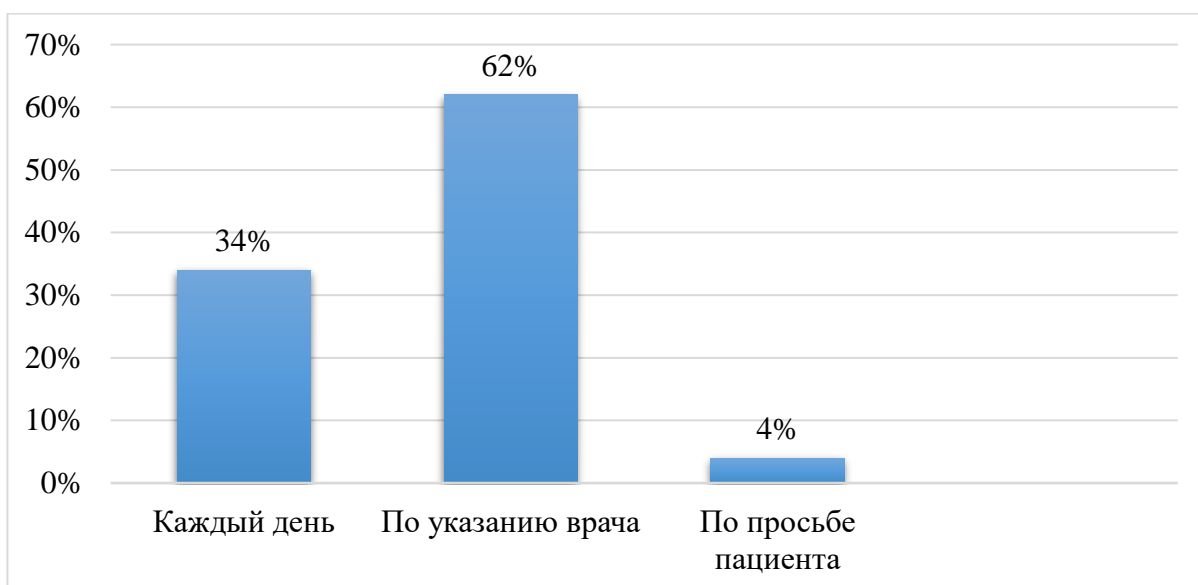


Рис. 12. Контроль за состоянием пациента.

Исходя их анализа, мы видим, что в большинстве случаев 62% смена повязок и контроль состояния пациента реализуется только по указанию врача, 34% контролируют каждый день и 4% непосредственно по просьбе самого пациента.

На следующей диаграмме представлены ответы анкетированных о их объективном мнении по поводу влияния психоэмоционального состояния пациентов на исход и течения болезни. И по результату опроса было выявлено, что 74% считают, что хорошее психоэмоциональное состояние благоприятно сказывается на здоровье больного и стараются всячески этому способствовать, 21% согласны с мнением положительного психоэмоционального состояния, и 5% не согласны с мнением. По мнению многих психологов, психологический настрой и его общее состояние играет важную роль в жизни, в целях и в здоровье человека (Рис. 13).

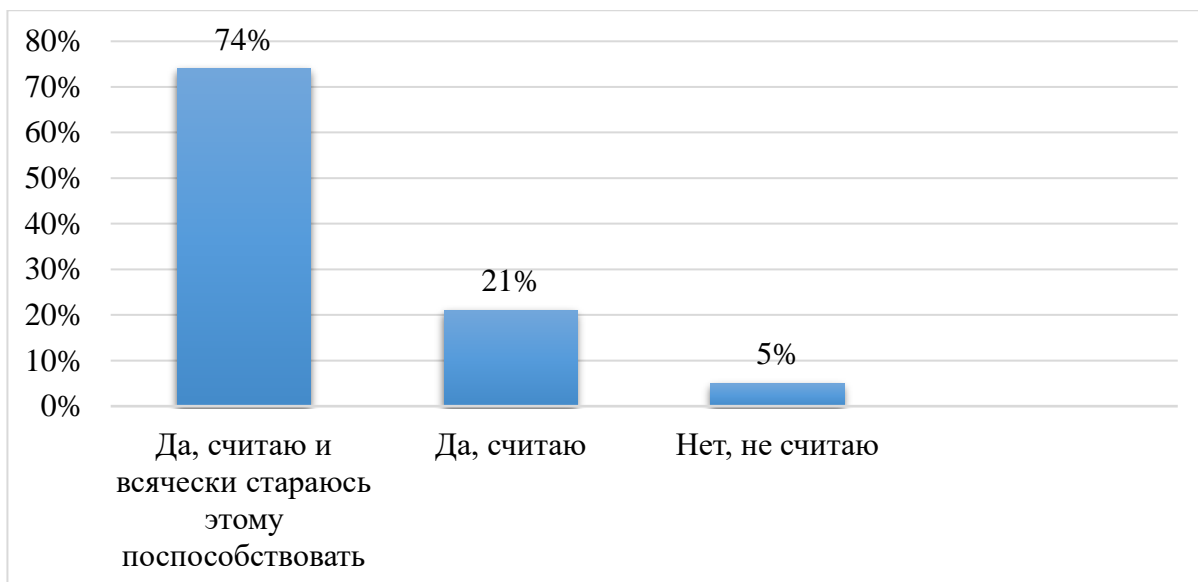


Рис. 13. Влияние психоэмоционального состояния.

Далее мы спросили у респондентов о подготовке пациента медицинским персоналом к различным видам диагностических процедур (Рис. 14).



Рис. 14. Проведение подготовки пациентов к диагностическим процедурам.

Исходя из анализа, мы можем сделать вывод, о том, что не все анкетированные в полной мере выполняют свою работу, 71% проводит подготовку, 26% проводит, но не всегда и 3% не считают этот вид манипуляций значительно важным и не проводят ее.

Далее мы поинтересовались, проводит ли персонал беседы на тему оказания помощи при ожогах в быту. И 64%, опрошенных ответили, что проводят беседы, 15% проводят, но не всегда и 21% не проводят вовсе (Рис. 15).

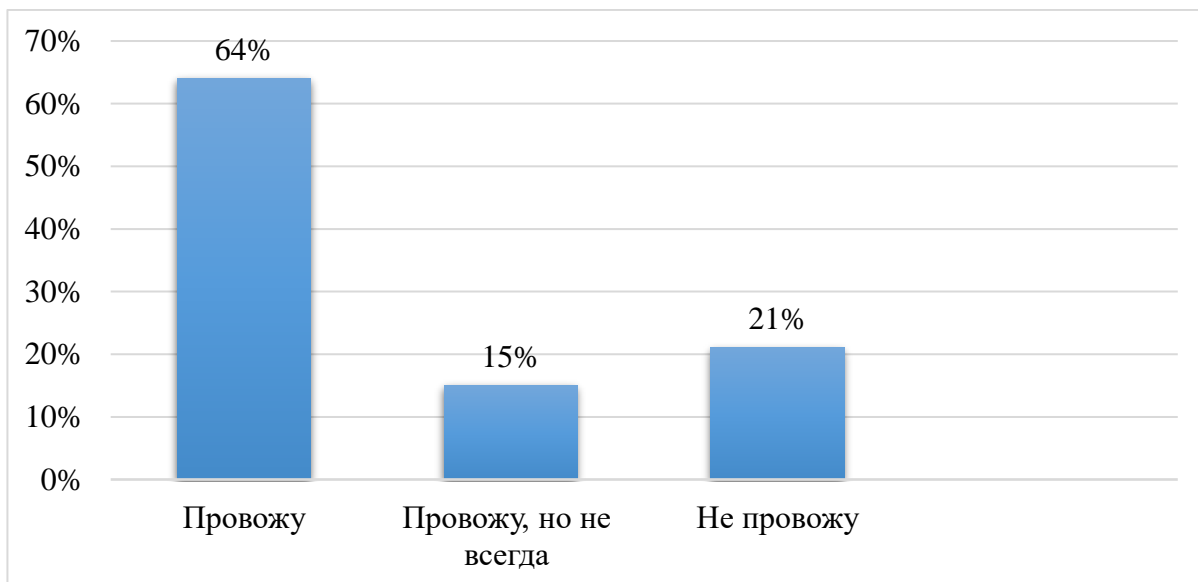


Рис. 15. Проведение бесед на тему профилактики ожогов в быту.

В ходе анализа данного вопроса, нами был сделан вывод, что не все сотрудники прошедшие данное анкетирование применяют в своей деятельности метод, включающий беседы с пациентами и их родственниками, по оказанию помощи при ожогах, чтобы в дальнейшем предотвратить возможные осложнения.

Переходим к следующему анализу. В данной диаграмме мы исследуем вопрос, касающийся рекомендаций, которые дают медицинские сестры пациенту по само уходу или его близким по уходу (Рис. 16).

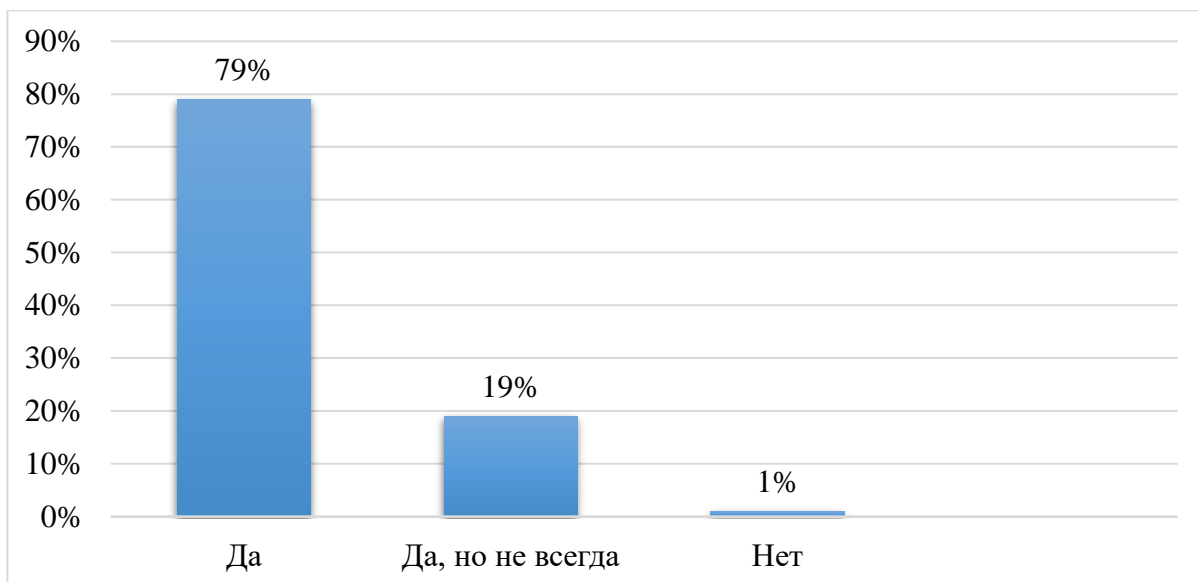


Рис. 16. Рекомендации пациенту по само уходу и близким по уходу.

По результатам исследования 79% дают рекомендации и регулярно применяют в своей практике их, 19% дают, но не всегда, и только 1% не применяет их в своей практике. Важно отметить, что такие рекомендации способствуют сокращению сроков лечения и возникающих осложнений.

Далее мы предложили дать объективную оценку качеству своей работы. Оказалось, что 50% опрошенных довольны качеством своей работы и считают, что они справляются со своей работой хорошо. 40% респондентов дали оценку отлично, 10% оценили удовлетворительно (Рис. 17).

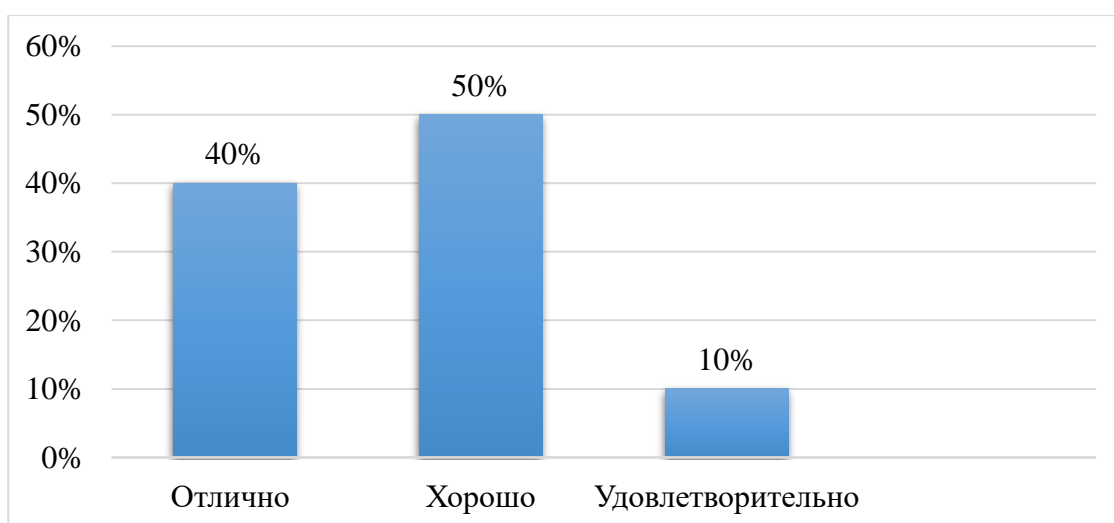


Рис. 17. Оценка качества своей работы.

Мы также задали вопрос, о том, как, по личному мнению, сотрудников они охарактеризуют свою работу. Более половины опрошенных, а именно 63% довольны и оценили положительно свою деятельность. 24% считают ее спокойной, не требующей особого напряжения, 13% анкетированных ответили, что их работа для них является монотонной, однотипной и скучной, вариант тяжелая и неинтересная не выбрал ни один человек (Рис. 18).

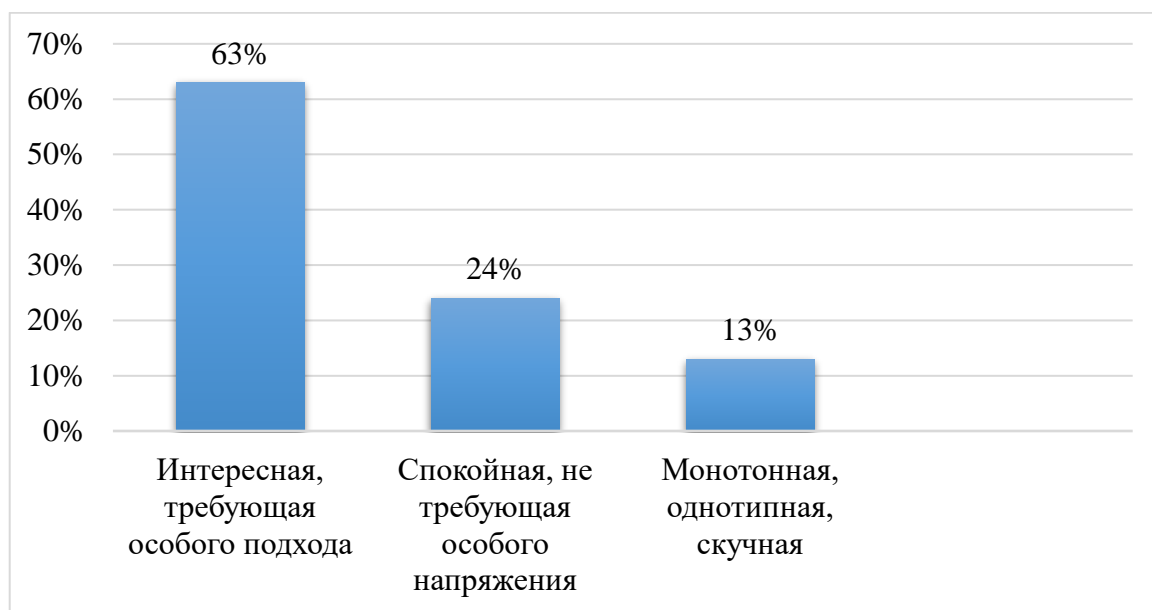


Рис. 18. Личное представление персонала о работе.

Как доказано на практике, если человек занимается какой-либо деятельностью, и это дело приносит ему удовольствие и является для него интересным занятием, то повышается продуктивность, организованность рабочего времени и качество выполняемой работы становится выше.

В ходе анкетирования мы также затронули тему, которая касается оплаты труда, а именно вопрос о том, хотели ли бы респонденты введению дополнительной стимуляции по оплате труда (Рис. 19).

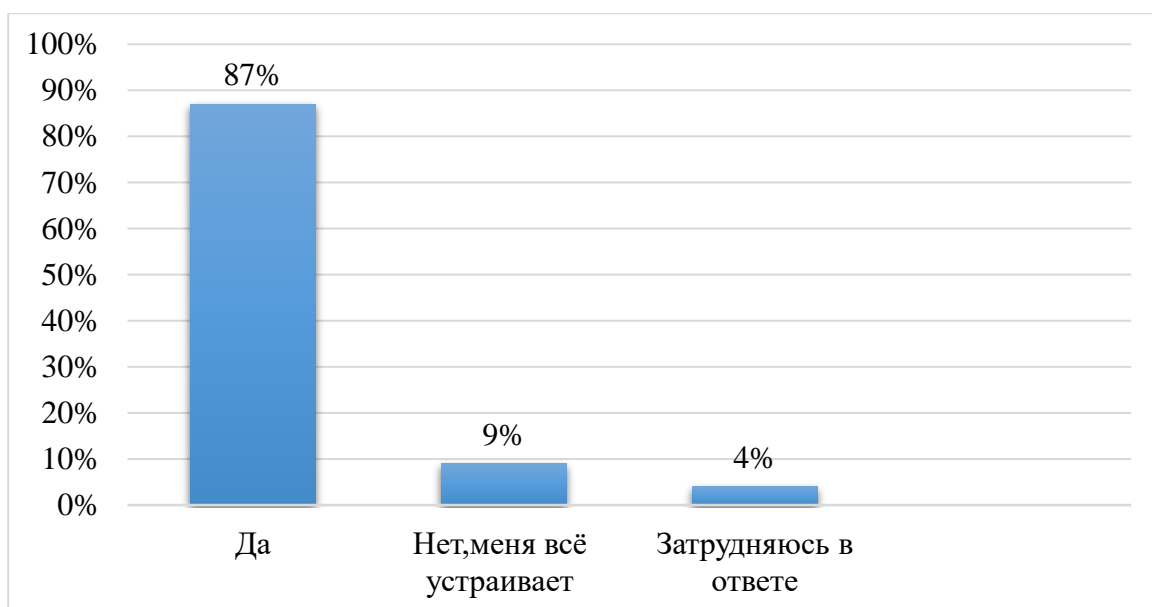


Рис. 19. Дополнительная стимуляция по оплате труда.

Исходя из данных, мы можем сделать вывод, что 87% опрошенных, за введение дополнительной стимуляции оплаты труда, 9% опрошенных все устраивает, и затруднились с ответом 4%.

И в заключении нашего анкетирования, мы поинтересовались, о предложениях по улучшению качества сестринской помощи в отделении (Рис. 20).

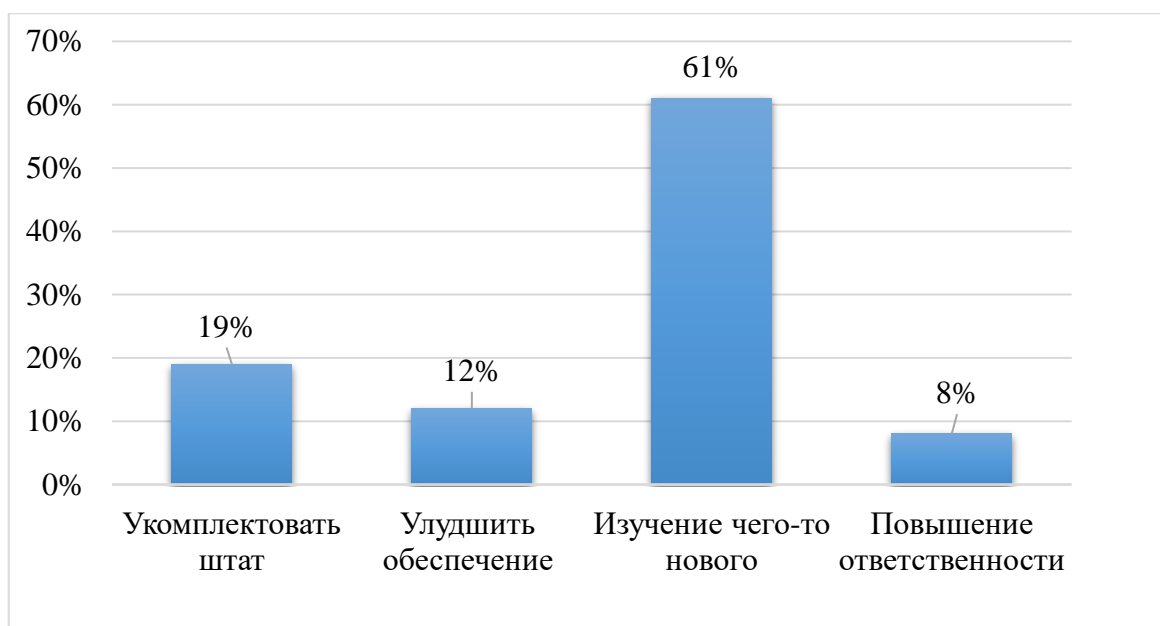


Рис. 20. Предложения по улучшению качества помощи.

Мнения разделились, большинство анкетированных - 61% выбрали повышение грамотности персонала и регулярные тематические занятия по новым технологиям ухода за пациентами, 19% за до комплектацию штата медицинским персоналом, 12% хотят улучшить материально-техническое обеспечение в отделении, 8% предложили повышать ответственность персонала к своей работе проводя опрос пациентов.

В ходе проделанной работы можно сделать следующие выводы:

– самый молодой персонал в отделении, это люди до двадцати лет, что составляет 10% от всего количества анкетированных, персонал в возрасте от тридцати до сорока лет составляет 40 %, а персонал в возрасте от 20 до 29 составил 30%;

– в отделении работают не только люди с большим стажем работы и высоким профессионализмом, но и охотно вливаются в ряды специалистов новые кадры их количество составляет 10% , персонал имеющий стаж работы от 1 года до 5 лет составляет 30%, от 5 лет до 10 лет составляет 50%, от 20 лет и выше составляет 10%;

– 49% среднего медицинского персонала, принявшего участие в анкетировании, имеют высшую квалификационную категорию, 32% имеют первую квалификационную категорию, а оставшиеся 19%, вторую квалификационную категорию;

– 70% анкетированного персонала повышают свою квалификационную категорию один раз в пять лет. Так же мы выяснили, что 20% по графику отделения, а 10% не заинтересованы в повышении своей категории;

– пребывание больного в стационаре зависит от тяжести и площади повреждения, правильности оказываемого сестринского ухода. Выявили, что 60% случаев пребывания составляет от 10 до 21 дня, 30% до 10 дней и 10% более 21 дня;

– уровень оказываемой помощи в отделении, медицинской сестре не всегда достаточно времени для осуществления ухода за всеми пациентами, так

ответили 60%. 30% считают, что им достаточно времени, а остальные 10% не успевают оказать полноценный уход всем пациентам из-за постоянного их роста;

– возможные осложнения, 60 % считают, что осложнения не возникали, 30 % считают, что возникали, но редко и 10% считают, что осложнения возникают из-за нехватки знаний;

– в ходе анкетирования нам стали известны, какие осложнения встречаются в отделении, самым распространённым – 54% оказалось психоэмоциональное напряжение, возникающее в первую очередь из-за полученной травмы, 28% составили пролежни и 18% местные гнойные осложнения;

– что касается уровня владения навыками оказания неотложной помощи пострадавшим с ожоговой травмой, как выяснилось в результате опроса ими владеют 87% опрошенных, 8% владеют частично и 5% не владеют, но хотели бы овладеть;

– мы выяснили, что в большинстве случаев 62% смена повязок и контроль состояния пациента реализуется только по указанию врача, 34% контролируют каждый день и 4% непосредственно по просьбе самого пациента;

– 74% считают, что хорошее психоэмоциональное состояние благоприятно сказывается на здоровье больного и стараются всячески этому способствовать, 21% согласны с мнением о психоэмоциональном состоянии, и 5% не согласны с мнением;

– исходя из анализа, вы можем сделать вывод, о том, что не все анкетизируемые в полной мере выполняют свою работу по подготовке пациента к исследованию, 71% проводит подготовку, 26% проводит, но не всегда и 3% не считают этот вид манипуляций значительно важным и не проводят ее;

– 64%, опрошенных ответили, что проводят беседы по оказанию помощи при ожогах, 15% проводят, но не всегда и 21% не проводят вовсе;

– 79% дают рекомендации по само уходу и регулярно применяют в своей практике их, 19% дают, но не всегда, и только 1% не применяет их в своей практике;

– 50% опрошенных довольны качеством своей работой и считают, что они справляются со своей работой хорошо, 40% респондентов дали оценку отлично, 10% оценили удовлетворительно;

– 63% довольны и оценили положительно свою деятельность, 24% считают ее спокойной, не требующей особого напряжения, 13% анкетированных ответили, что их работа для них является монотонной, однотипной и скучной, вариант тяжелая и неинтересная не выбрал ни один человек;

– 87% опрошенных, за введение дополнительной стимуляции оплаты труда, 9% опрошенных все устраивает, и затруднились с ответом 4%;

– предложения по улучшению качества сестринской помощи, большинство анкетированных - 61% выбрали повышение грамотности персонала и регулярные тематические занятия по новым технологиям ухода за пациентами, 19% за до комплектацию штата медицинским персоналом, 12% хотят улучшить материально - техническое обеспечение в отделении, 8% предложили повышать ответственность персонала к своей работе проводя опрос пациентов.

На основании проведенного анализа и сделанным выводам, нами были разработаны *рекомендации* (Приложение 2).

Данные рекомендации позволят медицинским сёстрам повысить уровень и качество работы, добиться намеченных целей. Так же данные рекомендации позволяют дать сотрудникам дополнительные мотивации при выполнении своей основной профессиональной деятельности. Что поспособствует большей стимуляции труда.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Профессиональная деятельность медицинской сестры в уходе за больными с ожогами общеизвестна и общепризнана. Однако нельзя не отметить тот факт, что в лечебных учреждениях, к сожалению, медсестра воспринимается больше, как беспрекословный и точный исполнитель назначений врача.

По нашему мнению, необходимо больше и активно уделять время сестринскому уходу, в каждодневной работе отделения. Так же способствовать разработке новых, отдельных элементов в уходе за больными. С внедрением новых методик, медицинская сестра сможет себя реализовать, как исполнительный и самостоятельно мыслящий профессионал, который к работе подходит творчески и индивидуально, самостоятельно решая и добиваясь намеченных целей, действуя по своему намеченному плану, не выходя за рамки сестринской тактики.

Опираясь на теоретическую часть работы, мы можем смело утверждать, что, несмотря на обширность и разновидность ожоговых травм. Неизменным остаётся одно, что в каждой манипуляции играет роль одна важная вещь. Это профессиональное выполнение своей работы медицинской сестрой. Ведь на всём этапе нахождения больного в отделении, медицинская сестра ухаживает за ним, осуществляет смену повязок, оказывает психологическую поддержку и вселяет в пациента надежду на благоприятный исход болезни. Всё это в совокупности влияет на скорейшее выздоровление больного.

В дальнейшем мы анализировали и сравнивали статистические данные полученные в отделении за период 2016-2018 годы. Нами было выявлено, что с каждым годом число ожоговых травм значительно растёт и поэтому нагрузка в ожоговом отделении значительно увеличивается, что в последствии может привести к потерям в коллективе или же частой смене персонала из-за чрезмерной нагрузки.

На основании анализа статистических данных, хочется отметить, что благодаря ответственному и профессиональному подходу основной части коллектива к работе, медицинские сестры добиваются намеченных целей и задач. А именно благодаря правильно организованному уходу, больной намного быстрее выздоравливает. Все процессы заживления, проходят гораздо быстрее.

Таким образом деятельность медицинской сестры несомненно играет важную роль в уходе, выздоровлении и реабилитации пациента, а также помогает гораздо быстрее вернуться к привычной жизни.

Также можно отметить, что в ожоговом отделении ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» работает высококвалифицированные сотрудники, которые добросовестно выполняют свою работу, широко применяются новые методы лечения, методики ухода и реабилитации пациентов с ожоговыми травмами.

Для того, чтобы не останавливаться на достигнутом и идти к новым победам в работе, нами были разработаны рекомендации, которые по-нашему мнению помогут улучшить работу в отделении.

Так как с каждым годом нагрузка в отделении увеличивается, то мы рекомендуем докомплектовать штат медицинским персоналом из числа выпускников медицинского колледжа, так как они владеют знаниями о современных методиках в уходе, оказания помощи пострадавшим и пациентам отделения, методах лечения, постоянно повышают свой уровень знаний и компетенций, участвуя в конкурсах профессионального мастерства, а также они трудолюбивы, обладают милосердием и состраданием.

Так же можно ввести стимулирующие надбавки по оплате труда, чтобы у персонала был дополнительный стимул и заинтересованность в работе. Далее рекомендуем почаще проводить тематических занятий по новым технологиям в уходе за пациентами и работе с современным оборудованием. Все это улучшит

профессиональную деятельность персонала и ускорит выздоровление пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арьев, Т.Я. Ожоги и отморожения. [Текст] / Т.Я. Арьев– Москва: «Медицина», 2016. – 254 с.
2. Арьев,Т.Я. Термические поражения [Текст] / Т.Я.Арьев.– Москва: «Медицина», 2014. – 202 с.
3. Боголюбов, В.М. Бальнеотерапия врача, сегодня, завтра. [Текст] / В.М. Боголюбов– Москва: Бином, –2014. – 307 с.
4. Боголюбова, В.М. Руководство по медицинской реабилитации. [Текст] / В.М. Боголюбова //Научное издание. – Москва: Бином, – 2015. –249 с.
5. Будкевич, Л.И. Местное консервативное лечение обожжённых [Электронный ресурс] / Л.И. Будкевич // DISSTRS.ru / гл. ред. А.Э. Бобровников – Москва, 2016. –Режим доступа: <http://dissers.ru/1meditsina/tehnologii-mestnogo-konservativnogo-lecheniya-obozhzhennih-14-01-17-hirurgiya-avtoreferat-dissertacii-na-soiskanie-uchenoy-stepeni.php>
6. Бурмистрова, В.М. Ожоги и обморожения. Руководство для врачей. [Текст] /В.М. Бурмистрова., Б.С. Вихряева– Москва: «Медицина», 2015. – 401 с.
7. Бутырина, Г. Я. «Лечебная физкультура при ожогах. [Текст]/Г.Я. Бутырина – Москва: «Медицина», 2016. – 156 с.
8. Буянов, В.М. Хирургия. 2 - е издание. [Текст] /В.М. Буянов, Ю.А. Нестеренко– Москва: «Медицина», 2017. – 348 с.
9. Валиева, О.А. Ожоги: профилактика и первая помощь при ожогах [Электронный ресурс] / О.А. Валиева //FD.ru// гл. ред. Ермашова С.Г. – Казань, 2015. – Режим доступа: <http://fb.ru/article/380117/ojogi-profilaktika-i-pervaya-pomosch-pri-ozogah>
10. Валужева, Ю.В. Лечение ожоговых ран [Электронный ресурс] /Ю.В.Валужева// DISSTRS.ru / гл. ред. А.Э. Бобровников – Москва, 2016. –

Режим доступа: <http://www.dissercat.com/content/puti-optimizatsii-gospitalnoi-meditsinskoj-pomoshchi-pri-kriticheskikh-ozhogakh>

11. Волошина, И.В. Первая помощь при ожогах [Электронный ресурс] / И.В. Волошина//AMPRAVDA.ru// Режим доступа: <https://ampravda.ru/2017/06/08/075183.html>

12. Греков, И.И. Вестник хирургии. [Текст] /И.И. Греков. – Москва: «Медицина», 2018. – 108 с.

13. Гуманенко, Е.К. Диагностика глубины и площади ожогов [Электронный ресурс] / Е.К. Гуманенко //MEDBE.ru// Режим доступа: <https://medbe.ru/materials/boevaya-termicheskaya-travma/diagnostika-glubiny-i-ploshchadi-ozhoga/>

14. Дмитриева, З.В. Теоретические основы сестринского дела в хирургии: учебник для средних медицинских учебных заведений [Текст] / З.В. Дмитриева, А.И. Теплова. – Санкт- Петербург: СпецЛит, 2015. –498 с.

15. Долинин, В.А. Боевые термические поражения [Электронный ресурс] /В.А. Долинин // MEDBE.ru//Режимдоступа:http://vmede.org/sait/?id=Xirurgiya_voenno_pol_gumanenko_2008&menu=Xirurgiya_voenno_pol_gumanenko_2008&page=17

16. Евсеева, Н.Д. Правило ладони [Электронный ресурс]/Н.Д. Евсеева// Sustavy-Lechenie.ru/Режим доступа: <https://sustavy-lechenie.ru/pravilo-devyatok-ladoni-opredeleniya-ploshchadi-ozhogov/>

17. Кирова, С.М. Ожоги. Учебное пособие [Текст] / С.М. Кирова. – Москва: «Медицина», 2015. – 98 с.

18. Митарев, О.С., Справочник [Текст] /О.С. Митарев, Л.Е. Котович, А.В. Руцкий., Н. Е. Савченко– Минск: Беларусь, 2016. – 305 с.

19. Назаров, И.П. Ожоги. Интенсивная терапия [Текст] / И.П. Назаров. – Москва: Феникс, Издательские проекты, 2014. – 401 с.

20. Храмова, Е.Ю. Полный справочник по уходу за больными [Текст] / Е.Ю.Храмова. – Москва: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. – 226 с.

21. Юрина, Т.М. Научно — практический журнал. Ожоги. [Текст]
/Т.М. Юрина, О. А. Роженецкая– Москва: «Медицина», 2017. – 187 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анонимная анкета

Уважаемый респондент! Предлагаем вам заполнить анкету. Ваше участие очень важно для нашего исследования.

1) Ваш возраст:

1. до 20 лет;
2. 20-29 лет;
3. 30-39 лет;
4. 40-49 лет;
5. от 50 лет и выше.

2) Сколько времени Вы работаете в ожоговом отделении?

1. до 1 года;
2. от 1 года до 5 лет;
3. от 5 до 10 лет;
4. от 10 до 19 лет;
5. от 20 лет и выше.

3) Какую квалификационную категорию Вы имеете?

1. высшую;
2. первую;
3. вторую;
4. не имею.

4) Как часто Вы повышаете свою квалификацию?

1. Не повышаю;
2. 1 раз в 5 лет;
3. По графику отделения.

5) Сколько времени в среднем, больной проводит в отделении на лечении?

1. До 10 дней;
2. От 10-21 день;

3. Более 21 дня.

6) Достаточно ли Вам времени для осуществления полноценного ухода за пациентами?

1. Да;

2. Да, но не всегда;

3. Нет, так как количество больных растет.

7) Возникали ли осложнения у пациентов из-за того, что Вам не хватало возможности и знаний по современным методикам, применяемым в уходе?

1. Нет;

2. Возникали, но очень редко;

3. Да, возникают.

8) Какие из перечисленных осложнений возникали у пациентов?

1. Пролежни;

2. Местные гнойные осложнения;

3. Психоэмоциональное напряжение.

9) Владете ли вы навыками оказания неотложной помощи пострадавшим с ожоговой травмой?

1. Владею;

2. Частично владею;

3. Не владею, но хотел (ла) бы овладеть;

10) Как часто вы контролируете состояние пациента, интересуетесь его самочувствием и осуществляете смену повозок?

1. Каждый день;

2. По указанию врача;

3. По просьбе пациента;

11) Считаете ли вы, что хорошее психоэмоциональное состояние пациента в какой-то степени влияет на благоприятный исход от лечения?

1. Да, считаю и всячески стараюсь этому поспособствовать;

2. Да, считаю;

3. Нет, не считаю.

12) Проводите ли вы подготовку пациентов к диагностическим процедурам?

1. Провожу;
2. Провожу, но не всегда;
3. Не провожу.

13) Проводите ли вы беседы по оказанию помощи при ожогах в быту с больными и их родственниками?

1. Провожу;
2. Провожу, но не всегда;
3. Не провожу.

14) Даете ли вы рекомендации пациенту по само уходу или его близким по уходу?

1. Да;
2. Да, но не всегда;
3. Нет.

15) Как Вы оцениваете качество Вашей работы?

1. Отлично;
2. Хорошо;
3. Удовлетворительно.

16) Как бы Вы охарактеризовали Вашу работу?

1. Интересная, требующая особого подхода;
2. Спокойная, не требующая особого напряжения;
3. Монотонная, однотипная, скучная;
4. Тяжелая и неинтересная.

17) Хотелось бы Вам введения дополнительной стимуляции по оплате труда?

1. Да;
2. Нет, меня все устраивает;

3. Затрудняюсь в ответе.

18) Выскажите свои предложения по улучшению качества сестринской помощи в отделении или согласитесь с предложенным:

1. Доукомплектовать штат медицинским персоналом, так как с каждым годом нагрузки в отделении увеличивается.

2. Улучшить материально-техническое обеспечение отделения, это будет способствовать снижению непроизводительных потерь рабочего времени.

3. Повышать профессиональную грамотность медицинских сестер (регулярные тематические занятия по новым технологиям ухода за пациентами).

4. Для повышения ответственности персонала к своей работе, регулярно проводить оценку качества сестринской помощи путем опроса пациентов.

5.

(свой вариант ответа)

Рекомендации по улучшению организации ухода и работы в
отделении:

- Необходимо доукомплектовать штаты младшим и средним медицинским персоналом в целях рационализации, так как с каждым годом нагрузки в отделении с каждым годом увеличивается.
- Улучшить материально-техническое обеспечение ожогового отделения, это будет способствовать снижению непроизводительных потерь рабочего времени. В целях профилактики осложнений ожоговой болезни и повышения качества оказания медицинской помощи целесообразно внедрить в практику ухода за тяжелыми пациентами протоколы ведения больных.
- Повышению профессиональной грамотности медицинских сестер будут способствовать регулярные тематические занятия по новым технологиям ухода за пациентами.
- В целях повышения ответственности среднего медицинского персонала к своей работе целесообразно регулярно проводить оценку качества сестринской помощи путем опроса пациентов.
- Необходимо ввести в практику систему морального и материального стимулирования труда среднего и младшего медицинского персонала.